



UM EXERCÍCIO DE *CO-DESIGN*: ESBOÇO DE PROJETO DE UM JOGO DE  
ESTÍMULO DE FUNÇÃO COGNITIVA PARA PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

Fernanda Benevides Zanela

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, COPPE, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Orientador: Roberto dos Santos Bartholo Junior

Rio de Janeiro

Março de 2011

UM EXERCÍCIO DE *CO-DESIGN*: ESBOÇO DE PROJETO DE UM JOGO DE  
ESTÍMULO DE FUNÇÃO COGNITIVA PARA PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

Fernanda Benevides Zanela

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DO INSTITUTO ALBERTO  
LUIZ COIMBRA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DE ENGENHARIA  
(COPPE) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE  
DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE  
EM CIÊNCIAS EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO.

Examinada por:

---

Prof. Roberto dos Santos Bartholo Junior, Dr.

---

Prof<sup>a</sup>. Carla Martins Cipolla, D.Sc.

---

Prof<sup>a</sup>. Maria Tavares Cavalcanti, D.Sc.

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL

MARÇO DE 2011

Zanela, Fernanda Benevides

Um exercício de *co-design*: esboço de projeto de um jogo de estímulo de função cognitiva para práticas terapêuticas/ Fernanda Benevides Zanela. – Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2011.

X, 180 p.: il.; 29,7 cm.

Orientador: Roberto dos Santos Bartholo Junior

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ COPPE/ Programa de Engenharia de Produção, 2010.

Referências Bibliográficas: p. 166 - 180

1. Co-design. 2. Demência. 3. Idoso. 4. Jogo.

I. Bartholo Junior, Roberto dos Santos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, Programa de Engenharia de Produção. III. Título.

## **Agradecimentos**

A idéia de fazer o mestrado vem desde a graduação. Foi tomando forma aos poucos, virou um projeto, um trabalho e hoje uma dissertação. De uma longa caminhada de apenas dois anos sai uma Fernanda diferente da que entrou.

Sigo consciente de que não caminhei sozinha e de que ainda há muita estrada pela frente. Ao fim desta etapa quero agradecer aos que mais com ela contribuíram:

Ao meu orientador, Professor Bartholo, por toda disponibilidade e paciência durante esses dois anos e principalmente por ter sugerido um caminho inicialmente inesperado por mim e que se mostrou tão pleno de possibilidades;

Aos professores Ricardo Manfredi Naveiro e Michel Jean-Marie Thiollent que colaboraram em diversos momentos desta trajetória;

Ao professor Valdir Soares pelo incentivo e ajuda na época em que surgiu a idéia de fazer o mestrado na COPPE;

Ao pessoal do LTDS (Laboratório de Tecnologia e Desenvolvimento Social) que sempre esteve presente, no dia-a-dia, ajudando nos trabalhos, dando dicas, aconselhando, trocando experiências;

Às secretárias Claudete, Fátima e Roberta por toda boa vontade, competência em ajudar, organizar, e transformar grandes problemas em probleminhas;

A todos os amigos que fiz no Programa de Engenharia de Produção. Em especial a Bia e Paola, velhas conhecidas de vista dos tempos da Escola de Belas Artes, com quem pude estreitar laços e hoje chamar de amigas;

À professora Maria Tavares Cavalcanti, diretora do IPUB (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro), que abriu as portas do Centro-Dia;

À equipe técnica multidisciplinar do Centro-Dia do IPUB onde foi desenvolvido o trabalho de campo;

Ao CIPI - UERJ (Cuidado Integral à Pessoa Idosa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e ao EPIGG/UFF (Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense) que me receberam com hospitalidade e trouxeram contribuições para a pesquisa;

Aos “velhinhos” do IPUB, pacientes que observei durante o trabalho de campo. E que também me observaram, encorajando e incentivando minha pesquisa. Obrigada por não terem me feito sentir uma intrusa num espaço tão “deles” e por transmitirem uma idéia de superação a cada dia;

À direção do Retiro dos Artistas que permitiu contato com seus moradores. E principalmente a estes, “velhinhos-artistas”, que me receberam em suas casas e fazem parte desta história;

Ao meu pai por ter me apoiado desde os primeiros rabiscos e por ter estado especialmente presente neste momento da minha vida. Por ter se esforçado para dar a mim e a minha irmã condições de estudar e querer continuar sempre aprendendo. Por ter vibrado tanto ou até mais do que eu por cada passo e cada conquista. Tenho certeza de que onde ele está sente orgulho de me ver ter chegado até aqui;

À minha mãe por ter estado presente no meu dia-a-dia e por ter me dado força nos momentos difíceis;

À minha irmã e melhor amiga, Vania, por todo apoio e companheirismo;

À minha avó Cecília de 94 anos que sempre morou comigo, e que talvez tenha me feito desviar o olhar para os que envelhecem;

Aos meus gatos que, na pureza inerente aos “bichinhos”, trazem momentos de ternura e descontração nesse mundo de hoje;

Acima de tudo a Deus por ser sempre presente em minha vida, ter me dado força em momentos de dificuldade e ter permitido que eu chegasse até aqui. Agradeço por cada pessoa colocada em meu caminho, por cada “sim” e cada “não” que deram forma a esta dissertação.

Resumo da Dissertação apresentada à COPPE/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências (M.Sc.)

UM EXERCÍCIO DE *CO-DESIGN*: ESBOÇO DE PROJETO DE UM JOGO DE ESTÍMULO DE FUNÇÃO COGNITIVA PARA PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

Fernanda Benevides Zanela

Março/2011

Orientadores: Roberto dos Santos Bartholo Junior

Programa: Engenharia de Produção

Este trabalho discutiu a aplicação de práticas terapêuticas não farmacológicas no contexto dos idosos com demência frente ao déficit cognitivo progressivo gerado pelo desenvolvimento da síndrome. A pesquisa foi baseada no conceito de co-design, buscando, a partir da contribuição de diferentes atores deste contexto, delimitar requisitos de projeto para um jogo como instrumento de apoio a estimulação cognitiva, indicando um esboço de proposta para prototipagem. A intenção foi ajustar este instrumento, da melhor forma possível, às necessidades dos pacientes, cuidadores e da equipe que os atendem, objetivando que esta parte da terapêutica se torne mais efetiva. A realização deste trabalho contou com pesquisa bibliográfica, análise de dados, análise de observação e entrevistas com os atores envolvidos.

Abstract of Dissertation presented to COPPE/UFRJ as a partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science (M.Sc.)

NA EXERCISE IN CO-DESIGN: DESIGN SKETCH OF A STIMULUS OF  
COGNITIVE FUNCTION FOR THERAPEUTIC PRACTICES

Fernanda Benevides Zanela

March/2011

Advisor: Roberto dos Santos Bartholo Junior

Department: Industrial Engineering

This dissertation discussed the application of non-pharmacological therapeutic practices in the context of elderly with dementia compared to the progressive cognitive deficits generated by the development of this syndrome. This research used the co-design concept seeking to delimitate - with the contribution of different actors – design requirements to create a game as a tool to support cognitive stimulation, indicating a draft proposal for prototyping. The intention was to adjust this tool in the best possible way to the patients' necessities, caregivers and the staff who take care of these patients. The aim is to make this part of the therapy more effective. This work relied on literature research, data and observation analysis, and interviews of involved actors.

## Sumário:

1. Introdução .....	1
2. Objetivo da pesquisa.....	1
3. O que é demência?.....	3
3.1. O processo natural de envelhecimento .....	4
3.2. Demência X envelhecimento .....	7
4. Um redesenho estrutural e um novo cenário .....	10
5. Por uma maior autonomia e auto-estima .....	14
6. “Reabilitação” ou “novos caminhos”? .....	15
6.1 Sobre a chamada “reabilitação cognitiva” .....	19
6.2. Sobre psicoeducação .....	22
6.3.A tecnologia a serviço da reabilitação cognitiva .....	26
7. Jogo, interação social e aprendizado .....	29
8. Sobre as chamadas “tecnologias assistivas” .....	38
9. Sobre apoios terapêuticos para a administração da demência.....	41
10. Cuidado e autonomia .....	50
11. Metodologia.....	55
11.1. Coleta e análise de dados.....	59
11.2. População e amostra .....	60
11.3. Tipo de pesquisa .....	60
11.4. Entrevista e observação .....	64
12. Sobre pesquisa e extensão universitárias e a presente dissertação .....	67
13. Sobre o trabalho de campo e o Centro-Dia.....	71
13.1. Sobre a equipe técnica .....	74

13.2. Sobre os cuidadores .....	77
13.3. Sobre os pacientes .....	79
14. Requisitos, intenção e resultados.....	93
15. Contribuições e desdobramentos .....	121
16. Considerações finais .....	122
17. ANEXOS .....	125
18. Referências bibliográficas .....	166

## **1. Introdução**

A sociedade existe em constante transformação e construção, uma vez que novas circunstâncias vão se apresentando e reações a estas situações vão modificando o nosso mundo. Este sistema funciona como uma reação em cadeia onde não existem fatores isolados, sendo todos interligados, agentes influenciadores um dos outros e dependentes de um contexto, aplicando-se esta lógica a uma transformação que vem ocorrendo em nossa sociedade: o envelhecimento populacional. A pesquisa deste trabalho buscou trazer à tona a questão do envelhecimento, abordando, de forma mais específica, o grupo dos idosos com demência e práticas psicoterapêuticas direcionadas a ele.

Dentro da engenharia de produção, com a colaboração do *design* e das ciências da saúde, procurei abordar este quadro com enfoque projetual, coerente com minha formação em desenho industrial - projeto de produto, na busca por desenvolver requisitos que tornassem possível a prototipagem de um jogo com função de estímulo cognitivo para atender às pessoas inseridas no contexto da demência. Mas também foi minha intenção trazer para este projeto a incorporação de um “lado humano”, no que diz respeito à aplicação deste tipo de prática.

Esta dissertação defende a idéia de que este tipo de terapêutica não pode ser associado a um fator isolado, mas que sua efetividade e viabilidade são dependentes de um produto adequado (agente de uma ação praticada por pessoas) e de um lado humano (pessoas que estejam comprometidas com esta ação), visando atingir com este planejamento estratégico uma viabilidade real. Ou seja, este trabalho buscou dissociar a idéia de produto da de solução de uma forma simplista e direta, julgando necessária a consideração e o estudo do contexto específico onde este produto será inserido, buscando que os fatores que compõe este universo dialoguem, acompanhando o conceito de co-design, em que se apoiou a metodologia desta pesquisa.

## **2. Objetivo da pesquisa**

A situação problema da pesquisa, inicialmente, é definida pela perda progressiva de capacidades cognitivas de vida diária próprias do quadro demencial em idosos, sendo o foco principal da dissertação o estudo das práticas terapêuticas não farmacológicas (que buscam diminuir a velocidade da progressão da síndrome) como tratamento auxiliar, visando identificar requisitos e apresentando um esboço de proposta para um projeto de

um jogo com função de estímulo cognitivo direcionado a este contexto. A identificação de requisitos para o projeto deste jogo foi realizada apoiando-se na metodologia de co-design e seguindo os conceitos de redesign e customização, uma vez que se baseou em produtos e iniciativas já existentes, procurando evidenciar e preencher as lacunas encontradas tanto na sua idealização quanto na sua utilização.

Para Cruz e Sá (2009), “considera-se importante, para a elaboração de uma estratégia de estimulação cognitiva para demência no domicílio uma equipe interdisciplinar de saúde que inclua profissionais da comunicação e designer gráfico”. Esta afirmação conversa com o que psicólogos e terapeutas ocupacionais (que fazem parte da equipe do *Centro-Dia*<sup>1</sup> do Centro de Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais da Velhice CDA/IPUB/UFRJ) relatam sobre os produtos que existem no mercado e são utilizados no tratamento de transtornos mentais: são geralmente produtos produzidos para crianças e como tem como público alvo as crianças, não atendem aos requisitos básicos de se projetar para idosos, considerando suas limitações e restrições. O que impõe barreiras e dificulta uma boa evolução da aplicação do estímulo físico/cognitivo. Diante desta realidade outro objetivo da dissertação, no sentido de construção de conhecimento, é chamar a atenção para a importância da multidisciplinaridade nos processos de produção de serviços ou

---

<sup>1</sup> Um Centro/Hospital-dia caracteriza-se por oferecer tratamento através de uma estrutura física e profissional adequada, com a intenção de reinserir o usuário na sociedade, reduzindo o número de internações. Este conceito está ligado a “reforma psiquiátrica”, que através da lei 10.216/01 (ANEXO 1) dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, procurando substituir gradualmente a internação, como forma de exclusão social, por uma rede de serviços que busca a integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade. Já que, “*o hospital psiquiátrico, mesmo que moderno, asséptico e moldado pelos novos saberes científicos, não é solução e não é esse o projeto de futuro que almejamos. E por quê? Porque o impedimento do convívio social, o confinamento, não é a forma de a sociedade lidar com as questões da saúde mental. Esconder o diferente atrás dos muros dos hospitais não contribui para uma sociedade justa, diversa, democrática.*” (citação retirada da reportagem “Pela reforma psiquiátrica antimanicomial” 29/set/2009 do site Fórum de entidades nacionais de direitos humanos. Disponível em [http://www.direitos.org.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5413&Itemid=1](http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=5413&Itemid=1). Acessado em 17 de outubro de 2010).

produtos. Defendendo uma corrente colaborativa no ato de produzir, onde profissionais de áreas diferentes do conhecimento podem, contribuir e gerar resultados mais satisfatórios e com aplicação efetiva.

Como a finalidade desta prática terapêutica é manter, pelo maior tempo possível, certa autonomia do idoso portador de demência, e considerando que a preservação de autonomia deste reflete em maior autonomia e independência também para quem cuida dele, conclui-se que qualquer movimento em direção a evolução e aprimoramento da aplicação desta terapêutica tem também como objetivo a preservação da qualidade de vida das pessoas inseridas no contexto da demência. Sejam elas os próprios pacientes, os cuidadores ou os profissionais que trabalham com estes idosos.

### **3. O que é demência?**

Apesar de o foco da dissertação não ser a caracterização ou o estudo da síndrome demencial, considero importante tornar explícitas algumas informações sobre o assunto, para que o leitor se sinta melhor inserido no contexto em que o trabalho está sendo realizado. Considero que informações básicas sobre o conceito e desenvolvimento da demência funcionam como um “pré-requisito” para um melhor entendimento deste trabalho, principalmente por leitores que não tenham familiaridade com este contexto, auxiliando na compreensão de quais funções e capacidades podem ser perdidas ou como a demência pode atingir o indivíduo, por exemplo.

Segundo Almeida e Nitrini (1995, p.14-15), a demência é uma síndrome caracterizada pelo desenvolvimento de déficit cognitivo e alterações na personalidade do indivíduo, com sua evolução interferindo fortemente na vida dos pacientes, gerando mudanças em atividades pessoais sociais e em sua vida profissional. É um quadro, geralmente, crônico e progressivo, que inclui alterações clínicas como:

- Comprometimento de memória;
- Apraxia (desordem neurológica que provoca uma perda da habilidade para executar movimentos e gestos precisos, mesmo existindo a vontade e a habilidade física para os executar);
- Agnosia (o indivíduo perde a capacidade de reconhecer objetos, familiares ou até sua própria imagem no espelho);
- Afasia (perda da capacidade e das habilidades de linguagem falada e escrita,

tornando a linguagem da pessoa reduzida e de difícil compreensão);

- Alteração de funções executivas<sup>2</sup>;
- Déficit de atenção e concentração;
- Alterações de comportamento e alguns sinais psiquiátricos.

O esquecimento é o sintoma que ocorre mais precocemente no desenvolvimento da síndrome. A memória para eventos recentes, no início, mostra-se mais comprometida que a memória para eventos remotos. Sendo as causas mais comuns da demência as causas degenerativas, vascular, anóxia (anemia, pós-anestésica, monóxido de carbono, parada cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica), lesões que ocupam espaço (como tumores cerebrais), traumática (como traumatismo craniano leve ou repetitivo), infecções ou tóxicas (como álcool ou envenenamento por metais pesados como o chumbo ou arsênico).

Segundo Bottino e Almeida (1995, p.15), durante o século XVIII a demência era considerada um estado terminal de vários transtornos mentais, neurológicos e físicos. Porém esta visão foi sendo progressivamente mudada durante o século XIX, com a introdução do modelo anatômico-clínico. A partir deste modelo, sintomas considerados nucleares na demência, como delírios, alucinações, transtornos de humor e de comportamento, por exemplo, passaram a ser vistos como não centrais a doença, estabelecendo-se o paradigma cognitivo, ou seja, a definição que a característica essencial da demência é o comprometimento intelectual. A demência é uma síndrome intimamente ligada ao avanço da idade, com sua prevalência praticamente dobrando a cada período de cinco anos. Aproximadamente 5% das pessoas com mais de 65 anos de idade e 20% com mais de 80 anos apresentam um quadro demencial, predominando as demências degenerativas e vasculares. (JORM & COLS.,1987).

### **3.1. O processo natural de envelhecimento**

É importante esclarecer uma confusão entre os sintomas da demência e o curso do

---

<sup>2</sup> “A expressão “*função executiva*” designa a atividade mental envolvida no planejamento, na iniciação e na modulação do comportamento. Ela é considerada a função organizadora central do cérebro, que resulta nas atividades sistemáticas orientadas para um objetivo. As funções executivas estão ativas em situações não-rotineiras, durante as quais o comportamento reflexo ou automático não é suficiente” (BIRD, 1998, p. 155).

envelhecimento normal: envelhecimento não é causa de demência e demência não é consequência obrigatória de envelhecimento. Ou seja, não é porque um indivíduo está envelhecendo, que necessariamente abrirá um quadro demencial.

A senescência (processo natural do envelhecimento) é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo, comprometendo progressivamente aspectos físicos e cognitivos, trazendo alterações em funções orgânicas e mentais. Alterações estas que fazem parte do “envelhecer” e não configuram a presença de alguma síndrome ou doença, influenciando em diferentes modalidades sensoriais (funções que permitem o relacionamento do indivíduo com o meio em que vive) como: o gosto; o olfato; o tato; a temperatura; a dor; o equilíbrio; a visão; e a audição. De acordo com Ribeiro *et al* (2009, p.224-225) e Netto (2006, p.78-81), com o avançar da idade:

- A pupila torna-se menor, o que contribui para a perda da acuidade visual (aos 60 anos, a pupila apresenta apenas dois terços do tamanho da pupila de um adulto jovem, além de haver diminuição da visão periférica e noturna e aumento da sensibilidade à luz forte);
- Os problemas auditivos aumentam significativamente, sendo identificados em aproximadamente 55% dos idosos com mais de 65 anos e em 66% das pessoas com mais de 80 anos;
- Há declínio generalizado na função olfativa devido à perda neuronal moderada;
- As articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha. Sendo as articulações dos joelhos, dos pulsos, dos cotovelos e dos quadris, as mais afetadas pelo envelhecimento;
- A mobilidade articular diminui em função do desgaste ósseo das articulações por problemas de osteoporose, que também está relacionado ao risco de fraturas;
- Ocorrem alterações nos reflexos de proteção e no controle do equilíbrio (prejudicando a mobilidade corporal);
- Ocorrem alterações nas sensações de dor, vibração, frio, calor, pressão e tato (como diminuição da sensibilidade na palma e dedos das mãos, por exemplo);

Além de certa lentidão de percepção, memória e raciocínio serem identificadas como consequência normal do envelhecimento. Porém deve ser ressaltado que outras

funções como a capacidade para leitura e o conhecimento dos significados das palavras permanecem inalteradas ou pouco comprometidas. Ou seja, ainda que o idoso seja perfeitamente saudável, a idade avançada traz consigo uma série de limitações. Já que, na concepção de Vieira (1996) e Lopes (2000) velhice pode ser definida como “um processo dinâmico e progressivo no qual ocorrem modificações, tanto morfológicas, funcionais e bioquímicas, como psicológicas, que determinam a progressiva perda das capacidades de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos”. (NETTO, 2006, p.77).

Em relação aos efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo, “os estudos relativos ao desempenho intelectual demonstraram que as aptidões cognitivas atingem o seu pico por volta dos 30 anos, continuam estáveis até a década dos 50-60 anos, e a partir daí começam a diminuir. O declínio acelera-se a partir dos 70 anos.” (CANCELA, 2007, p. 8). A tabela abaixo descreve os efeitos do envelhecimento no desenvolvimento cognitivo (Spar e La Rue, 2005).

**Tabela 1:** Efeitos do envelhecimento no desenvolvimento cognitivo (Spar e La Rue, 2005).

Aptidão	Sentido da mudança no envelhecimento	Comentário
<i>Inteligência</i> Vocabulário, fundo de conhecimento	Estável ou crescente	Pode declinar ligeiramente em idade muito avançada; mais pronunciado em tarefas novas.
<i>Capacidades perceptivomotoras</i>	Em declínio	O declínio começa pelos 50 - 60 anos.
<i>Atenção</i> Campo de atenção	Estável a declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção.
Atenção complexa	Declínio ligeiro	
<i>Linguagem</i> Comunicação	Estável	Na ausência de défice sensorial.
Sintaxe, conhecimento de palavras	Estável	Varia com o grau de instrução.
Fluência, nomeação	Declínio ligeiro	Lapsos ocasionais em encontrar palavras.
Compreensão	Estável a declínio ligeiro	Mensagens complexas dificultam mais.
Discurso	Variável	Pode ser mais impreciso, repetitivo.
<i>Memória</i> Curto prazo (imediate)	Estável a declínio ligeiro	Aptidão diminuída para manipular informação na memória de curto prazo.
De trabalho	Declínio ligeiro	Défices de codificação e recuperação.
Secundária (recente)	Declínio moderado	Pode recordar mais facilmente características incidentais do que informação consciente.
Implícita	Estável a declínio ligeiro	Intacta para aspectos mais importantes da história pessoal.
Remota	Variável	
<i>Visuo - Espacial</i> Copiar desenhos	Variável	Intacta para figuras simples, mas não para complexas.
Orientação topográfica	Em declínio	Mais notável em terreno familiar.
<i>Raciocínio</i> Resolução de problemas	Em declínio	Alguma redundância e desorganização.
Raciocínio prático	Variável	Intacto para situações familiares.
<i>Funções Executivas</i>	Declínio ligeiro	Planeamento / monitorização menos eficiente de comportamentos complexos.
<i>Velocidade</i>	Em declínio	Lentificação do pensamento e da acção é a mudança mais constante no envelhecimento.

### 3.2. Demência X envelhecimento

Existem doenças ou síndromes que tem maior incidência na idade avançada, mas que não fazem parte do processo de envelhecimento normal. Este é o caso das demências, que prevalecem em indivíduos idosos.

Estima-se que as condições neuropsiquiátricas graves ocorrem mundialmente em 15 a 25% dos adultos mais idosos, sendo esses números relativos a doenças que aumentam a sua incidência com a idade, não fazendo parte do processo de envelhecimento normal.

A doença de Alzheimer<sup>3</sup> e demências relacionadas ocorrem em aproximadamente 10% dos adultos de 65 anos ou mais e em 40% dos adultos com mais de 85 anos, sendo a principal causa de demência em idosos e a quarta causa de morte entre adultos (seguindo as doenças cardíacas, câncer e acidentes vasculares encefálicos). Suas causas ainda não são conhecidas, mas sabe-se que existem relações com mudanças nas terminações nervosas e células que interferem nas funções cognitivas. Não existe cura conhecida para a doença de Alzheimer, por isso o tratamento destina-se a controlar os sintomas.

A demência baseia-se fundamentalmente na presença de perda de habilidades intelectuais. Porém, nem todo tipo de declínio cognitivo em idosos pode ser considerado demência, já que, segundo Raymond Levy (1995, p.101), parte desse declínio não é suficientemente grave para preencher critérios de demência, sendo relacionada ao termo “aging-associated cognitive decline – AACD” (declínio cognitivo associado ao envelhecimento) – existe, por exemplo, uma distinção entre esquecimento benigno e maligno da senescência, sendo o primeiro caracterizado como um “comprometimento de memória associado à idade”. Esta é uma situação muito delicada, que requer critérios de diferenciação, considerando que os indivíduos que apresentam-se desta maneira podem encontrar-se tanto em quadro inicial de demência, quanto permanecer estável.

Para Levy (1995, p.102), os critérios diagnósticos para “declínio cognitivo associado ao envelhecimento” incluem:

- Relato de que a função cognitiva declinou, sendo este declínio descrito como gradual e presente por pelo menos seis meses;
- Transtorno caracterizado por dificuldades em qualquer uma das seguintes áreas: memória e aprendizagem; atenção e concentração; linguagem; e funcionamento visuo-espacial;

---

<sup>3</sup> Segundo Bird (1998, p. 2492), “a doença de Alzheimer costuma manifestar-se pelo início sutil de perda de memória, acompanhado de uma demência lentamente progressiva e evolui ao longo de vários anos.[...] Lentamente, os problemas cognitivos começam a interferir nas atividades diárias. Nas fases intermediárias da doença, o paciente é incapaz de trabalhar, e se perde, e confunde-se, exigindo supervisão diária”. A linguagem pode ficar comprometida no que diz respeito à nomeação de objetos, compreensão e dificuldade de fluência. Também é comum verificar déficit na execução de tarefas motoras sequenciais (como vestir, comer) ou na capacidade de fazer cálculos simples, resolver adivinhações e informar as horas.

- Desempenho em testes neuropsicológicos ou avaliações de estado mental ao menos de um desvio padrão abaixo do valor médio para a população apropriada;
- A ausência de evidência de transtorno físico sistêmico capaz de causar disfunção cerebral.

Enquanto que, “Para preencher os critérios diagnósticos de demência, o declínio cognitivo deve estar presente na área da memória e em ao menos uma outra esfera que interfira com o funcionamento ocupacional e funcional do indivíduo. Considerando que a demência é um transtorno que, em geral, apresenta curso com deterioração progressiva, deve existir uma fase inicial do declínio cognitivo que não é suficiente para preencher os critérios diagnósticos de demência.” (LEVY, 1995, p.104).

Existem idosos com trajetória cognitiva estável e benigna e outro grupo que apresenta declínio cognitivo característico de transtorno cognitivo leve ou demência, sendo a caracterização clínica destes grupos<sup>4</sup> de suma importância principalmente nos estágios iniciais de alguma síndrome, já que “o diagnóstico precoce das demências possibilita intervenção terapêutica, diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz riscos de acidentes, prolonga autonomia e talvez, em alguns casos, evite ou retarde o início do processo demencial”. (FICHMAN, 2004, p. 80). Alguns transtornos podem apresentar um quadro clínico semelhante ao diagnóstico da síndrome demencial. Portanto é importante que todos esses transtornos sejam considerados na investigação da síndrome, devendo esta investigação incluir, segundo Tintner *et al* (1990, p.14), história; exame físico e neurológico; exame do estado mental; exames sorológicos: hemograma completo, eletrólitos, glicose, função renal, hepática e tireoidiana, vitamina B12 e folato, sífilis; exame de urina; e tomografia computadorizada de crânio. Alguns dos transtornos que podem gerar confusão no diagnóstico de demência são:

- *Delirium* (uma perturbação da consciência acompanhada por uma alteração na cognição);
- A síndrome amnésica (comprometimento exclusivo da memória, sem outras alterações cognitivas concomitantes);
- Depressão (que pode se apresentar em um paciente idoso acompanhada por déficit cognitivo);
- Transtorno cognitivo leve (com prejuízo de funções cognitivas, mas sem comprometimento de atividades sociais e profissionais);

---

<sup>4</sup> Figura com um esquema de avaliação do idoso com alteração do estado mental. (ANEXO 2).

- Quadros delirantes-alucinatórios (como comprometimento cognitivo devido ao uso de substâncias ou drogas que atuam no sistema nervoso central);
- Déficit sensorial grave.

Diante da possibilidade de confusão entre os diagnósticos de demência e outros transtornos, que se deve ao fato de apresentarem, muitas vezes, sintomas semelhantes, fica enfatizada a importância da avaliação funcional e cognitiva no diagnóstico das demências, sem desconsiderar, é claro, os exames neurológicos e sorológicos. O papel da avaliação cognitiva, inicialmente, é o de validar se realmente o indivíduo é portador de algum tipo de demência, outros transtornos ou se está somente havendo um declínio cognitivo pelo avanço da idade. Já a avaliação cognitiva seriada, é útil para a avaliação do efeito da terapêutica. Já que, na demência, algumas terapêuticas podem não apresentar uma melhora clara, sendo a estabilização ou retardo na progressão do declínio cognitivo uma forma de resposta, a partir do acompanhamento dos resultados desta avaliação. Daí a importância em saber qual o resultado esperado para os testes (ou avaliações cognitivas) específicos na história natural das demências. Esta avaliação é capaz de gerar uma identificação, caracterizando subgrupos dentro de um mesmo tipo de demência: questionável, leve, moderada ou grave. Porém, é preciso considerar durante uma avaliação cognitiva que os pacientes em questão são, em sua maioria, idosos. E os mesmos apresentam limitações próprias ao envelhecimento que podem interferir no desenvolvimento e resultado das testagens. Portanto, antes de se diagnosticar algum tipo de demência ou transtorno em idosos, é indicado que se considere previamente aos testes, as limitações da idade avançada e o nível sócio-cultural (como escolaridade ou demanda intelectual) do paciente.

#### **4. Um redesenho estrutural e um novo cenário**

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que está modificando o cenário socioeconômico com um novo perfil etário da população e suas conseqüentes implicações. Este fenômeno pode ser explicado pela melhoria da qualidade de vida, condições sociais e econômicas, progressos da medicina, aumento da taxa de natalidade, assim como o decréscimo da taxa de fecundidade. Esta mudança na sociedade produz reflexos sociais, éticos e econômicos, assim como nas políticas públicas e no que diz respeito ao sistema de saúde, sugerindo uma revisão de posturas e modos de serviço em diversas esferas. O que faz desta transformação de formato em nossa pirâmide social

uma das justificativas para o presente estudo.

De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de geografia e Estatística), a idade não é o único parâmetro para definir o processo sócio-demográfico do envelhecimento, coexistindo fenômenos de natureza bio-psíquica e social importantes para a percepção da idade e do envelhecimento, assim como é comum associar o envelhecimento com a saída da vida produtiva pela via da aposentadoria, por exemplo. Para Almeida *et al* (2005, p.155) “é impossível estabelecer o momento exato em que um indivíduo se torna idoso. Na verdade, o processo de envelhecimento faz parte de um contínuo que se inicia na concepção e só termina com a morte. Ninguém ao chegar a uma determinada idade é considerado velho e o processo está completo”. O autor descreve o processo de envelhecimento como heterogêneo e com pouca relação com a idade cronológica, dividindo os idosos em três grupos:

- Idosos jovens (de 65 a 74 anos) - no Brasil (60 a 74 anos). Corresponde a fração predominante da população brasileira;
- Idosos velhos (de 75 a 84 anos). Corresponde a fração da população que mais cresce mais rapidamente;
- Idosos muito velhos (85 ou mais anos). Grupo mais propenso a apresentar incapacidades, com 50% já apresentando dificuldades para executar as atividades de vida diária.

A fim de facilitar a análise dos dados e a construção de indicadores, o IBGE adotou como critério de classificação do idoso, as pessoas com 60 anos ou mais de idade (definição esta também aceita pela Organização das Nações Unidas - ONU). Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, mas fazendo uma distinção quanto ao local de residência dos idosos. Sendo este limite válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos.

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno que ocorre mundialmente, estabelecendo a ONU que a era do envelhecimento se iniciou em 1975 e que essa tendência deverá se estender por mais cinquenta anos, isto é, este crescimento deverá estender-se até o ano 2025. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de

pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1 900 milhões de pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade (ANDREWS, 2000, p. 247). No Brasil, segundo o censo 2000, a população de 60 anos ou mais de idade, era de 14 536029 de pessoas, contra 10 722705 em 1991 - neste período, o número de idosos aumentou em quase quatro milhões. De modo geral, observa-se um crescimento da população de idosos de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento, embora este contingente ainda seja proporcionalmente bem inferior ao encontrado nos países desenvolvidos.

De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) as pessoas idosas são o grupo populacional que cresce mais rápido no mundo, constituindo os indivíduos com 60 anos ou mais atualmente 1 em cada 10 pessoas, proporção que deve subir para 1 em cada 5 pessoas até a metade do século. Em relação aos países da América Latina, o Brasil assume uma posição intermediária com uma população de idosos correspondendo a 8,6% da população total, configurando, o idoso brasileiro, hoje um contingente de quase 15 milhões de pessoas. Segundo as estimativas da OMS, reveladas pelo chefe do Programa Global de Envelhecimento da OMS, Alexandre Kalache, a população de idosos do Brasil passará de 7% para 14% em 19 anos. Prevendo que a população de idosos irá dobrar até 2025 no Brasil<sup>5</sup>, chegando a possuir a sexta maior população idosa do mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas em idade superior a 60 anos, o que significará quase 13% da população brasileira. O IBGE aponta como um importante indicador de que a questão do idoso tem sido alvo das preocupações da agenda nacional a promulgação, em 4 de janeiro de 1994, da Lei no 8.842, que dispõe sobre a política nacional para o idoso com uma política que tem o objetivo de assegurar os direitos sociais do mesmo, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

O novo cenário que vem se formando em nossa sociedade a partir do envelhecimento populacional pode ser encarado como uma quebra de paradigma em relação à antiga visão de mundo em que tínhamos um número muito menor de idosos. Uma mudança de estrutura etária, modificando a pirâmide social a partir de um aumento

---

<sup>5</sup> Informação retirada da reportagem “População de idosos vai dobrar no Brasil até 2025”. Brasília, 2005 do site “Nações unidas no Brasil”. Disponível em [http://www.onu-brasil.org.br/view\\_news.php?id=3315](http://www.onu-brasil.org.br/view_news.php?id=3315). Acessado em 2 de fevereiro de 2010.

significativo do número dos idosos traz uma reação em cadeia que reflete em diferentes áreas da sociedade. Uma das conseqüências desta mudança é a transição epidemiológica, que acarreta, segundo Nasri (2008, p. 56), em uma mudança radical de perfil de doenças da população, trazendo a real necessidade de que teremos que aprender a controlar as doenças do idoso - “após a idade de 65 anos, 80% das pessoas relatam uma ou mais doenças crônicas” (Cecil, 2005, p.114). Nasri (2008, p.56) considera que em um país essencialmente jovem as doenças são caracterizadas por eventos causados por moléstias infecto-contagiosas com modelo de resolução baseado no dualismo cura/morte, enquanto que o perfil de doenças do idoso muda para o padrão de doenças crônicas, o que configura uma mudança de paradigma. Ou seja, o crescimento da população idosa faz aumentar significativamente o número das doenças crônicas e degenerativas, provocando uma incapacidade física e um maior custo por paciente na área da saúde, visto que esses idosos necessitam de tratamentos prolongados e caros, segundo Pascale (2002, p.21).

O comprometimento cognitivo aumenta de forma proeminente com o envelhecimento, comportando-se como um fator de risco para um amplo espectro de desfechos, como quedas, imobilização, dependência, institucionalização e mortalidade. (CECIL, 2005, p. 116). A demência, síndrome crônico-degenerativa prevalente em idosos, atinge 35,6 milhões de pessoas no mundo, sendo previsto que até 2050 irá atingir 115,4 milhões, segundo o Relatório Mundial do Alzheimer<sup>6</sup>. O relatório estimou que no ano de 2010 os custos com a síndrome iriam ultrapassar 1% do Produto Interno Bruto mundial, chegando a US\$ 604 bilhões e comparou que “se o cuidado com pacientes de demência fosse um país, ele seria a 18ª economia do mundo. Se fosse uma empresa, seria a maior do mundo, com receita superior à da Wal Mart [...]”, defendendo uma consciência global e vontade política para maiores investimentos em pesquisas, tratamentos e opções de cuidado. Para a diretora da *Alzheimer’s Disease International* (ADI), Daisy Acosta, “Este é um chamado para o fato de que a doença de Alzheimer e outros tipos de demência são a crise social e de saúde mais significativa do século 21”.

---

<sup>6</sup> As informações referentes ao Relatório Mundial de Alzheimer foram retiradas da reportagem “Custos com demência chegam a 1% do PIB mundial, afirma relatório”. Brasília. Setembro de 2010. do site BBC Brasil. Disponível em [http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/09/100921\\_alzheimerrelatorio\\_ba.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/09/100921_alzheimerrelatorio_ba.shtml). Acessado em 07 de outubro de 2010.

A diretora pediu, através do relatório, que a OMS declare a demência como uma prioridade mundial, considerando os governos como despreparados para reflexos tanto econômicos, quanto sociais que serão causados pela síndrome.

No Brasil, a prevalência de idosos com demência, estimada pela Avaliação do Programa Público Brasileiro de tratamento da doença de Alzheimer, no ano de 2008 com base nos estudos epidemiológicos brasileiros, é de 7,1% (sendo esta a mesma prevalência para a América Latina), projetando-se que 60% destes tenham Doença de Alzheimer provável ou possível. Ou seja, durante as últimas décadas, o envelhecimento da população mundial fez com que a demência, importante causa de incapacidade e mortalidade, passasse a ser um problema de saúde pública. O que se deve ao conseqüente aumento no número de casos de doenças crônico-degenerativas relativo ao envelhecimento populacional, de forma que estamos frente a uma nova realidade a qual precisamos estar preparados, sendo necessário proporcionar suporte a esta parcela da população.

## **5. Por uma maior autonomia e auto-estima**

A demência, como já visto, trata-se um comprometimento cognitivo geralmente progressivo e irreversível, não havendo prevenção ou cura conhecidas e sendo grave o suficiente para interferir nas atividades diárias e no funcionamento cognitivo e social. É um quadro que não apresenta proposta de cura, mas isso não é motivo para que não se possa pensar em formas de melhorar ou manter a qualidade de vida das pessoas que sofrem desta síndrome e de seus familiares (sua rede social primária). Já que segundo a OMS, “a qualidade de vida é considerada, como o bem estar físico, mental e social completo e não se definindo pela ausência de doença”.

A grande questão é: nas últimas décadas a expectativa de vida aumentou, por progressos da medicina e melhoria da qualidade de vida, entre outros fatores. Mas, como vamos conviver com esses “anos a mais” que conquistamos? Como será a qualidade desses anos? Vive-se mais, mas também adoce-se mais, proporcionalmente, de doenças crônicas e degenerativas comuns no envelhecimento. Aprendemos como aumentar o tempo de vida, mas não aprendemos ainda como não sofrer as conseqüências do envelhecimento, e para preservar a qualidade de vida desses “anos a mais” conquistados, até que encontremos a cura para esses males degenerativos e crônicos, precisamos trabalhar com o conceito de tratamento paliativo.

Cuidados paliativos são definidos pela OMS como “aqueles que consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida, tanto para o paciente como para seus respectivos familiares”. Este tratamento desempenha um papel essencial nesta nova estrutura que se apresenta. Funciona beneficiando aqueles que adoeceram, sem proposta de cura, procurando aliviar ou controlar no lugar de curar. O controle dos sintomas não deve ser visto somente pelo lado farmacológico, mas também na esfera psicológica, social, ética, familiar e econômica. Baseando-se em:

- Aliviar os sintomas decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas;
- Favorecer o melhor desempenho possível das atividades do paciente;
- Oferecer atenção emocional e social, tanto ao paciente quanto à própria família.

O aspecto mais importante no tratamento paliativo na demência é a manutenção e preservação da dignidade do paciente, a partir da maior conservação possível do seu auto-respeito e autonomia, contando com a ajuda do cuidador, quando necessário. Segundo Wannmacher (2007), “para manter o conforto desses pacientes muitas estratégias não medicamentosas são propostas, parecendo trazer mais benefício do que medicamentos” [...], relacionando a perda de cognição à exclusão social e a um declínio de qualidade de vida, respeito e dignidade.

Se a perda de cognição altera a dignidade e qualidade de vida, e a característica essencial da demência é o comprometimento intelectual e cognitivo, o paciente demenciado encontra-se inserido no grupo de pacientes sem proposta de cura e com sua qualidade de vida em risco. De forma que uma iniciativa com intenção de retardar perdas de funções cognitivas do quadro demencial tem como objetivo final a melhoria de qualidade de vida das pessoas inseridas no contexto da demência, buscando prolongar sua autonomia, auto-estima, independência e inserção social.

## **6. “Reabilitação” ou “novos caminhos”?**

“Toda reabilitação é um processo artesanal, moldado para o indivíduo e que requer, ainda mais, o envolvimento dos familiares, cuidadores [...] É um trabalho persistente, cotidiano, gratificante, mas que pode trazer também decepções e desalento tanto para o paciente e seus familiares, como para o terapeuta e sua equipe. Pretendo dizer com isso, longe de querer desanimar novos praticantes, que o processo de reabilitação não é automático, não se realiza através de receitas prontas e acabadas, mas é sempre um

processo de interação, de descobertas, de parte a parte [...] É sempre um descobrir do ‘caminho das pedras’”. (BUENO, 2006, p.VI). O sentido do termo reabilitação tanto no trecho anterior, quanto quando utilizado por instituições, psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e outros profissionais da área no sentido de superação de uma deficiência adquirida, não condiz com o significado morfológico da palavra em si. Já que “o termo ‘reabilitação’ é derivado da palavra ‘habilitação, que significa ‘tornar-se hábil’ e que, no nível da reabilitação, implicaria ‘tornar-se hábil novamente’” (WILSON, 1997).

É praticamente impossível fazer com que, na prática, pessoas com deficiência cerebral - em especial tratando-se de doenças degenerativas - “retornem à situação anterior”, de forma que Abrisqueta-Gomes (2006, p.3) coloca o termo “intervenção neuropsicológica” e a definição da OMS definida no ano de 1980 (“a reabilitação implica na recuperação dos pacientes ao maior nível físico, psicológico e de adaptação social possível. Isto inclui todas as medidas que pretendem reduzir o impacto da inabilidade e condições de desvantagem e permitir que as pessoas deficientes atinjam uma integração social ótima”<sup>7</sup>) como mais adequados para a situação discutida. (WILSON, 1989) ainda completa esta definição descrevendo a reabilitação cognitiva como um “processo em que as pessoas com lesão cerebral trabalham junto a profissionais da área de saúde, familiares e membros da comunidade para remediar ou aliviar algum déficit cognitivo proveniente de um dano neurológico[...]”. O termo “reabilitação” é questionado, principalmente quando usado em relação a doenças progressivas ou degenerativas, porque a “reabilitação” é considerada pelos profissionais da área como qualquer melhora, por menor que seja, em direção à superação e ajuste do indivíduo ao seu meio social, diante da deficiência adquirida. Não sendo associada à idéia geral de resgate da totalidade plena da condição anterior à deficiência, que nos remeteria ao “tornar-se hábil novamente”.

O termo reabilitação transmite a idéia de construção de um novo futuro diante da deficiência. Porém, a sua definição faz referência ao passado, perseguindo a condição anterior, formando assim um paradoxo. O homem deve entendido como um ser que está em freqüente construção e aprendizado dinâmico, que nunca estará com este desenvolvimento terminado, mas sempre no desenvolvimento deste processo.

---

<sup>7</sup> Organização Mundial de saúde. (1980). International classification of impairments, disabilities and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: Author.

Conseqüentemente, se ele não se habilita (não se “torna hábil”), por estar em constante construção e reinvenção, como poderia “re”-habilitar-se? Em reabilitação, deveria ser evocado o conceito de fazer “o novo” e não fazer “de novo”. Uma vez deficiente, não cabe mais perseguir a antiga condição, porque infelizmente é impossível fazer com que uma pessoa com uma deficiência adquirida retorne, de maneira idêntica, a condição anterior, sendo necessário que haja uma construção de um novo lugar social onde esta pessoa possa estar inserida. A deficiência em si não é o fator determinante na mudança de vida do deficiente, mas sim suas conseqüências sociais e sua relação psicossocial, de forma que a questão da deficiência não se encerra nela mesma, mas diz respeito à condição social da pessoa com deficiência. Para Lev Semiónovic Vygotsky (1983, p.18) uma pessoa “não sente diretamente a sua deficiência. Percebe a dificuldade que deriva da mesma”, sofrendo um declínio de posição social, que se comporta como um desvio na vida social do indivíduo, de modo que precisam ser reestruturados os vínculos com as pessoas assim como todas as funções da sua existência social: é preciso que se dê uma reinvenção desta pessoa sobre novas premissas, a partir de uma mudança de paradigma.

É preciso que o portador de algum tipo de deficiência ou diferença, como é o caso da síndrome demencial, não seja visto como alguém menos desenvolvido do que os outros, mas alguém que a partir de agora estará se desenvolvendo de forma diferente. Vygotsky (1983 – p.14) defende na tese central da *defectologia*<sup>8</sup> atual todo defeito como criador de estímulos para elaborar uma compensação. O autor descreve que assim como na medicina o que importa é o doente e não a doença, na defectologia, o objeto não é a deficiência e sim o deficiente. E que a desvantagem de uma capacidade poderá ser compensada com o desenvolvimento de outra função ou capacidade, criando caminhos alternativos, buscando superar o obstáculo encontrado em um ponto do processo do desenvolvimento. Porém, o autor esclarece que não cabe a estes processos de compensação reparar totalmente as deficiências, o que na maior parte das vezes é

---

<sup>8</sup> Estudos desenvolvidos a partir de análises no campo da deficiência, que afirmam que uma criança com algum tipo de déficit em seu desenvolvimento não é menos desenvolvida que as outras. Apenas desenvolve-se de um modo diferente, defendendo que um “defeito” dá origem ao estímulo compensatório, fazendo com que a deficiência de uma capacidade gere a compensação para o desenvolvimento de outra, correspondendo à plasticidade dos processos de desenvolvimento. Processos de desenvolvimento estes que são influenciados pelo contexto sócio-cultural no qual o indivíduo está inserido.

impossível. A intenção é tentar superar as dificuldades que a deficiência cria. Vygotsky (1983, p. 53) ressalta que crer que qualquer deficiência será compensada com total sucesso é comparável a pensar que toda doença tem como fim certo a recuperação completa, sendo necessário manter a lucidez e o senso de realidade, pois o caminho deste desenvolvimento é geralmente difícil e cansativo, e exatamente por este mesmo motivo justifica-se a importância de pesquisar e tornar conhecida a direção correta a ser seguida.

Embora a palavra “reabilitação” e seu significado ao “pé da letra” não traduzam corretamente o que deveria ser um processo de reconstrução, reorganização, reestruturação e superação de um indivíduo frente a uma nova condição ou deficiência, este é o termo utilizado na maioria dos documentos, instituições e trabalhos científicos com o significado de superação (mesmo que parcial) e agente que busca tornar possível a inserção social do indivíduo diante de uma nova condição. E é com este sentido que o termo foi utilizado neste trabalho, relacionando seu significado a idéia de fazer “o novo” e não de fazer “de novo”.

O conceito de reabilitação, cientificamente, baseia-se na capacidade do cérebro em regenerar-se, já que diversos estudos demonstram que a aprendizagem é capaz de modificar sua estrutura, associando sua recuperação funcional a uma reorganização. A descoberta da plasticidade neural abriu as portas para a teoria de que o sistema nervoso pode ajustar-se a influências do ambiente e para a possibilidade de restauração ou reorganização de funções que foram desorganizadas ou perdidas.

O caráter de plasticidade do cérebro encerrou de uma vez por todas um dos princípios nos quais a neurociência se baseava: neurônios não se reproduzem. A queda deste conceito iniciou-se através de uma publicação na revista “Nature Medicine”<sup>9</sup>, trazendo a primeira evidência de que o cérebro humano de um adulto é capaz de gerar novos neurônios. A partir de uma experiência com animais de laboratório expostos a um ambiente enriquecido com desafios, foi verificado que, sob este estímulo, os neurônios poderiam ser duplicados. O que reforçou a teoria de que uma espécie de recuperação de funções ou “resgate de capacidades perdidas” poderia acontecer através de nova aprendizagem proporcionada pelo re-treino de exercícios cognitivos específicos para “recuperar” ou “reorganizar novas formas” de exercer as capacidades que se perderam.

---

<sup>9</sup> Em 1998, Peter S. Eriksson e seus colaboradores publicaram na revista “Nature Medicine” o artigo Neurogênese in the adult human hippocampus. Vol. 4. Número 11. P. 1313-1317. Novembro de 1998.

É importante esclarecer que, quando, a partir de uma deficiência adquirida, uma habilidade é perdida, o que é chamado de “recuperação de funções” pelos autores não significa um retorno à condição original (quando a deficiência não existia). Mas sim que, através de estímulo, seguindo o conceito de plasticidade cerebral, o cérebro pode encontrar ou criar caminhos através de novas seqüências que permitam o desempenho desta habilidade.

Uma pessoa que apresenta dificuldade oral tem como limitação básica a comunicação. Esta pessoa, exposta a estímulos, poderia desenvolver outras formas de comunicação mesmo sem que a fala propriamente dita, fosse restabelecida (como gestos, expressões corporais ou a escrita). O que compensaria não a “função fala”, mas a dificuldade em expressar-se e comunicar-se com o meio. Este foi um exemplo bem simples somente para ilustrar que a deficiência não é o problema principal, mas sim o que ela causa (neste caso a falta de comunicação e não de fala), e que estratégias compensatórias não se propõem a restabelecer a “fala” e sim a “capacidade de comunicação”, o que já capacitaria o indivíduo para o diálogo, possibilitando sua inserção social de forma mais ativa, sendo o processo de interação do indivíduo com o meio social um condutor fundamental para esta via de compensação, funcionando como estímulo.

### **6.1. Sobre a chamada “reabilitação cognitiva”**

O que é chamado de “reabilitação cognitiva” funciona como um subconjunto ou subárea da reabilitação neuropsicológica, tratando dos fatores que contribuem para a adaptação funcional e integração ambiental de uma pessoa como problemas emocionais, comportamentais, motores, assim como deficiências cognitivas. Cabe ressaltar que existem poucos trabalhos sistematizados comprovando sua eficácia, porém, os resultados de pesquisa em campo amplo e experimental sugerem que as intervenções da reabilitação neuropsicológica têm contribuído na recuperação “parcial” de funções cognitivas. Durante minha pesquisa quanto ao papel dos jogos enquanto instrumento terapêutico como tratamento auxiliar para a demência deparei-me exatamente com esta dificuldade em encontrar registros e publicações em revistas científicas boas e confiáveis. Ao questionar profissionais como psicólogos e médicos em centros de referência sobre esta realidade - a carência de publicações que atestassem a eficácia dos jogos e dinâmicas nos tratamentos de demência – os mesmos afirmaram que

inicialmente é preciso compreender que esta eficácia está ligada a “reabilitação”, e que este conceito se refere a “qualquer melhora, por mínima que seja: social, emocional, psicológica ou cognitiva. Segundo a neuropsicóloga, do CIPI - UERJ (Cuidado Integral à Pessoa Idosa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Kelly Atalaia<sup>10</sup>, este conceito abrangente de reabilitação é um empecilho para encontrar com facilidade publicações sobre este tema em revistas científicas. Para ela, o que ocorre na prática profissional de quem trabalha com jogos/dinâmicas com função de reabilitação cognitiva é a verificação de resultados e melhoras a partir do uso destas dinâmicas nos grupos com que trabalham, porém não dispõem de instrumentos suficientemente afinados capazes de quantificar esta melhora. De acordo com a neuropsicóloga, acontece, muitas vezes, da melhora do paciente não ser suficiente para que ela passe de categoria quando submetido a um teste cognitivo aplicado pela equipe. Porém, a equipe que trabalha com este paciente assim como sua família associam e percebem progresso, no que diz respeito à evolução cognitiva deste paciente, a partir da utilização de terapêuticas não farmacológicas, como os jogos. E como a reabilitação considera “qualquer melhora, por mínima que seja”, os profissionais acreditam e utilizam os jogos/dinâmicas como terapêutica auxiliar, porém não se sentem amparados para publicar sobre o tema pela falta de uma metodologia que os sustente e resguarde. Isto ocorre principalmente por dois motivos:

- O profissional verifica a evolução, mas não pode mensurá-la pela falta de um instrumento suficientemente afinado que possa detectar pequenos avanços. “É uma evidência empírica, sem evidência comprovada, por não termos um instrumento afinado”. afirma Kelly Atalaia;
- O profissional geralmente observa este avanço em seu grupo de pacientes, o que não se traduz em um número com força estatística.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Doutoranda em neurociência pela Universidad Pablo de Olavide (UPO) em Sevilla, na Espanha.

<sup>11</sup> Segundo Abrisqueta-Gomes (2006, p.145), “infelizmente por serem A reabilitação cognitiva e neuropsicológica áreas de recente interesse elas esbarram no mesmo problema de comprovação científica de outras técnicas, que precisam de mais estudos controlados que comprovem sua eficácia. Numa recente revisão sobre o tema Claire *et al*, 2003 relataram que não houve tentativas randomizadas de reabilitação cognitiva em demências. Atualmente, essa abordagem só pode ser avaliada com base nas evidências disponíveis em relatórios de projetos experimentais com técnicas de reabilitação da memória e treino cognitivo em estudos de caso ou de grupos controlados (não-randomizados). A indicação dessas evidências, apesar de serem cautelosamente positivas, são controversas, já que alguns pesquisadores

Pelas diversas variáveis ainda pouco investigadas, este tema traz divergências no que diz respeito a sua eficácia. Enquanto alguns estudos defendem as intervenções de treino cognitivo como eficazes, outros não classificam este método como eficaz e relacionam a ele uma possível frustração ou depressão dos familiares e cuidadores. Diante desta realidade, pode-se perceber que a prática e teoria referente a este assunto se “esbarram” por questões metodológicas e por ser esta uma área ainda pouco pesquisada. Ou seja, a comprovação efetiva exata da evolução no quadro de idosos comprometidos mentalmente a partir da intervenção de jogos/ dinâmicas com função de estímulo cognitivo não é explícita, no sentido de ser formal, clara e registrada em bases de dados ou publicações. De forma que está muito mais ligada a um conhecimento tácito, adquirido pelos profissionais que vem trabalhando e observando a evolução dos pacientes e construindo seu conhecimento a partir de seus experimentos e do *feedback* que recebem. O que resalta a necessidade do desenvolvimento de futuras pesquisas que esclareçam a eficácia da reabilitação neuropsicológica.

A observação somente da análise quantitativa acarreta algumas confusões, já que de acordo com Kaplan (1988), “múltiplos défices cognitivos podem produzir escores gerais idênticos ou globalmente diferentes”. Desta forma, estas avaliações só podem ser realmente úteis quando acompanhadas de uma observação de como ocorreu a falha do paciente. Esta situação motivou os pesquisadores à elaboração de novos instrumentos, assim como à modificação dos já existentes, buscando informações quantitativas e qualitativas que fossem capazes de fornecer várias categorias de escores, identificando diferentes tipos de estratégia de solução e tipos de falhas cognitivas cometidas pelos pacientes. Entretanto, segundo Abrisqueta-Gomes (2006, p.5), é necessário que estes instrumentos estejam inseridos em um contexto, aproximando-se o máximo possível do cotidiano do paciente. A autora destaca que atualmente existem poucos instrumentos com características mais funcionais e que minimizem a interferência de variáveis como idade, escolaridade e ou situação sociocultural. “O sucesso de um programa de reabilitação não estaria na melhora dos escores dos testes e sim na melhora de algumas medidas mais funcionais, como a possibilidade de o paciente apresentar maior confiança em atender telefonemas ou participar de mais de conversações, entre outros.” (Wilson,

---

constataram que os estudos com resultados positivos são em número reduzido. Além disso, eles esbarram na questão de terem um número pouco expressivo de pacientes [...]

1997).

Em busca de uma base teórica que sustentasse a reabilitação neuropsicológica, foi observado por pesquisadores e clínicos<sup>12</sup> que seria necessário estudar padrões de recuperação e deterioração após diferentes tipos de lesão cerebral, incluindo o processo de envelhecimento normal e desenvolvimento do ser humano. O que afirma a necessidade de que a teoria e a observação clínica devem caminhar juntas e “trocar” informações na prática da reabilitação cognitiva, analisando o comportamento, promovendo o re-treino cognitivo, assim como aplicando a psicoterapia individual e em grupo em pessoas com algum tipo de déficit cognitivo.

## **6.2. Sobre psicoeducação**

Diante dos pressupostos, percebemos que na luta “demência x portador de demência” contamos, basicamente, com os remédios e as terapêuticas auxiliares (enquanto tratamento não farmacológico). Porém uma lacuna que parece ficar a ser preenchida (ou é preenchida de maneira confusa), segundo os profissionais que trabalham com esta situação-problema de perto, é a questão de o tratamento conseguir atingir, de fato, o portador de demência. Ou seja: é necessário que esta lacuna seja preenchida por uma ponte que ligue o tratamento ao portador de demência, e esta ponte deve ser formada pelo apoio familiar ou de um cuidador profissional que se comprometa em estar ao lado do paciente nessa “luta”. O que aumentaria a possibilidade de o tratamento ser acessado, de fato, pelo portador de demência. Já que, no caso do paciente idoso com demência e/ou transtornos mentais, o comprometimento dele com o tratamento e a auto-gestão de sua condição está altamente relacionada com a colaboração do seu familiar e/ou cuidador, visto que apresenta graus de comprometimento e dependência devido à síndrome. Daí, a importância dos familiares se conscientizarem do valor da interação tanto do paciente com o tratamento, quanto do familiar/cuidador com o paciente em tratamento. Neste momento é introduzida a psicoeducação (que vem sendo implantada em algumas instituições), procurando inteirar os familiares dos tratamentos, necessidades, capacidades, desenvolvimento e habilidades do paciente.

Com a postura atual dos tratamentos psiquiátricos em manter os portadores de

---

<sup>12</sup> Referências: Luria (1963); Poppel & Von Steinbüchel (1992); Christensen *et al* (1996).

transtornos mentais socializados, evitando internações e institucionalização, a responsabilidade pelos cuidados com o paciente transferiu-se mais para as famílias e menos para as instituições. Os familiares, mais do que nunca, assumiram o papel de mediadores entre o tratamento e o paciente. Para auxiliar essas famílias, a psicoeducação procura fornecer também capacitação, com informações básicas ou um treinamento formal adequado para o manejo diário dos pacientes, para que os familiares cuidadores sintam-se aptos para tal tarefa. O que busca evitar a sensação de dúvida e desamparo no cuidado de seu familiar. A família costuma ter dificuldade em aceitar o diagnóstico exatamente por ter pouca informação sobre o problema, gerando reações diversas como: vergonha de ter uma pessoa com demência na família; medo, ao acompanharem a situação em que se encontra seu pai ou sua mãe, da possibilidade de no futuro passarem pela mesma situação; e a falta de capacidade em administrar bem questões como de não ser reconhecido pelos pais ou parentes acometidos pela síndrome.

Uma vez que a demência se trata de uma síndrome geralmente progressiva e com danos irreversíveis, é importante que o familiar/cuidador tenha esta consciência e consiga lidar com o ato de cuidar da maneira mais confortável possível, tornando mais simples a convivência com a pessoa com demência e tendo facilitado o acesso ao conhecimento do que é cuidar de alguém com tais limitações. A psicoeducação contribui com a oportunidade de troca de experiências com profissionais e outras famílias; estimula a participação da escolha de melhores meios de cuidado para o paciente; ajuda na compreensão da relação da família com a doença mental, assim como reações adaptativas comuns aos membros da família; aborda como a família pode colaborar com o tratamento e a reinserção social do paciente; e fornece uma noção dos avanços que podem ser desenvolvidos na área da saúde mental, proporcionando uma sensação de maior segurança aos familiares.

Segundo a professora doutora em psiquiatria Juliana Yacubian (2009), a eficácia da psicoeducação tem sido comprovada por rigorosas pesquisas, tendo sido encontrado níveis de recaída menores em pacientes com transtornos mentais cujas famílias participam de intervenção psicoeducacional em relação àqueles que seguem apenas a conduta medicamentosa sem a intervenção familiar. “Além de fazer sentido para o paciente, a doença precisa ter um significado para toda a família, que precisa de uma reorganização para lidar com o novo evento. A doença é vivida de maneira coletiva, pelo grupo familiar, pois quando um membro adoece, toda sua rede de relações se altera. Sendo a família o grupo primário de inserção de um indivíduo, a tendência é que

seja também afetada com a doença.” (Messa, s.d). Ou seja, "A família deve ser mobilizada e incentivada a colaborar com o tratamento e o processo terapêutico, não de forma passiva, mas com atuação participativa e de colaboração”. (CREMERJ<sup>13</sup>, 2006, p. 118).

Com o cuidador conscientizado da natureza da síndrome e sentindo-se melhor amparado, torna-se mais simples fazer “a ponte” entre o tratamento e o paciente. Já que, não adiantaria para este paciente ter acesso a medicação correta ou a jogos/exercícios de estímulo se o cuidador não o incentivar, participar e acreditar junto com ele no quanto podem evoluir juntos. É obvio que este processo não é simples, porque nem sempre o cuidador é um profissional. E no caso de ser um cuidador familiar, encontra-se exposto a um elevado nível de estresse; envolvido emocionalmente com todas as mudanças no indivíduo acometido pela síndrome; e lidando com a difícil idéia de perda.

De acordo com a equipe médica da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), “o ideal é que o paciente fique junto à família, aos objetos que recordam sua história, que receba carinho e atenção [...] uma vez que o contato familiar é fundamental no tratamento do transtorno.”<sup>14</sup> A equipe destaca que a melhor maneira de retardar a progressão do distúrbio é estabelecer uma rotina para o paciente e incentivar que ele faça o que ainda é capaz de fazer, chamando a atenção para o fato de que é muito mais fácil realizar pela pessoa do que a estimular, mas que o incentivo da autonomia tem papel fundamental no tratamento da demência.

Outro fator importante e que merece atenção é a forma com que a equipe de profissionais aborda o paciente idoso frente a sua nova condição. Segundo Abrisqueta-Gomes<sup>15</sup> (2006, p. 145) é importante considerar o nível de consciência dos pacientes

---

<sup>13</sup> CREMERJ Gestão 2003/2007. “Bioética e Medicina”. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em <http://www.cremerj.org.br/publicacoes/86.PDF>. Acesso em 25 de julho de 2010.

<sup>14</sup> Citação retirada da reportagem “Demência: estresse do cuidador é a principal causa de internação de idoso.” Do *site* Jornal Saúde – Saúde em Movimento.com.br. Fonte: UNIFESP. Disponível em [http://www.saudeemmovimento.com.br/reportagem/noticia\\_print.asp?cod\\_noticia=1640](http://www.saudeemmovimento.com.br/reportagem/noticia_print.asp?cod_noticia=1640). Acessado dia 03 de junho de 2010.

<sup>15</sup> Doutora em ciências, pesquisadora na área de neuropsicologia no departamento de psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Coordenadora clínica do serviço de atendimento e reabilitação ao idoso (SARI) do Centro Paulista de Neuropsicologia da AFIP- UNIFESP. Diretora do Check-up do cérebro (Consultoria e pesquisa em neurociências cognitivas). Membro associado da

sobre sua própria deficiência, já que grande parte deles apresenta problemas de auto percepção na fase inicial do quadro, muitas vezes desconhecendo a seriedade de sua síndrome e mostrando-se resistentes e pouco colaborativos no início do tratamento. Nesta etapa, cabe também ao profissional trazer ao paciente racionalização e autoconsciência de sua condição, considerando que “o objetivo é adaptar o paciente a uma nova condição de vida, não podendo existir um trabalho de reabilitação sem a participação do paciente” ”(ABRISQUETA-GOMES, 2006, p. 8). Abrisqueta-Gomes (2006, p. 146) destaca ainda que “o estabelecimento de um vínculo entre terapeutas e pacientes, a fim de convencê-los a participar de novas situações ou experiências, leva mais tempo”, atribuindo alguns resultados negativos à forma como as intervenções são conduzidas, e até a sensibilidade insuficiente quanto às necessidades e respostas individuais do paciente.

É fundamental considerar, neste contexto, o ambiente social. Quando um portador de demência encontra-se inserido em um ambiente social inadequado, é aumentada a probabilidade de apresentar uma “inabilidade excessiva”, ou seja, sua deficiência apresentar-se maior do que mostra sua lesão ou comprometimento em exames de imagem, adicionando à síndrome problemas como ansiedade, depressão e abandono das atividades sociais. Abrisqueta-Gomes (2006, p. 157) associa que o declínio das atividades funcionais geralmente é determinado pelo estilo de vida, podendo sofrer influências ou ser revertido por ações individuais ou políticas de saúde, considerando que “mudanças no meio ambiente podem ter a capacidade de diminuir o número de pessoas com deficiência em uma dada comunidade (GUIMARÃES, 2004). Com uma conscientização adequada da família, proporcionando que os mesmos tenham um entendimento mais amplo do que é e como se desenvolve a síndrome demencial, aumentam as chances em se amenizar o impacto causado pela chegada e desenvolvimento da síndrome, além de possibilitar a manutenção da auto-estima no paciente

Sobre o ambiente social onde vive o paciente, uma questão importantíssima que não pode deixar de ser abordada, é a de que segundo Abrisqueta-Gomes (2006, p.140) a personalidade do paciente não é perdida durante a fase inicial da síndrome. A importância em tocar neste assunto reside em existir relatos de diversos pacientes, que

---

Sociedade Brasileira de Neuropsicologia e da *Internacional Psychogeriatric Association*. E professora de especialização em neuropsicologia.

se encontram nesta fase da síndrome, queixando-se de atitude grosseira, impaciente ou até estúpida de familiares em relação à nova tarefa e obrigatoriedade do “cuidar”. Estes familiares, desgastados com a reorganização de suas rotinas, e por não conhecerem o suficiente a síndrome demencial, muitas vezes, cometem o deslize de fazer comentários em relação às características da demência no paciente (como brincar que a todo instante esquecem algo ou comentar sobre a situação deles com alguém como se os mesmos não estivessem presentes) gerando tristeza, constrangimento e provocando até mesmo uma situação humilhante que mais uma vez pode proporcionar uma rotina hostil ou ambiente socialmente inadequado, desencadeando um quadro depressivo ou de ansiedade. Portanto, vale ressaltar que devem ser incentivadas relações sociais saudáveis e adequadas de forma que os idosos sejam tratados com respeito e dignidade. A família deve tomar os cuidados necessários (como informar-se e procurar ajuda psicossocial) para evitar que o idoso acometido por algum tipo de comprometimento mental se sinta infantilizado, ridicularizado ou exposto a situação embaraçosa, além de prestar atenção para jamais subestimar as capacidades e potencialidades dele durante a interação familiar e social.

### **6.3. A tecnologia a serviço da reabilitação cognitiva**

Sistemas computacionais aliados a realidade virtual são, atualmente, uma tendência na área da reabilitação cognitiva. Isso deve ao fato da realidade virtual ser capaz de simular ambientes e situações comumente para fins educativos e de treinamento. Quando pensamos na reabilitação como uma forma de re-treino de habilidades físicas, mentais e sensoriais, é possível contar com esta ferramenta a favor da reabilitação cognitiva, sendo a mesma “Um processo terapêutico que visa recuperar ou estimular as habilidades funcionais e cognitivas do homem, ou seja, (re) construir seus instrumentos cognitivos. Substituindo “circuitos cerebrais lesionados ou disfuncionantes por circuitos vizinhos intactos, através de estímulos comportamentais.” (ARAGON; CARVALHO; COSTA, 2000, p. 108).

Na área de saúde, o computador já vem sendo utilizado como instrumento de treinamento para pessoas com necessidades especiais. Assim como a realidade virtual já vem sendo aplicada na administração de problemas como síndrome do pânico, labirintite e estresse pós-traumático. O tratamento com realidade virtual conta com óculos com lentes especiais capazes de transmitir a sensação de que o paciente está em

outro ambiente (como um ponto de ônibus, uma estrada ou qualquer situação cotidiana, por exemplo), sendo possível, através deste tipo de experiência, acontecer transformações no cérebro. O neurologista Fernando Freitas Ganança, da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) explica que “Na medida que o paciente se sente imerso em um outro ambiente, o cérebro é forçado a funcionar”<sup>16</sup>. A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ) estão testando o uso da realidade virtual em pessoas com síndrome do pânico, buscando simular um ambiente que o paciente ainda não consegue enfrentar na vida real, viabilizando que o mesmo possa iniciar o tratamento até sentir-se capaz de encarar a referida realmente. Com a labirintite, o princípio baseia-se em simular jogos onde o paciente é um personagem que precisa conseguir manter o equilíbrio, treinando e transmitindo confiabilidade para que o paciente possa andar e movimentar-se, com segurança e sem medo.



**Figura 1<sup>17</sup>:** O paciente enfrenta situações de risco virtuais iguais às da vida real

---

<sup>16</sup> Citação retirada da reportagem “Síndrome do pânico, a realidade virtual pode ajudar no tratamento” publicada no *Site Saúde e Força*. Disponível em <http://www.saudeeforca.com/sndrome-do-pnico-a-realidade-virtual-pode-ajudar-no-tratamento/>. Visitado em 25 de novembro de 2010;

<sup>17</sup> Figura retirada da reportagem “Terapia virtual contra a tontura- Especialistas testam o recurso no tratamento de labirintite e outras causas de desequilíbrio”. Revista *ISTO É - Medicina & bem estar*. Edição 2065. 10 de junho de 2009. Disponível em [http://www.istoe.com.br/reportagens/19224\\_TERAPIA+VIRTUAL+CONTRA+A+TONTURA](http://www.istoe.com.br/reportagens/19224_TERAPIA+VIRTUAL+CONTRA+A+TONTURA). Acessada em 03 dezembro de 2010.

O computador aliado a tecnologia (que conta com diferentes interfaces como animação, vídeo e áudio) funcionam como um meio ou ferramenta auxiliar a serviço da reabilitação, na busca de resultados mais efetivos na forma de uma estratégia ou nova metodologia de aprendizado, re-aprendizado ou fixação de habilidades. Dentre as vantagens encontradas neste modo de terapêutica auxiliar para o paciente estão:

- Diminuição de ansiedade em relação a novas situações;
- Encorajamento e aumento de iniciativa ao tomar decisões;
- Melhora na concentração e memória<sup>18</sup>;
- Valorização da autoconfiança.

Neste sentido, a reabilitação conta com um ambiente virtual projetado especificamente para reabilitação cognitiva, oferecendo situações corriqueiras de vida diária que visam o treino de funções executivas de pessoas com deficiências cerebrais variadas. Segundo Aragon, Carvalho e Costa (2000, p 112-113), o Ambiente Virtual Integrado para a Reabilitação Cognitiva (AVIRC) funciona simulando uma cidade, focando no treinamento de processos cognitivos e funcionais, sendo composta por uma praça, cercada por ruas, casas, lojas, prédios e supermercado, onde o usuário pode transitar livremente realizando tarefas. Porém, pesquisas e experimentos nesta área ainda são bastante recentes e por isso não existem evidências ou resultados que possam ser considerados como realmente conclusivos.

O papel da tecnologia, quando direcionada a reabilitação, funciona no sentido de permitir maior adaptação, comunicação e inserção social não só aos portadores de deficiência cognitiva, como também aos que apresentam deficiências físicas e sensoriais. Porém, é importante não encarar estas iniciativas como resposta a um problema ou solução definitiva, mas sim como instrumento e ferramenta que deve ser utilizada e trabalhada por um profissional especializado, cuidador ou familiar em benefício do portador de alguma deficiência e sua rede social primária. Cabe ressaltar que tanto as iniciativas envolvendo realidade virtual, como outras formas auxiliares de

---

<sup>18</sup> Estão disponíveis programas de transferência de Digit/Symbol (Digit 1996) – cada símbolo de uma seqüência deve ser associado a um número direcionado para o tratamento de atenção e concentração; E o (Shapes 1996), que treina a memória visual, apresentando símbolos que devem ser identificados sem seqüência em uma lista de símbolos que são apresentados em outro momento. Existem também jogos mais interativos e completos com sons, gráficos e situações tridimensionais.

terapêutica voltadas ao estímulo ou simplificação de tarefas de vida diária direcionada a pessoas com algum tipo de deficiência cerebral devem ser monitoradas, sendo este o papel da família ou cuidadores. Este monitoramento funciona como “ponte” entre o instrumento e o paciente, para que este tipo de terapia se torne efetiva e tenha o maior aproveitamento possível, trazendo para esta parceria (paciente - familiar/cuidador) inclusão, liberdade, adaptação, comunicabilidade e inserção social.

## **7. Jogo, interação social e aprendizado**

O lúdico pode ser entendido como inerente ao processo de formação humana e ter suas manifestações de plenitude no jogo. Se materializando em todo o processo de humanização do homem, “no qual se expressam principalmente os sentimentos de prazer e de alegria como inspiração, impulso para os diversos jogos” (CAVALCANTI *et al*, 2002). Segundo Santin (1994, p. 28), a ludicidade “Não pode ser apreendida pela palavra, mas pela fruição. O comportamento lúdico é vivência, isto é, é fruição”. O mundo lúdico funciona como um espaço de expressão e criação, um mundo em que se pode ser rei ou ter todo o poder, porque a imaginação de cada um ou de um grupo que a compartilha é o limite, como uma dimensão paralela onde o que é “mundo real” não tem poder nem de interferir, nem de limitar. Ou seja, é a própria pessoa ou grupo quem dita as regras e as verdades em que se baseia, tendo a autonomia da natureza e desenvolvimento daquele universo. Para Suzana Albornoz (2009), doutora em filosofia pela UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) e professora do Departamento de Ciências Humanas da UNISC (Universidade de Santa Cruz do Sul) “a noção do lúdico não se identifica totalmente com a de jogo. O jogo contém o lúdico, mas nem sempre cobre totalmente o seu sentido; pode extrapolá-lo. Lúdico e jogo são conceitos próximos, tem tendência a completar-se, mas há um certo ‘jogo’ de ajuste e sobreposição de significados. Os significados de um e do outro buscam encontrar-se e mantêm um movimento de tendência à identificação e a manutenção da autonomia, sendo difícil decidir qual o mais amplo, qual o mais restrito. É possível pensar que o lúdico tem a maior dimensão, que tem uma extensão de significado mais ampla; por outro lado, é também possível encarar ambos significados de modo contrário, concluindo que mais coisas estariam indicadas e envolvidas no conceito de jogo do que de lúdico. Na verdade, precisamos reconhecer, pois, que ambos os termos comportam um modo mais amplo e outro mais restrito de significado [...]” (ALBERNOZ, 2009,

p.80)

Na obra *Homo Ludens*, um clássico estudo antropológico de dimensão filosófica, Johann Huizinga (2000)<sup>19</sup> situa o jogo como uma realidade originária, noção primitiva e enraizada na realidade humana, entendendo a cultura como nascida do jogo (sendo compartilhada por homens e animais), “O jogo é fato mais antigo que a cultura, pois esta, mesmo em suas definições mais rigorosas, pressupõe sempre a sociedade humana; mas, os animais não esperaram que os homens os iniciassem na atividade lúdica. É-nos possível afirmar com segurança que a civilização humana não acrescentou característica essencial alguma à idéia geral de jogo. Os animais brincam tal como os homens.” (Huizinga, 2000). De forma que o jogo permanece subjacente a todas as artes de expressão e competição, inclusive na arte do pensamento e do discurso. O autor descreve o jogo como sendo este um ato voluntário, que se concretiza como evasão da vida real, com orientação própria, ocorrendo dentro de limites de tempo e espaço, destacando a presença da incerteza (onde não é possível prever como será o final antes que o jogo termine) e o papel das “regras do jogo” (as leis que valem no jogo, aceitas pelos jogadores, podendo, de comum acordo, ser mudadas por eles). Foram estabelecidas pelo autor múltiplas relações entre o jogo e diversos fatores, como:

- o divertimento: opondo-se a noção de seriedade ou de trabalho. No jogo é possível incluir a seriedade, porém a seriedade pode procurar excluir o jogo;
- o direito: colocando a prática do direito como um processo extremamente semelhante a uma competição. Um exemplo disto se dá quando o autor destaca que “Os juízes que vão ministrar a justiça saem da vida ‘comum’ no momento em que vestem a toga e colocam a peruca.” - classificando a função da peruca do juiz como uma peça que possui profundo parentesco com a das máscaras de dança dos povos primitivos: “Transforma quem a usa em um outro ‘ser’”;
- o sagrado: “o sagrado é cultivado dentro de um jogo, os cultos são estabelecidos como num jogo, isto sendo que todo ritual apresenta um aspecto de espetáculo, ou seja, é um jogo, que também tem algo em comum com o espetáculo.” (ALBORNOZ, 2009, p.77);
- a guerra: o jogo e o que impulsiona o ser humano a jogar parece estar na origem das experiências humanas, sendo tudo o que é construído pelos homens marcado pelo impulso de competição ou concorrência. Segundo Huizinga (2000), “não há

---

<sup>19</sup> Autor de grande importância na área da teoria dos jogos.

dúvida que toda luta submetida a regras, devido precisamente a essa limitação, apresenta as características formais do jogo. Podemos considerar a luta como a forma de jogo mais intensa e enérgica, e ao mesmo tempo a mais óbvia e mais primitiva” ;

- a poesia: “enquanto nas formas mais complexas da vida social a religião, o direito, a guerra e a política vão gradualmente perdendo o contato com o jogo, que nas fases mais antigas se revestia da maior importância, a função do poeta continua situada na esfera lúdica em que nasceu”. A poesia “exerce no interior da região lúdica do espírito, num mundo próprio para ela criada pelo espírito, no qual as coisas possuem uma fisionomia inteiramente diferente da que apresentam na "vida comum", e estão ligadas por relações diferentes das da lógica e da causalidade.” (HUIZINGA, 2000).

Apesar de o autor conceituar o jogo como uma “atividade livre, conscientemente tomada como “não-séria” e exterior à vida habitual [...]”, ressalta não ser este um conceito estático. Já que, de acordo com Huizinga (2000), “Em nossa maneira de pensar, o jogo é diametralmente oposto à seriedade. À primeira vista, esta oposição parece tão irredutível a outras categorias como o próprio conceito de jogo. Todavia, caso o examinemos mais de perto, verificaremos que o contraste entre jogo e seriedade não é decisivo nem imutável. [...] certas formas de jogo podem ser extraordinariamente sérias” (Huizinga, 2000). Para a antropologia, o jogo e a competição aparecem como fenômenos correlatos, podendo ser sua função a de lutar por alguma coisa ou a de representar alguma coisa. Para Albernoz (2009, p.77), “A cultura é ‘jogada’. Em seu momento mais originário, emerge como um jogo do ser natural, e nesse plano de origem, o elemento lúdico vai dar lugar à esfera do sagrado: o jogo como que se oculta por detrás dos fenômenos culturais.”. O que abre uma brecha, como um parêntese dentro da seriedade do dia-a-dia, introduzindo um espaço lúdico, no meio do que é chamado de “sério”. Apesar do jogo ter suas regras próprias que são aceitas pelos jogadores, as relações entre os jogadores, suas estratégias e táticas, assim como as reações de seus opositores às suas ações imprevisíveis não podem ser previstas. Esta característica força nos jogadores uma capacidade de reorganização tática e em tempo hábil às condições externas, trazendo ao jogo também um caráter de emoção.

Roger Caillois (1990, p. 11)<sup>20</sup>, na obra *Os jogos e os homens- A máscara e a vertigem* (1990), coloca o termo “jogo” como uma combinação de limites, liberdade e invenção, definido por um sistema de regras que delimitam o que é ou não é do jogo, ou seja, o que é permitido ou proibido (estas regras, que permitem ou limitam, são o que possibilitam o desenvolvimento do jogo). Porém o autor destaca que o elemento que impõe estas regras é a simples vontade de jogar, sendo o jogo “um conjunto de restrições voluntárias, aceites de bom grado e que estabelecem uma ordem estável, por vezes uma legislação tácita num universo sem lei” (CAILLOIS, 1990, P.12). O jogo atua no desenvolvimento social, cultural e psicológico das pessoas, por tratar-se um sistema equilibrado com direitos, deveres, privilégios e responsabilidades, trazendo um caráter civilizatório, segundo o autor (CAILLOIS, 1990, p. 15), uma vez que possui uma função disciplinadora, condicionando que uma pessoa só poderá participar de um determinado jogo sob a condição de enquadrar-se às “regras daquele jogo”.

O autor descreve que o que revelam os jogos não é diferente do que revela uma cultura, já que “o simples fato de se poder identificar no jogo um importante e antigo elemento social revela uma extraordinária convivência e surpreendentes possibilidades de intercâmbio entre os dois domínios” (CAILLOIS, 1990, p.87). Destacando que qualquer instituição funciona e se apresenta como um jogo que instaurou-se, baseando em novos princípios, ocupando o lugar reservado a um jogo antigo.

Caillois (1990, p.32) subdivide o jogo em quatro categorias principais, conforme o predomínio do papel da competição, da sorte, do simulacro e da vertigem, respectivamente:

- Agôn: categoria caracterizada fundamentalmente por atividades competitivas, com a presença de rivalidade e desejo de vitória, sendo o vencedor o participante melhor preparado, com situações ideais e igualitárias para todos os participantes. É exercida “em limites definidos e sem nenhum auxiliar exterior, de tal forma que o vencedor apareça como sendo o melhor, numa determinada categoria de proezas” (CAILLOIS, 1990, p.34). Porém, segundo o autor, a igualdade absoluta de oportunidades nunca é inteiramente realizável, já que as circunstâncias e o meio interferem de diferentes maneiras no desenvolvimento do jogo, podendo privilegiar ou desfavorecer um dos jogadores;
- Alea: Na categoria Alea, o jogador é personagem passivo, não faz uso de

---

<sup>20</sup> Importante referência que contribuiu no conceito dos jogos e seu reflexo no ser humano.

habilidades naturais e adquiridas, o que os coloca em um patamar de igualdade, com condições igualitárias. São jogos regidos pela sorte, acaso ou destino onde o jogador se limita a aguardar expectante as imposições da sorte. Esta categoria é oposta e simétrica a *agôn* por negar o trabalho, a paciência, a habilidade e a qualificação, eliminando o valor profissional e o treino (CAILLOIS, 1990, p. 37). São exemplos desta categoria os jogos de cartas ou dados;

- Mimicry: O termo *mimicry* em inglês se refere ao “mimetismo”, baseando-se esta categoria na interpretação, imitação, imaginação, mímica e no disfarce. São jogos fictícios que fazem uso de variados personagens através da interpretação e da mímica, formando uma representação. A interpretação dramática, as brincadeiras de faz de conta e a freqüente prática infantil de imitar os adultos são exemplos desta categoria;
- Ilinx: busca um afastamento súbito da realidade, vertigem ou de destruição da estabilidade de percepção do corpo humano. “Trata-se de atingir uma espécie de espasmo, de transe ou de estonteamento que desvanece a realidade com uma imensa brusquidão” (CAILLOIS, 1990, p.43). De acordo com Caillois (1990, p. 44), “cada criança sabe também que, ao rodar rapidamente, atinge um estado centrífugo, estado de fuga e de evasão, em que, a custo, o corpo reencontra seu equilíbrio e a percepção a sua nitidez.” São exemplos desta categoria a rotação rápida, a velocidade, brinquedos como o *toboggan* ou a perda de estabilidade humana proveniente de drogas ou bebidas;

Cada uma das categorias apresenta aspectos socializantes, que dada sua amplitude e estabilidade, adquiriram direito de cidadania na vida coletiva. (CAILLOIS, 1990, p.62).

O autor destaca a presença das interações sociais nos jogos, já que os mesmos são práticas coletivas, onde sempre, no ato de jogar, ocorre diálogo de forma direta ou indireta com outros atores sociais. Caillois destaca que estes atores sociais podem ser reais, presentes, ausentes ou até imaginários. “Por mais individual que se suponha ser o manusear do brinquedo com que se joga: papagaio, ioiô, pião, diabolô, passa-volante ou arco, deixaríamos rapidamente de nos divertir, se acaso não houvesse nem concorrentes nem espectadores, por imaginários que fossem”. (CAILLOIS, 1990, p. 59). O jogo é uma prática coletiva ou relação social, não deixando de ser uma forma de relação de troca dentro daquelas regras específicas, e podendo ser visto como uma maneira de

adquirir aprendizado ou conhecimento. É estabelecida uma relação mútua de inter-influência entre os indivíduos que estão se interagindo, estimulando um no outro ações e reações que não podem ser previstas antes de acontecerem. Já que, o que uma ação causaria em um indivíduo X, não é necessariamente igual ou semelhante ao que aconteceria ao indivíduo Y, se exposto a uma ação idêntica. O que traz novamente o caráter de constante imprevisibilidade presente na natureza dos jogos, e agregada a ela, a troca gerada pelas ações e reações, que geram conhecimento para ambas as partes. O que associa um papel disciplinador e educativo ao jogo, como uma forma de dissipar conhecimento entre os jogadores de algum jogo a partir da interação social causada por ele. Já que, “no convívio social, a experiência interpessoal possibilita o progresso de elaboração e reelaboração de sentidos que organizam e integram a atividade psíquica dos participantes da relação”. (BARTHOLO *et al.*, 2005, p.690). A interação social tem o poder de modificar o comportamento dos indivíduos envolvidos, através do contato e da comunicação que é estabelecida entre os indivíduos que relacionam suas ações sociais.

Vygotsky, psicólogo, professor e pesquisador pioneiro na noção de que o desenvolvimento intelectual das crianças ocorre em função das interações sociais e condições de vida (considerando o papel do aprendizado e da linguagem neste desenvolvimento), defende que a aquisição de conhecimentos se dá pela interação do sujeito com o meio, sendo esta a relação que favorece o aprendizado, até mesmo pela questão cultural. Na visão do autor, “a brincadeira cria uma “Zona de Desenvolvimento Proximal” favorecendo e permitindo que as ações da criança ultrapassem o desenvolvimento real já alcançado permitindo-lhe novas possibilidades de ação sobre o mundo.” (NUNES, 2010). Vygotsky (1991, p.60) considera o desenvolvimento em dois níveis: o real e o potencial, caracterizando o real pelas capacidades ou funções já conquistadas e consolidadas, as quais a criança domina completamente e é capaz de exercer sozinha, sem ajuda de outras pessoas; e o potencial pela capacidade de realizar tarefas com a ajuda de companheiros mais capazes ou adultos, uma vez que existem tarefas que uma criança não consegue realizar sozinha, mas torna-se capaz com a ajuda (demonstrações, pistas e instruções) de outras pessoas. A partir destes dois níveis de desenvolvimento, é define-se “Zona de Desenvolvimento Proximal” pela “distância entre seu desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de seu desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com

companheiros mais capazes.” [...] “A zona de desenvolvimento proximal define aquelas funções que ainda não amadureceram, mas que estão em processo de maturação, funções que amadurecerão, mas que estão presente-mente em estado embrionário. Estas funções poderiam ser chamadas de “brotos ou ‘flores’ do desenvolvimento, ao invés de ‘frutos’ do desenvolvimento.” (Vygotsky, 1991, p.97). Com base nesta teoria, é fundamental que o desempenho de uma pessoa seja possibilitado pela ajuda de outra, considerando-se essencial a relação com o outro no processo de construção do ser.

Considerando o ato de jogar como algo arraigado ao ser humano e às relações sociais, que influencia diversas áreas do desenvolvimento humano como o social, cultural, motor, psicológico, assim como na sua própria formação, pode-se perceber o grande poder agregado ao jogo. E que, se ele tem poder de formação e influência em tantas esferas da vida do homem, pode e deve ser utilizado a favor do mesmo. E é dentro deste raciocínio, que profissionais de saúde utilizam jogos em psicologia, fisioterapia ou em terapia ocupacional, desempenhando uma forma de reabilitação em seus pacientes, com exercícios (tanto físicos quanto cognitivos), utilizando produtos, jogos e aparelhos. Não deixando, a reabilitação, de ser uma forma de “re- aprendizado”, ou seja, uma maneira do paciente aprender ou educar-se de novo, a desempenhar tarefas antes realizadas. Os jogos e exercícios, quando utilizados como terapêutica pelos profissionais de saúde, desempenham não somente a função de reeducação, como a de socialização, presente nestas atividades, assim como a afetividade e a emoção, principalmente em dinâmicas de grupo ou no tratamento de transtornos mentais. A utilização do lúdico nesta direção busca também o bem estar social, já que “o jogo pressupõe a companhia e não a solidão, pois seu desenvolvimento está repleto de conteúdos socializantes que possibilitam a construção de um bem estar social coletivo e, não individual, como advogam as atuais teorias pós-modernas.” (Piccolo, 2008).

No contexto de jogos pedagógicos, é preciso que seja determinado quais as características do jogo podem ser utilizadas como ferramenta pedagógica, de fato. Deve-se considerar o aspecto motivacional (permitindo um elo, ajustando-se a temática do conceito); a aplicabilidade do conceito ao contexto (informações e modelos, assim como o que o jogo demanda para sua solução ou desenvolvimento deve ser tema presente no contexto onde é aplicado); e o caráter lúdico, onde apresenta uma rede de dilemas e alternativas. Segundo Proença (2003, p.2), jogos pedagógicos são baseados em modelos de situações reais, simplificando a realidade, recortando-a ao longo de determinadas perspectivas e para determinados fins, oferecendo um contato simulado

com a realidade que permite tanto um espaço de vivência e apreciação quanto de experimento e reflexão. O jogo se distingue dos outros modelos de aprendizagem pela sua dinâmica lúdica. “Tanto os modelos utilizados no Jogo quanto a sua dinâmica lúdica devem ser considerados para que se possa identificar e usar o jogo adequado para os fins pedagógicos que se busca atingir”. (PROENÇA, 2003, p.2). É válido ressaltar que o caráter lúdico do jogo, por vezes, traz uma imagem, mesmo que inconsciente, de preconceito em relação à sua utilização no campo do aprendizado. De acordo com o Proença (2003, p. 3-4) a utilização de jogos pedagógicos oferece a possibilidade de:

- Permitir aos participantes o entendimento geral de um evento complexo, simulando fatores e relacionamentos reais, permitindo uma vivência da situação;
- Disponibilizar laboratório para o ensaio de práticas reais, propiciando a identificação de novas abordagens para a solução de problemas, testando entendimentos, aferindo procedimentos, assim como alternativas de ação ou que se deseje adotar.

A professora doutora Vilma Duarte da Câmara faz parte do programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia (PIGG) do Hospital universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF), desenvolvendo, desde 1987, um método não medicamentoso que auxilia no tratamento de pacientes com demência, seus familiares e cuidadores, denominando esta parte do tratamento como “reabilitação cognitiva de abrangência biopsicossocial”. Esta abordagem biopsicossocial da reabilitação cognitiva foi a primeira a ser implantada em âmbito nacional, tendo hoje os seguintes focos na reabilitação cognitiva dos grupos que atende:

**Tabela 2:** Focos da atuação da reabilitação cognitiva nos grupos participativos do PIGG/HUAP/UFF. (CAMARA; GOMES; RAMOS *et al.*, 2009, p.27)

Focos da atuação da reabilitação cognitiva nos grupos participativos do PIGG/HUAP/UFF		
Grupos de pacientes	Grupos de cuidadores	Grupos de pacientes com cuidadores
Promoção da saúde	Esclarecimento sobre a demência	Perceber sentimentos na nova situação do paciente
Conscientização	Catarse	Estímulo da afetividade e redução do estresse relacional
Estimulação da área não comprometida	Resoluções práticas para questões de dependência	Redução da interdependência
Estimulação das atividades da vida diária	Afetividade	Soluções para os problemas do dia-a-dia
Incentivo ao autocuidado e à independência	Preservação da identidade	
Reabilitação das funções cognitivas e psicomotoras comprometidas	Preparo psicológico para o agravamento do quadro ou óbito do paciente	
Integração social		
Afetividade		
Catarse		
Orientação para a realidade		
Redução da dependência		
Fixação de aprendizado		
Despertar interesses variados		
Recreação		
Persistência no tratamento		
Alta		

Quando um paciente idoso com Alzheimer perde a capacidade de realizar uma função, foi desligado o circuito “pensar – recorrer à memória - linguagem (falar – expressar - transmitir)”, o que impede o desempenho desta função, já que o caminho utilizado perdeu a seqüência. O resgate de uma habilidade perdida que teve seu “caminho seqüencial esquecido” depende de uma nova estratégia que possibilite seu desempenho, através da descoberta e utilização de um “novo circuito” que seja funcional, contando com um processo de treino<sup>21</sup> e aprendizado de um novo caminho

<sup>21</sup> Treino cognitivo: Procedimentos destinados a fornecer aos pacientes um repertório comportamental necessário para resolver problemas ou para realizar tarefas que parecem difíceis ou impossíveis”. (DILLER & GORDON, 1981), ensinando estratégias cognitivas ao paciente utilizando-se de funções intactas ou fazendo uso de técnicas compensatórias. Citação retirada de Abrisqueta-Gomes (2006, p.6).

capaz de realizar a habilidade perdida no paciente com demência. “Estudos revelam que a aprendizagem é possível em pacientes com demência, quando se trata do re-aprendizado com técnicas de aprendizado de tarefas novas, re-treinamento de tarefas antigas e manutenção de tarefas ainda retidas” (KRASNER, 1971). Neste contexto, o jogo pode ser compreendido como um instrumento pedagógico de re-treino ou re-aprendizado, exigindo o mesmo cuidado com que se seleciona qualquer outro dispositivo ou instrumento pedagógico. Já que as respostas comportamentais e emocionais são condicionadas a certos estímulos, condutores de respostas específicas.

Com a utilização de práticas terapêuticas (como jogos e dinâmicas) compreendida como uma forma de reabilitação que utiliza o re-treino ou re-aprendizagem (um caminho diferente de aprender), concluo que estas práticas se comportam como instrumentos pedagógicos, relacionando-as ao ato de aprender, agregar ou “re-agregar” conhecimentos. “A este ato de busca, de troca, de interação, de apropriação é que damos o nome de educação. Esta não existe por si, é uma ação conjunta entre pessoas que cooperam, comunicam-se e comungam [...] educar não é um ato ingênuo, indefinido e imprevisível, mas um ato histórico (tempo), cultural (valores) psicológico (inteligente), afetivo, existencial (concreto) [...] Educar ludicamente tem um significado muito profundo e está presente em todos os segmentos da vida [...] uma criança que joga bolinha de gude ou brinca de boneca com seus companheiros não está simplesmente brincando e se divertindo; está se desenvolvendo e operando inúmeras funções cognitivas e sociais; [...] Eles educam ludicamente pois combinam e integram a mobilização das relações funcionais ao prazer de interiorizar o conhecimento e a expressão de felicidade que se manifesta na interação com seus semelhantes.” (ALMEIDA, 1974; p.11-14).

## **8. Sobre as chamadas “tecnologias assistivas”**

A tecnologia assistiva é utilizada para identificar todo o arsenal de recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência e conseqüentemente promover vida independente e inclusão. (BERSCHI, 2008). Esta tecnologia torna possível o desempenho de tarefas por pessoas com qualquer tipo de deficiência ou limitação através de instrumentos como talheres modificados, suportes para utensílios domésticos e roupas desenhadas para facilitar o ato de vestir. É definida como “uma ampla gama de equipamentos, serviços, estratégias

e práticas concebidas e aplicadas para minorar os problemas funcionais encontrados pelos indivíduos com deficiências”. (COOK; HUSSEY. 1995). É importante esclarecer que não é o objetivo da tecnologia assistiva reduzir a morbidade, mas sim permitir que as pessoas portadoras de deficiências, seus familiares e sua rede social direta possam desfrutar de uma vida com mais autonomia e possibilidades. Promovendo uma inserção social mais satisfatória.



**Figura 2:** Adaptação para calçar meias e para abotoar roupas (Catálogo MN<sup>22</sup> - TECNOLOGIA ASSISTIVA).



**Figura 3:** Abdutor de polegar com ponteira para digitação (GALVÃO FILHO; DAMASCENO, 2008). Estabilizador de punho; (Catálogo MN - TECNOLOGIA ASSISTIVA).

---

<sup>22</sup> Imagens retiradas do site “Portal nacional de tecnologia assistiva”. “Catálogo Nacional de Produtos de Tecnologia Assistiva”. Disponível em <http://www.assistiva.org.br/catalogo>. Acesso em 13 de agosto de 2010;



**Figura 4:** baralho impressão Braille representando números e naipes; baralho para visão sub-normal (com números e naipes super grandes. (Portal nacional de tecnologia assistiva. Catálogo Nacional de Produtos de Tecnologia Assistiva).



**Figura 5:** display Braille, um dispositivo de saída de computador que exibe dinamicamente em Braille a informação da tela. Trabalha em sincronia com um software leitor de tela, que seleciona os textos e os traduz para o Braille. Seu sistema eletromecânico movimenta pinos dispostos verticalmente para representar múltiplas celas Braille, permitindo ao utilizador a leitura tátil das informações exibidas; Impressão de textos em Braille. (Portal nacional de tecnologia assistiva. Catálogo Nacional de Produtos de Tecnologia Assistiva).

A tecnologia assistiva não se restringe somente a produtos, instrumentos e equipamentos produzidos especialmente para pessoas com deficiência ou idosas buscando prevenir, compensar ou aliviar deficiências ou limitações melhorando a independência e qualidade de vida desses indivíduos. Mas também pode ser entendida como práticas utilizadas em forma de estratégias, contextos organizacionais, modos de agir ou serviços. Ou seja, “Tecnologia Assistiva” é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.”. (CORDE

– Comitê de Ajudas Técnicas).

Uma equipe engajada em um projeto que envolva tecnologia assistiva pode ser composta por terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, arquitetos, engenheiros de reabilitação, assistentes sociais, médicos e outros. A capacitação desses profissionais pode variar de acordo com o tipo de projeto, mas cada um desses profissionais trará conhecimento e habilidades de sua área específica, contribuindo com sua área de conhecimento em um trabalho de equipe, de caráter multidisciplinar. A equipe precisa avaliar as necessidades do usuário e conhecer os produtos ou práticas já existentes que se propõem a resolver o problema identificado (sendo possível criar algo novo ou adaptar algo já existente). Assim como é necessário medir e validar os resultados, garantindo o alcance das metas idealizadas.

Dentro do conceito de tecnologia assistiva, não devemos simplesmente olhar para o que uma pessoa não é capaz de fazer. Deve-se construir também a partir das habilidades preservadas, não tentando substituir alguma função perdida. Este conceito, de uma certa forma, conversa com as idéias de Vygotsky e com a definição de plasticidade cerebral no sentido de oferecer um ponto de entrada alternativo ao cérebro na superação de uma deficiência, funcionando como uma via indireta de ação.

## **9. Sobre apoios terapêuticos para a administração da demência**

O principal tratamento oferecido para as demências baseia-se nas medicações inibidoras da colinesterase (donepezil, rivastigmina ou galantamina - que oferecem relativa ajuda na perda cognitiva), antidepressivos, vitaminas e suplementos. Porém, apenas a administração destes medicamentos não é suficiente para uma melhora acentuada no quadro das perdas cognitivas da demência. Pérez e Carral<sup>23</sup> (2008, p. 384)

---

<sup>23</sup> “Although it may not be possible to prevent or alter the course of the underlying disease, benefits of nonpharmacological approaches in the management of people with AD have been highlighted, especially strategies aimed at slowing cognitive and physical decline, as well as maintaining or ameliorating patients’ quality of life.<sup>2</sup> Physical exercise is regarded as a useful tool in this regard; crosssectional and longitudinal studies have demonstrated that exercise has beneficial effects, such as decreasing depression, increasing overall health, and improving cognitive performance, in older adults.<sup>3</sup> Moreover, it has been postulated that exercise may play a role in reducing the risk of cognitive decline.<sup>4</sup> Despite the growing evidence on the benefits of exercise on the health and functioning of older adults with cognitive disorders,

defendem os benefícios da abordagem não farmacológica na gestão de pessoas com Doença de Alzheimer com o objetivo de diminuir o declínio cognitivo e físico e manter a qualidade de vida destes pacientes, considerando os exercícios como úteis ferramentas na diminuição da depressão, no aumento global da saúde e na melhora do desempenho cognitivo. Uma vida com compromissos e ativa também revelou melhorar as perdas cognitivas em demências mais moderadas. Ou seja, o estímulo revelou-se forte aliado na manutenção e melhoria da qualidade de vida do portador de demência e dos que o cercam. Uma vez que, apesar de não haver ainda proposta de cura definitiva para as demências, seus sintomas podem ser administrados baseando-se em controlar e amenizar, tendo essa postura um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, além de ter como objetivo reduzir a velocidade do avanço da síndrome. Wilson (1996) ainda defende a teoria de que idosos sem atividade correm o risco de perder suas capacidades intelectuais, afirmando tanto a importância de exercícios de estímulo, quanto a existência da hipótese de que o treino de atividades cognitivas têm o poder de manutenção das capacidades e habilidades. Existem suposições que certo nível de plasticidade neural persiste durante a terceira idade, inclusive em pacientes com a doença de Alzheimer (Mirmirian *et al.*,1996). O que propõe a conclusão de que exercícios cognitivos que atuam sobre a plasticidade cerebral, aplicados a idosos com algum tipo de demência têm grandes chances de apresentar resultados positivos.

A OMS e a Associação Mundial de Psiquiatria reconheceram numa declaração de consenso que a terapia ocupacional é uma das disciplinas especializadas capazes de fornecer apoio necessário às pessoas idosas com transtornos mentais. O objetivo primário da terapia ocupacional é trazer para pessoas que têm alguma limitação, em decorrência de um problema de saúde, mais autonomia e independência nas atividades de vida diária, podendo seu exercício ser realizado em diversos lugares, incluindo hospitais e centros de saúde. No caso da relação entre a terapia ocupacional e as pessoas com demência, o objetivo é fazer com que familiares, assim como toda a rede de cuidados que cercam o paciente ganhem em autonomia, acolhimento e respeito, ao interagir com os recursos terapêuticos.

Os recursos terapêuticos utilizados atualmente podem ser divididos em:

- Atividades expressivas, perceptivas, cognitivas e lúdicas;

---

the available literature lacks clinical evidence that supports recommendations for exercise guidelines in people with AD.”

- Indicação, prescrição e confecção de órteses e próteses, quando necessário;
- Tecnologia assistiva, adaptação no ambiente, mobiliários e utensílios.

Podem ser realizados na forma de:

- Atendimento individual, em dificuldades como distúrbios, disfunções e deficiências;
- Atendimento em grupo, que, utilizando-se da troca de experiências, procura desenvolver a capacidade de respeitar, expressar e sustentar suas próprias vontades e necessidades, assim como a dos seus semelhantes;
- Atendimento domiciliar e planejamento do ambiente, fazendo as adaptações necessárias em utensílios, mobiliários e na arquitetura.

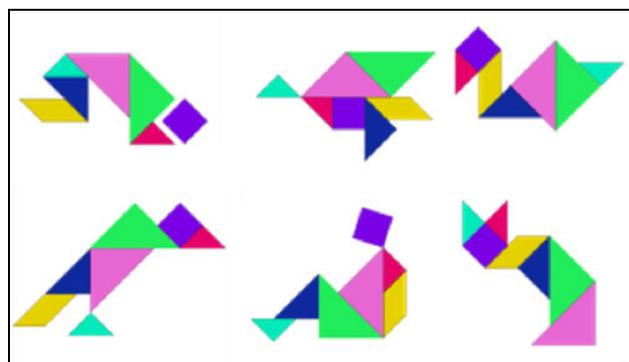
Diversos recursos terapêuticos são utilizados atualmente na administração da demência e/ou transtornos mentais em idosos. São exemplos:

- Exercícios de memorização como jogos de cartas, jogos de sete erros, jogos da memória, dominó, jogos de dama e ludo contribuem para manter um funcionamento cognitivo mínimo (atenção e memória, por exemplo) adequado à execução das tarefas rotineiras;

- Jogos de perguntas e respostas, pedindo que o usuário diga seu sinônimo ou antônimo, ou liste semelhanças ou diferenças. Exemplo: “O que sentimos no verão? resposta: calor” ou “Diga o antônimo de calor. resposta: frio”;

- Começar um provérbio, dito popular ou música conhecida e pedir que o paciente complete;

- O Tangran, um quebra-cabeça chinês formado por sete peças (cinco triângulos, um quadrado e um paralelogramo), podendo-se formar diferentes figuras, sem colocar umas sobre as outras e utilizando todas as peças. O objetivo é estimular a criatividade e o raciocínio lógico;



**Figura 6:** tangran (<http://www.reabilitacaocognitiva.org/tag/recursos-terapeuticos/>)

- Estímulos sensoriais no cotidiano: o benefício dos estímulos sensoriais para o trabalho cognitivo em pacientes com demência ajuda a aumentar o nível de atenção do paciente. Como é o exemplo de tapetes de textura, onde o estímulo tátil é fornecido pelo revestimento de uma superfície pelo tapete texturizado;



**Figura 7:** estímulos sensoriais (<http://www.reabilitacaocognitiva.org/tag/recursos-terapeuticos/>)

- A aplicação das artes como a musicoterapia e pintura. A musicoterapia procura melhorar a qualidade de vida, recuperar e reabilitar pacientes para a sociedade. Trabalha o contexto não-verbal, promovendo a utilização de elementos que configuram códigos, linguagens e mensagens, buscando impactar e estimular o sistema global, permitindo ao ser humano reconhecer o mundo que o rodeia. Estimula a expressão de emoções e mobiliza a afetividade. “A musicoterapia com estes pacientes é possível porque a percepção, a sensibilidade, a emoção e a memória para a música podem sobreviver até muito tempo depois de todas as outras formas de memória terem desaparecido. Música do tipo certo pode servir para orientar e ancorar um paciente quando quase mais nada é capaz de fazê-lo”, afirma Sacks (2007, 320-321) em relação aos pacientes com demência. O objetivo principal da musicoterapia com o paciente é estabelecer novos canais de comunicação, através do contexto não-verbal (sonoro-musical), melhorando e fortalecendo sua saúde, afirma o psiquiatra e músico, precursor da musicoterapia no Brasil e América Latina, Rolando Benenzon (2000). A musicoterapia procura melhorar a qualidade de vida, recuperar e reabilitar pacientes para a sociedade.

De acordo com o Dr. Gottfried Schlaug, um neurologista da Universidade Harvard, todos os componentes da música engajam diferentes regiões do cérebro. E, muitas dessas mesmas regiões também são importantes na expressão, nos movimentos e na interação social. Se uma doença ou trauma desativou uma região do cérebro necessária para tais funções, a música pode, por vezes, entrar por uma porta traseira e persuadi-los por outra rota. Desta forma, “a música pode fornecer um ponto de entrada alternativo”.

“Em certo sentido, estamos usando instrumentos musicais especialmente para estimular determinadas partes do cérebro e então, ensinar novos truques, novas ferramentas, para superar uma deficiência”<sup>24</sup>, diz ele. No documentário “I remember better when I paint”<sup>25</sup> sobre tratar a doença de Alzheimer através de abordagens criativas e os muitos benefícios das artes para pessoas com a doença produzida pela FrenchConnectionFilm. Alguns médicos acreditam que, o necessário é encontrar um novo caminho para chegar até as informações antigas, ou seja, precisam ser encontradas formas de desvendar as memórias das pessoas que sofrem de Alzheimer. Eles justificam que a utilização de formas de arte como a pintura são capazes disto porque o lobo parietal, que é estimulado pela arte, encontra-se envolvido apenas em estagio tardio na doença de Alzheimer, desta forma, a informação anterior ainda está lá (preservada) em pessoas portadoras da doença;

- Personalização de um calendário: trabalhar com a utilização de um calendário, visto que algumas disfunções cognitivas causam prejuízo na orientação temporal. Orientar-se quanto ao dia da semana, do mês, e o ano corrente envolve a administração de tarefas diárias, compromissos e participação social do paciente. Funciona com a marcação de datas e compromissos importantes (como aniversários ou os dias das sessões de terapia), colagem de fotografias e uso de *post-it*. Para graus mais avançados da doença, pode ser usado para estimular a leitura ou o raciocínio, efetuar pequenos cálculos e associar pequenas seqüências, como associar que se hoje é segunda-feira, daqui a dois dias será quarta-feira;

- Utilização de um diário. Com a ajuda de familiares e cuidadores, e artefatos como fotos ou lembranças (como bilhetes de cinema), o diário é um instrumento para

---

<sup>24</sup> Estas citações foram retiradas da reportagem “O poder curativo da música” do *site* Reabilitação Cognitiva.org. Disponível em <http://www.reabilitacaocognitiva.org/2010/03/o-poder-curativo-da-musica/>. Acessado em 05 de junho de 2010. Fonte: HEALY, M. “The hope of music's healing powers”. *The Los Angeles Times*. Mar/2010. Disponível em <http://www.latimes.com/features/health/la-he-0301-brain-music-therapy-20100301,0,3642405.story>. Acesso em 24 de julho e 2010.

<sup>25</sup> *I remember better when I paint. FrenchConnectionFilm. Documentário disponível em [http://www.youtube.com/watch?v=54AtoQVGfwU&feature=player\\_embedded](http://www.youtube.com/watch?v=54AtoQVGfwU&feature=player_embedded). Citado em LEITE, A. K. “Lembro melhor quando pinto. Cognitiva e Reabilitação”. *Reabilitação cognitiva.org*. 29 jan/2010. Disponível em <http://www.reabilitacaocognitiva.org/2010/01/lembro-melhor-quando-pinto/>. Acessado em 23 de julho de 2010.*

anotações das experiências diárias, como um método facilitador de registro. Além de, estimular o contato constante com seu cotidiano e a prática do exercício da memória, no momento em que precisam “puxar” pelo que aconteceu para registrar no diário;

- Palavras cruzadas. Assim como jogos de xadrez, estimulam a atenção e memória. O uso de mecanismos como este baseia-se no conceito de que o cérebro é capaz de mudar em resposta à experiência e ao aprendizado, podendo ser auxiliado por exercícios cerebrais. Funcionam dentro deste mesmo princípio jogos como o “academia cerebral” (*Brain Age*, da Nintendo), um simulador que reúne desafios mentais, dicionários e passatempos para estimular regiões específicas do cérebro. Ainda seguindo o conceito de plasticidade cerebral, a partir do trabalho pioneiro do Dr. Michael Mezenich<sup>26</sup> (neurocientista renomado de uma empresa no ramo dos neuronegócios), foi fundada a empresa *Posit Science Corporation* com a filosofia de “ajudar as pessoas a prosperar ao longo de suas vidas. Fazemos isso fornecendo ferramentas efetivas e não invasivas que comprometam a plasticidade natural do cérebro na tarefa de melhorar a saúde cerebral” (Teichert, 2005). A empresa criou o programa de *fitness* cerebral focalizando no aperfeiçoamento da velocidade, precisão e intensidade com as quais nosso cérebro recebe, registra e lembra aquilo que ouvimos. E pretende oferecer uma “academia cerebral completa”, o “*brain gym*”, para treinar os diferentes sistemas cognitivos: visão, controle executivo, equilíbrio, mobilidade. Este método evoca conceitos de “rejuvenescimento’ da plasticidade natural” do cérebro, “inverter o processo de envelhecimento cerebral” e “longevidade cerebral” (*brainspan*). A empresa “prevê um potencial de vendas enorme considerando que a metade dos norte-americanos que atingirem 85 anos sofrerão de alguma forma de demência [...]” (OLNEY, 2006);

- A roupa como ferramenta terapêutica para estimulação de funções cognitivas. O ato de vestir é uma atividade de vida diária que envolve habilidades motoras, sensoriais, perceptivas, cognitivas e até psicossociais, já que cada roupa se veste de uma forma e tem níveis de dificuldade diferentes. O ato de escolher a roupa que irá usar estimula autonomia e memória, por exemplo, também podendo ser explorada a nomeação das peças de roupa e a relação do tipo de roupa com o clima ou estação do ano;

- Terapia Assistida por Animais. Segundo o site <http://www.peloproximo.com.br>,

---

<sup>26</sup> Michael M. Merzenich é um neurocientista da Universidade da Califórnia, São Francisco e diretor científico e do conselho de administração da empresa Posit Science, conhecido pela pesquisa e investigação sobre a plasticidade do cérebro. (9 [http://en.wikipedia.org/wiki/Michael\\_Merzenich](http://en.wikipedia.org/wiki/Michael_Merzenich)).

“A Terapia Assistida por Animais” (TAA) ou “pet terapia” caracteriza-se pela utilização de animais em modalidades terapêuticas, servindo de apoio ao tratamento não farmacológico em aspectos físico, cognitivo, emocional e social, acarretando benefícios psicológicos, pedagógicos e sociais aos participantes.

No Rio de Janeiro, o Projeto “Pêlo Próximo Solidariedade em 4 patas”<sup>27</sup> é um projeto voluntário composto por veterinários, adestradores, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, acupunturistas, terapeutas ocupacionais, pedagogos além de vinte e três cães e duas calopsitas (os “pets terapeutas”), visitando instituições que cuidam de crianças, portadores de necessidades especiais, escolas e idosos. Tem como uma de suas funções estimular a importância do respeito aos animais e esclarecer de forma lúdica a posse responsável. Os animais são utilizados para introduzir diferentes atividades com paciente:

- Contato direto com o animal;
- Exercícios para estimular o raciocínio, como a escovação ou exercícios com arco;
- Trabalho da motricidade fina dos pacientes;
- Apresentação de shows dos cães;
- Exercícios de estimulação usando o boliche e o futebol.



**Figura 8:** Idosos em atividades com o arco e boliche (<http://www.peloproximo.com.br>)

<sup>27</sup> As informações do projeto foram retiradas da página inicial e da reportagem “‘Cães terapeutas’ ajudam a tratar depressão e Alzheimer” do site Pêlo Próximo: "Solidariedade em 4 patas". Disponível em <http://www.peloproximo.com.br/> e <http://www.peloproximo.com.br/caes-terapeutas-ajudam-tratar-depressao-e-alzheimer>. Acessado em 04 de novembro de 2010;



**Figura 9:** Idosos em atividades com a bolinha e a escova para cães

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

De acordo com a ONG “Pêlo Próximo - Solidariedade em 4 patas”, a terapia realizada com a presença de animais pode auxiliar no combate a doenças e ainda estimular o respeito ao animal. A ONG afirma que idosos com Alzheimer podem obter avanços no quadro clínico graças ao contato com cães. Identificam como uma vantagem o fato de observarem idosos que não tem iniciativa de mover-se para pegar um copo d’água, se flexionarem para acariciar os cães, penteá-los, provocando um exercício de extensão dos membros. A psicóloga do projeto “alegou ainda que, em alguns casos, pacientes até diminuem a ingestão de remédios após a visita da ONG.”, mas revelou ainda haver muito preconceito em relação à entrada dos animais em instituições e em hospitais, principalmente no Rio de Janeiro. Segundo a assistente social Rita de Cássia Ribeiro, dona de uma clínica para idosos na Zona Norte do Rio “A *pet* terapia é uma coisa muito nova. A vigilância sanitária tem muito medo dos animais. O animal tem que estar totalmente vacinado, entre uma série de outras exigências [...]”. Ela afirma ainda que o contato com os cães estimula o retorno ao passado para idosos com Alzheimer, “Tem uma senhora aqui que ela nunca sorri, e ela sorrindo pra gente com a cachorrinha menor foi fascinante. E aí eles lembram que tiveram animais, lembram do nome” afirma Rita de Cássia.

A terapia ocupacional chega a sofrer preconceito quando faz uso de alguns tratamentos terapêuticos, considerados “alternativos demais” por algumas pessoas. A terapeuta ocupacional Mariana Fulfaro (2009) relata ter seu trabalho terapêutico desacreditado por pessoas leigas com frequência, considerando que seu trabalho “não

resolverá nada”: “Já sofri preconceito, sim. Muitas pessoas não sabem o que o terapeuta ocupacional faz, por isso não conhecem a importância do trabalho. É comum ouvirmos falar que o terapeuta ocupacional ocupa as pessoas e que dá jogos, crochê e outros trabalhos manuais para passar o tempo. O pior é quando associam a profissão àquela frase ‘mente vazia, oficina do diabo’”. A terapeuta narra um fato que pode ilustrar de certa forma esta questão e como o tipo de terapêutica utilizada pode ser confundido com recreação por leigos: “Na semana passada, joguei dominó com uma paciente. Se uma pessoa que não conhece a profissão vê essa cena, logo pensa que estou apenas brincando com ela, como qualquer outra pessoa faria. Contudo, essa paciente tinha 96 anos, estava internada havia três semanas no hospital devido a uma infecção e tinha demência. Ao jogar com ela, meus objetivos eram estimulá-la cognitivamente, já que longos períodos de internação contribuem para o quadro de confusão mental no idoso, e tentar frear o progresso da demência. O dominó também ajudava a movimentar seus dedos, fortalecendo-os. Assim, quando voltasse para casa, sua mão estaria em perfeito funcionamento e ela poderia comer sozinha.” Ou seja, é muito importante deixar de lado o preconceito e observar os resultados destas práticas, não pensando nelas como substitutas dos tratamentos farmacológicos, mas como uma terapêutica complementar.

É fundamental considerar que o processo de reabilitação depende da inter-relação dos fatores relacionados à cognição, emoção e funcionamento social. Abrisqueta-Gomes (2006, p 146) ressalta que “cognição e emoção não podem ser separadas, pois interagem de modo complexo. [...] Quando nos propomos a reabilitar défices cognitivos, precisamos prestar atenção aos distúrbios emocionais, motivacionais e sociais ao mesmo tempo” (PRIGATANO,1997). De forma que, de acordo com a autora, torna-se importante considerar uma estrutura “holística” no tratamento das demências, contando com equipes de profissionais especializadas capazes de compreender e atender as necessidades não só físicas dos pacientes.

O objetivo da terapêutica das demências baseia-se na dicotomia autonomia e controle, estando a autonomia do paciente relacionada ao controle da síndrome demencial e à preservação do cuidador e familiar. Em relação ao tratamento da demência, o que percebo, é que estamos lidando com um algo não completamente conhecido, já que não se tem certeza clara das causas, prevenção, de como funciona, e do que pode parar a evolução da demência em um indivíduo. Então, acredito que da mesma forma que não se pode afirmar o que causa, sustenta ou paralisa a síndrome demencial, também não se pode afirmar com certeza o que não poderá surtir efeito

positivo. É lógico que não se trabalha as escuras, mas sobre experimentos, observação, experiências anteriores e resultados e tentativa e erro. Porém, esta falta de domínio absoluto do conhecimento sobre a demência conduz a esta liberdade de “tentar” ou “experimental” a partir de resultados que vem surtindo efeitos positivos.

## **10. Cuidado e autonomia**

A prática de cuidar de pessoas que necessitam de algum tipo de cuidado especial sempre existiu. Porém, o envelhecimento populacional trouxe consigo a necessidade proporcional de um maior número de cuidadores, trazendo para o foco a discussão sobre a função social do “cuidar”. Diante dos graus de comprometimento característicos do transtorno mental, o portador do mesmo torna-se dependente de contínua companhia e cuidado, principalmente nas situações crônicas e de longo prazo. Cabendo ao cuidador, a responsabilidade total ou parcial em cuidados como alimentação, higiene ou administração de medicamentos, procurando manter o respeito, dedicação e afeto ao paciente familiar. De forma que este cuidador faz parte de uma “gestão conjunta” desta condição, composta por uma “parceria cuidador - idoso demenciado”, funcionando esta parceria como uma estratégia colaborativa para um fim comum. Considero que o paciente e seu cuidador, em algumas situações, funcionam como um “par complementar”, pelas atitudes e condições de um influenciarem forte e diretamente na vida do outro. O paciente tem declínio em sua qualidade de vida, porém, o cuidador, se não tem uma infra-estrutura adequada para aquele novo cenário que se instalou em seu cotidiano, tratando-se uma doença crônica, também sofre mudanças relativas à disponibilidade de seu tempo e no plano econômico, por exemplo. Se o familiar não tem recursos financeiros para dividir os cuidados do paciente com um cuidador profissional, fica sobrecarregado, podendo vir a comprometer sua vida no plano individual e social, por precisar dedicar-se de forma quase integral aos cuidados de seu familiar acometido pela síndrome.

Dentro da perspectiva atual dos movimentos de desinstitucionalização (movimentos contrários a longas internações psiquiátricas que geram perdas de vínculos sociais e familiares, desconstruindo a "lógica manicomial") e reabilitação domiciliar, a problematização do “cuidar” encaminha-se para a esfera doméstica. Desta forma, recai sobre os familiares conceitos como a cronicidade e complexidade dos transtornos mentais. Quando, em uma família, é diagnosticado um paciente com algum transtorno

mental que necessite de cuidados como o de assistência contínua, a estrutura familiar sofre uma reorganização, passando por momentos de forte carga emocional, como ansiedade, tensão, negação da doença, inconformismo e aumento do estresse familiar. Segundo Rosa (2003, p. 277), “Prestar cuidados às pessoas enfermas traduz uma das obrigações do código de direitos e deveres entre os integrantes da família consanguínea. Mesmo que redunde, em algum ganho ou prejuízo econômico, prover cuidado, figura como uma das atividades inerentes a tarefas familiares ou domésticas que, da perspectiva do grupo familiar, foram ‘naturalizadas’ como próprias da família.”.

O vínculo afetivo do cuidador familiar tem um papel importante no tratamento do paciente com demência ou outros transtornos mentais, já que interná-lo, afastando-o de seus registros, como os de sua casa e de seus objetos pessoais, provoca uma evolução negativa do quadro demencial. Porém é muito comum, principalmente nas fases iniciais do diagnóstico da síndrome, o paciente não ser foco principal, e sim o único. E o cuidador fica “invisível”, de uma certa maneira, desempenhando a função de cuidar como uma responsabilidade natural, que é automática, conseqüente, e não precisa ser discutida ou analisada. É obvio que a condição de “ficar doente” do paciente, tratando-se de uma doença geralmente crônica e degenerativa, é apavorante, principalmente na fase inicial, quando se tem plena consciência do que está acontecendo. Mas a condição de se estar presente e acompanhar de perto o desenvolvimento de um quadro demencial em alguém com quem se tem vínculo afetivo também é muito agressivo. O familiar está exposto, inicialmente, a um inconformismo e constante nível de estresse diário, expectativa, preocupação sobre evolução e prognóstico da doença, desgaste, revolta e até medo, encontrando-se este indivíduo também extremamente fragilizado.

De acordo com Garrido e Menezes (2004, p.836), o cuidador sofre mais impacto com os transtornos de comportamento do paciente, característicos da síndrome, do que com as dificuldades nas atividades rotineiras e instrumentais de vida diária. Sofrendo impactos, além de problemas sociais, como piora da saúde física e sintomas psiquiátricos, como depressão. “Esta doença não afeta somente o paciente, mas também as pessoas que o cercam, devido a uma sobrecarga em termos emocionais, físicos e financeiros. Portanto, deve-se organizar-se um plano de atenção ao familiar, assim como ao doente, sem esquecer, obviamente dos cuidados médicos. “O impacto da doença vai além do paciente. O cuidador, geralmente o cônjuge ou outro membro da família, torna-se um “paciente secundário”, pois o acometido da doença requer cuidados constantes.

Um estudo<sup>28</sup> que buscou avaliar o impacto em cuidadores informais de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico de um hospital escola do município de São Paulo constatou que mais da metade dos cuidadores passava mais de oito horas por dia com os pacientes. Diante destas circunstâncias, acredito que o cuidador familiar encaixa-se na condição de “paciente”, adoecendo a partir da doença do outro e merecendo cuidados e atenção. De acordo com Garrido e Menezes (2004, p. 840) “Quem cuida não pode ficar sem cuidados” e o início deste cuidado se dá em identificar quais os pontos críticos que atingem os cuidadores negativamente. De forma básica, o que os aflige é a sobrecarga física e psíquica do “cuidar”, que reflete em diversas esferas de suas vidas. Nessa linha de raciocínio, quanto mais tranqüila e leve for esta tarefa, mais atenuado será o reflexo negativo na vida dos cuidadores familiares.

Como o objetivo dos jogos e/ou exercícios de estímulo cognitivo para pacientes com demência e ou outros transtornos mentais visa garantir maior autonomia e melhoria da qualidade de vida dos idosos acometidos pela síndrome, de forma secundária e conseqüente, os cuidadores também serão beneficiados em relação a sua qualidade de vida. Já que, de acordo com De Paula *et al* (2008, p.285), em uma pesquisa que avaliou nível e condição da qualidade de vida na visão dos cuidadores dos portadores de demência de Alzheimer, “(...) os cuidadores informais referiram que fatores, como boa saúde e maior independência do idoso, associado a alguém que lhe prestasse auxílio nos cuidados, melhorariam sua qualidade de vida”, estando o conceito de qualidade de vida relacionada com o meio-ambiente, aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações pessoais e crenças sociais.

Com a nossa sociedade sendo entendida como dinâmica, em constante transformação e construção, estamos freqüentemente expostos a novas questões sociais como surgimento de novas doenças, integração cultural, altas taxas de desemprego, novos padrões de trabalho, assim como mudança de perfil etário da população, tema presente neste trabalho. De acordo com este novo contexto, o *Sustainable Everyday*

---

<sup>28</sup> Garrido, R.; Menezes, P. R. “Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico”. São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. V.38, n.6., pp. 835-841. Dez/2004. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102004000600012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102004000600012&script=sci_arttext&tlng=pt).

Acessado em 05 de agosto de 2010;

*Project* (SEP)<sup>29</sup>, traz uma nova visão de uma vida diária sustentável, propondo uma plataforma aberta na *web* que funciona como uma ferramenta de organização e comunicação, buscando proporcionar um espaço livre para as atividades relativas à área do design e sustentabilidade no contexto diário. O papel deste espaço é estimular uma “conversa social” sobre possíveis futuros sustentáveis que possam fazer frente a estas novas situações que vem se apresentando, considerando que serviços e infra-estruturas que tentam encontrar respostas a estas novas circunstâncias, o fazem baseados em modelos de um contexto social e cultural antigo, que na verdade não existe mais. O SEP identifica a necessidade de elaborar soluções apoiadas em novos critérios e políticas para que assim possam ser desenvolvidos serviços públicos que atendam a estas demandas no formato atual. Esta nova geração de serviços sociais é caracterizada pela participação das pessoas diretamente envolvidas na definição de objetivos e de como eles devem ser alcançados (em um processo de co-design, contando com a colaboração de atores, instituições e organizações diretamente envolvidos em casos específicos).

A RED<sup>30</sup> - equipe interdisciplinar de designers, analistas políticos e cientistas sociais que colaboram com uma rede de especialistas líderes mundiais na solução de complexos problemas sociais e econômicos desenvolvendo novas idéias e práticas através de inovação em design - envolve-se em projetos com foco na prevenção da saúde, gerenciamento de doenças crônicas e serviços preventivos de cuidados de saúde. Trabalhando com o caso específico da diabetes, a equipe constatou que no ano de 2010, uma em cada dez pessoas tinham diabetes e que em 2030, a incidência de doenças crônicas em pessoas com mais de 65 anos será mais que o dobro. A RED acredita que somente melhorar os serviços existentes não seria a resposta para esta situação problema e que quando pensamos em abordagens preventivas para a saúde, elas devem significar mudanças radicais em nosso estilo de vida individual, como comer bem ou fazer mais exercício físico: promovendo a auto-gestão de doenças crônicas. A equipe considera que os hospitais e consultórios médicos não podem ser os únicos responsáveis por estas mudanças, o que torna necessária a criação de serviços que motivem as pessoas na auto-

---

<sup>29</sup> <http://www.sustainable-everyday.net/welfare/>. Acesso em 21 de março de 2010.

<sup>30</sup> A RED foi criada em 2004 pelo *Design Council*.

As informações sobre a Red Design Council foram retiradas do *site* RED Design Council. Disponível em <http://www.designcouncil.info/mt/RED/health/> em 23 de março de 2010;

gestão de suas vidas diárias. Este modelo de gestão contribui para a conscientização e comprometimento do paciente em relação ao seu tratamento colocando-o “em prática”, em um papel ativo.

Este programa constrói uma mudança de mentalidade, que aproxima os pacientes da saúde preventiva em um processo de concepção começando a partir do ponto de vista do indivíduo, e não do sistema, com envolvimento a colaboração das pessoas, organizações e especialistas na elaboração de soluções. São utilizadas técnicas de projeto de pesquisa para entender as necessidades e aspirações das pessoas e co-design para desenvolver métodos e conceitos. No caso da diabetes, foi incluída uma equipe interdisciplinar para gerir o “problema“ (as pessoas com diabetes e suas famílias, residentes, enfermeiros, médicos, nutricionistas, gestores de saúde, funcionários da prefeitura, psicólogos e cientistas), todos colaborando no projeto, debatendo idéias, criticando conceitos e sugerindo melhorias. A RED identifica a experiência e o poder tanto da família quando dos pacientes como um recurso pouco aproveitado e que deve ser explorado no sentido de co-criar melhores resultados para gerir a saúde, chamando a atenção para o fato de que sistemas co-criados vão se construindo durante seu desenvolvimento, deixando espaço para a contribuição das pessoas envolvidas no contexto do projeto. Um exemplo do que pode ser feito dentro deste modelo de gestão foi a criação do “cão-passeio”: uma forma de estimular o exercício e diminuir a dor nas costas de pessoas idosas que não gostam de praticar exercícios físicos, entendendo que o passeio com o cão pode ajudar na manutenção do condicionamento físico e motivar os idosos a reconhecer benefícios da atividade através de auto-avaliação, com “cartões de bem estar”, por exemplo. O que este tipo de projeto defende é uma mudança de ênfase para um sistema que permita uma plena participação das pessoas na manutenção de sua própria saúde, permitindo que estas pessoas definam suas próprias agendas e metas e auto-avaliem seu progresso, criando um maior comprometimento na gestão de sua condição.

De acordo com a RED, uma pessoa com diabetes gasta, em média, três horas por ano com os médicos, mas milhares de horas na auto-gestão de sua condição. No caso da demência, a tendência é a mesma: o paciente passa muito mais tempo em casa. Em relação às práticas terapêuticas não farmacológicas direcionadas ao contexto da demência, assunto abordado nesta dissertação, entendo que se as práticas utilizadas contarem, desde sua idealização até seu uso, com a contribuição dos atores envolvidos neste contexto, a auto-gestão da síndrome poderia se tornar muito mais efetiva, intuitiva e simples, inclusive em ambiente domiciliar.

## 11. Metodologia

O termo metodologia pode ser entendido como um planejamento para o desenvolvimento de um projeto, definindo instrumentos, procedimentos para síntese, análise de dados e informações na pesquisa.

A metodologia adotada para a realização desta dissertação foi dividida em etapas. Para que o objeto de estudo pudesse ser compreendido, foi realizado um levantamento bibliográfico de assuntos relativos ao tema da pesquisa: envelhecimento; jogos; demências; tratamentos paliativos; práticas utilizadas como tratamento auxiliar das demências e outros transtornos mentais; e relações sociais entre familiares, pacientes e cuidadores. Paralelo ao decorrer da pesquisa bibliográfica também foram coletados dados a partir da observação de idosos com demência atendidos no Centro-Dia do Centro de Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais da Velhice CDA/IPUB/UFRJ.

A estrutura do trabalho foi organizada da seguinte forma:

- Apresentação da situação-problema, identificando os objetivos da pesquisa;
- Revisão teórica de conceitos como envelhecimento e demência;
- Justificativa do estudo, baseando-se tanto na questão ética e social, como em dados demográficos, estatísticos e governamentais;
- Apanhado de iniciativas, práticas, estratégias e terapêuticas comumente adotadas na administração da síndrome demencial;
- Levantamento da questão da importância, influência e papel do cuidador familiar no contexto do paciente, sendo ele parte integrante deste contexto;
- Observação e entrevistas com atores do contexto da demência;
- Descrição dos resultados do trabalho de campo;
- Identificação de possíveis requisitos para a finalização do projeto;
- Apresentação de um esboço da proposta de projeto de um jogo com função de estímulo cognitivo;

A metodologia de trabalho foi conduzida de forma participativa ou colaborativa, acompanhando o conceito de co-design. Conceito este, caracterizado pela participação conjunta no ato de projetar: um design participativo, não desempenhado exclusivamente pelo designer, mas sendo desenvolvido junto ao usuário, podendo ainda incluir outros profissionais dos diferentes processos de produção e áreas do conhecimento, tendo esta metodologia caráter multidisciplinar. No design tradicional a equipe de design interage

com o usuário em alguns pontos, já no design participativo, o usuário faz parte da equipe como personagem ativo. De acordo com Alastair Fuad-Luke<sup>31</sup>, designer de origem inglesa e líder do movimento “Design para a Sustentabilidade”, o “Co-design, ou design colaborativo, é uma abordagem para ‘o pensamento projetual do design, sua realização e gestão’, que reúne os diferentes atores para compartilharem as suas experiências e conhecimentos para melhor compreender os problemas ligados entre si (a problemática), a fim de criar soluções projetuais que possam se auto-sustentar mais tempo e que também nutram nosso ambiente e nossas economias. Co-design re-conecta o que foi desconectado por nossos sistemas contemporâneos.” Afirma ainda que, “Ao incluir um leque maior de pessoas e organizações no processo de concepção, o co-design encoraja uma maior participação nas decisões chaves do processo de design e, portanto, traz uma “inteligência coletiva” ao ato de projetar”.

A vantagem em se trabalhar com o conceito de co-design explica-se por ser esta uma atividade que envolve a cooperação e desenvolvimento, administrada para atividades colaborativas e interativas em que as pessoas envolvidas com disciplinas diferentes trabalham juntas na tentativa de especificar, desenvolver, verificar e gerenciar o projeto. Um melhor resultado no desenvolvimento de um projeto que busca melhorar a qualidade de vida de uma determinada comunidade deverá contar com a participação desta comunidade, seguindo o conceito de que um projeto precisa atender a sociedade que o utiliza, encontrando-se a mesma inserida em um contexto, que precisa ser compreendido pelo *designer*, precisando este contexto ser dialogado com os indivíduos que o vivenciam. E é neste ponto que reside a importância do uso desta metodologia de projeto: exatamente a possibilidade do mesmo poder ser dialogado, pois alguns projetos de produtos ou serviços não tem sucesso por serem projetados sem considerar o contexto e a comunidade que procuram atender e são implementados sem algum tipo de ajuste necessário a um caso ou comunidade específica. Essa participação da comunidade em questão no processo de projetar funciona como uma co-autoria e é uma forma de co-design, incorporando à concepção do projeto um lado humano participativo que leva em consideração as verdadeiras necessidades e desejos do usuário.

Destacam-se diferentes formas de co-design: as que envolvem diversas disciplinas,

---

<sup>31</sup> As citações de Alastair Fuad-Luke foram retiradas de uma entrevista no *site* Instituto de design para o desenvolvimento sustentável. Disponível em <http://idds.com.br/blogosferaidds/?p=243>, acessado em 17 de julho de 2010.

diversas áreas dentro do design, e as que compreendem além do designer os atores envolvidos. (DÉTIENNE *et al*, 2004), variando os níveis de participação de acordo com o tipo de projeto. “O co-design, num nível de participação mais ativa, diz respeito ao planejamento de atividades e serviços, de forma que se faça o movimento de baixo para cima. Os atores locais devem desenvolver o modelo de serviços conjuntamente, servindo o designer como um facilitador e um apoiador nesse processo.” (Langenbach, 2008: p.44). “Nessa modalidade os designers têm que se considerar como atores sociais dotados com conhecimentos e habilidades de design específicos para facilitar a convergência de diferentes parceiros voltados para o compartilhamento de idéias e soluções em potencial. Isto é o que vai promover e realçar o processo específico de co-design. Este tipo de atividade requer uma série de relativamente novas habilidades, mesmo para os designers: geração de colaboração entre os diversos atores sociais (comunidades locais e companhias, instituições e centros de pesquisa)”. (MANZINI, 2007, p. 7).

A importância do uso do co-design na produção deste jogo foi uma maior possibilidade de, a partir da colaboração e observação da equipe técnica, pacientes, cuidadores e familiares, contar com informações e dados importantes em diferentes áreas do conhecimento. Pelo enfoque:

- Profissional (tanto da equipe, quanto de cuidadores profissionais);
- Familiar;
- Paciente;
- Designer.

Todos, trabalhando juntos por um fim de interesse comum: um melhor resultado na idealização e administração dos jogos e na conseqüente evolução positiva no tratamento dos idosos portadores de demência.

Para Drumond e Filho (2007, p.95-106), se durante o desenvolvimento do projeto de um produto/serviço houver participação dos atores envolvidos em seu contexto, as necessidades e os desejos do usuário se tornarão mais explícitos. Esta participação e colaboração contribuem na busca do contorno de padrões anteriores a produção de qualquer produto/serviço, tendo como objetivo a garantia da qualidade durante seu desenvolvimento. Qualidade deve ser entendida como a requerida pelo cliente, o que a configura como um conceito relativo: é preciso que seja avaliado o nível de satisfação do usuário em relação ao nível de desempenho do produto/serviço, sendo a qualidade o

foco deste processo. Este método de desenvolvimento colaborativo tende a aumentar as chances de garantia de sucesso na utilização do produto/serviço. Além de poupar tempo, energia e recursos em possíveis adequações ou consertos em um possível produto já finalizado que não está atendendo ao usuário no que se refere às suas necessidades e desejos.

A construção de padrões anteriores à produção de um dado produto/serviço pode ser compreendida como uma forma de comunicação, já que este processo depende de comunicar a informação relacionada, através da voz do cliente, com a qualidade exigida. Estas informações devem ser traduzidas e aplicadas no produto/serviço para que o mesmo seja o mais adequado possível às necessidades e desejos do usuário, sendo o diálogo com o usuário a fonte do desenvolvimento consciente e efetivo. Um produto precisa ser contextualizado, de forma social, cultural e formal, dependendo destes fatores para que possa, de fato, produzir um efeito real dentro de uma comunidade.

Outro provável ganho relativo ao uso do conceito de co-design em um projeto - seja inovador, de melhoria, ou redesenho de um jogo cognitivo - seria o de fazer com que os familiares e cuidadores, estando envolvidos de alguma forma em seu projeto, desenvolvessem uma relação melhor com o instrumento de estímulo e sua administração junto ao idoso. Além de um possível aumento de conscientização da importância terapêutica desses jogos no tratamento, já que segundo Langenbach (2008: p.43), o desenvolvimento de projetos de serviços ou produtos produzidos em uma parceria formada pelo consumidor e o designer, tem a tendência de aproximar-se cada vez mais dos desejos e necessidades dos usuários, tornando-os pró-ativos e abrindo espaço para a consciência do consumo. Pois se os cuidadores, que muitas vezes são os próprios familiares, tiverem um maior comprometimento e noção da importância desta parte do tratamento, os pacientes seriam mais expostos aos estímulos. O conceito de comprometimento e conscientização conversa, de certa maneira, com a aceitação de uma nova postura ou nova forma de encarar uma determinada situação, já que, identificar em um familiar uma doença geralmente crônica e degenerativa exige mudanças em toda a estrutura familiar. Como o ser humano é um ser psicossocial, todos os atores envolvidos no contexto da síndrome são afetados pelas transformações que a doença traz consigo, mesmo em diferentes níveis. E a utilização do co-design pode ajudar a rede social primária do paciente a compreender, conscientizar-se, participar e lidar com sua nova situação. Já que, de acordo com Alastair Fuad-Luke, “[...] co-design também parece construir ou fortalecer o sentimento de confiança, um ingrediente

essencial para impulsionar qualquer mudança real.”

O conceito de jogos utilizados com finalidade de estímulo cognitivo para idosos com demência já existe. Logo, a indicação de requisitos que pudessem servir de base para uma espécie de customização deste conceito conversa com a definição de redesenho, ou *redesign*, que consiste no “processo de recriar um produto, mantendo sua essência inalterada, apenas fazendo alterações parciais e otimizando áreas pouco exploradas no modelo original” (MELO, 2007), segundo, Ullman (2002), o *redesign* é um processo pelo qual um determinado produto passa para ser reformulado, geralmente visando aperfeiçoamento funcional e/ou estético ou corrigindo defeitos de versões precedentes. Não deixando, porém este projeto de produto de tratar-se de um novo produto, já que segundo Back *et al* (2008, p. 4), um novo produto não precisa necessariamente ser um produto original, podendo tratar-se de um produto já existente com melhorias e modificações.

### **11.1. Coleta e análise de dados**

Para tornar possível a observação e prática do co-design no projeto de um jogo de estímulo cognitivo dentro do contexto desta pesquisa, foi necessário um campo de observação, de onde foram extraídas as informações necessárias para a delimitação de requisitos para um novo jogo aplicável àquele contexto. O trabalho de campo para a pesquisa foi realizado no Centro-Dia do Centro para Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice CDA/IPUB/UFRJ, que conta com um grupo de idosos com demência como pacientes.

As fontes de material de pesquisa foram publicações técnicas, estatísticas governamentais, análise de produtos similares (jogos ou equipamentos ou instrumentos utilizados para o mesmo fim: estímulo cognitivo) e revisão bibliográfica sobre o universo do trabalho, contando também com outros trabalhos na mesma linha de pesquisa. A coleta e a análise dos dados foram realizadas através da observação de campo e participativa, conversas informais e uma entrevista fechada semi-estruturada.

Foi garantido que os resultados da pesquisa seriam utilizados somente para fins de caráter científico e/ou publicações em meios especializados, que os pacientes não seriam expostos a um risco maior do que o estabelecido no tratamento empregado ou desproporcional à gravidade de sua doença e que seria preservada a privacidade dos mesmos, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE. (ANEXO

4).

## **11.2. População e amostra**

Inicialmente, o grupo que pertenceria à população do estudo seria em média 20 pacientes idosos com transtornos mentais, de ambos os sexos que freqüentavam o Centro-Dia do Centro para Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice CDA/IPUB/UFRJ de uma a duas a tardes por semana. Porém, como a metodologia em que se apoiou o estudo foi o co-design, os cuidadores, familiares e equipe técnica também foram membros incluídos na pesquisa. De forma que a amostra da pesquisa ficou definida pelo grupo de idosos com transtornos mentais e os atores do seu contexto (cuidadores familiares/cuidadores profissionais e equipe técnica que freqüentavam o Centro- Dia para Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice CDA/IPUB/UFRJ de uma a duas a tardes por semana.

## **11.3. Tipo de pesquisa**

O procedimento metodológico de abordagem qualitativa proposto para a realização deste trabalho foi a pesquisa exploratória. A pesquisa exploratória pode ser entendida como primeiro passo de todo o trabalho científico. Este tipo de pesquisa procura trazer maior familiaridade com a situação problema, buscando torná-la mais explícita. Segundo Selltiz *et al* (1974, p.59), o principal aspecto dos estudos exploratórios refere-se a descoberta de idéias ou intuições, o que traz a necessidade de que o planejamento da pesquisa seja flexível, permitindo diferentes considerações a respeito de um fenômeno. Seu caráter flexível permite que sejam utilizadas técnicas como pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, etnografia, observações, estudo de caso e análises históricas. A maioria dos estudos exploratórios se direciona a a formulação de um problema, para a investigação ou criação de hipóteses. Porém, para Selltiz (1974, p.60-70) um estudo exploratório pode ter outras funções:

- Aumentar o conhecimento do pesquisador acerca do fenômeno que deseja investigar em situação posterior;
- O esclarecimento de conceitos
- O estabelecimento de prioridades para uma futura pesquisa a obtenção de

informação sobre possibilidades práticas de realizações de pesquisa em situação de vida real;

- Apresentação de um recenseamento de problemas considerados urgentes por pessoas que trabalham em determinado campo de relações sociais;
- Observação e entrevistas com pessoas que tiveram ou ainda têm experiências práticas com o problema pesquisado;
- Análise de exemplos que “estimulem a compreensão”.

O autor ressalta que estudos exploratórios conduzem apenas a intuições ou hipóteses, não sendo capazes de verificar, nem demonstrar. De forma que este tipo de estudo deve ser sempre visto como um primeiro passo, sendo necessários estudos posteriores que possam verificar a aplicabilidade das hipóteses criadas.

Neste trabalho a pesquisa exploratória utilizou o estudo de caso, através do trabalho de campo, com observação e entrevistas. Godoy (1995a, p.25) aponta estudo de caso como uma das diferentes possibilidades oferecidas pela abordagem qualitativa, descrevendo-se pela análise profunda de uma unidade de estudo, visando um exame detalhado de um ambiente, de um sujeito ou de uma situação em particular. O estudo de caso é geralmente utilizado por aqueles que procuram saber “como” e “por quê” certos fenômenos acontecem, ou quando os fenômenos analisados são atuais e só fazem sentido dentro de um contexto específico. Segundo Chizzotti (2006, p.136), o estudo de caso é constituído por uma busca intensiva de dados de um evento específico, situação particular ou de um evento contemporâneo, buscando compreendê-lo e descrevê-lo detalhadamente da forma mais ampla possível, avaliar resultados de ações, transmitir esta compreensão aos outros e instruir decisões. Ou seja, visa explorar um caso singular da vida real bem delimitado e contextualizado em tempo e lugar.

A pesquisa utilizada para a realização desta dissertação envolveu pessoas, fatos e locais que constituíram o objeto da pesquisa, extraindo deste convívio significados relativos às coisas e às pessoas, tratando-se assim, de uma pesquisa qualitativa. “[...] A pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais estabelecidas em diversos ambientes.” (GODOY, 1995a, p.21). Denzin e Lincoln (2006, p.16-17) descrevem a pesquisa qualitativa em si como um campo de investigação que tem sua definição rodeada de conceitos, suposições e de um campo histórico na qual está inserida e onde atua, apresentando este tipo de pesquisa um

significado diferente em cada uma destas circunstâncias. No entanto, os autores definem, de forma genérica, a pesquisa qualitativa como uma atividade que localiza o observador no mundo através de um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade a este mundo, envolvendo uma abordagem naturalista e interpretativa. O que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, com possibilidade de obter ricas descrições a respeito de uma realidade específica, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem, baseando-se no princípio de que um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto onde ocorre e do qual faz parte, devendo ser analisado de forma integrada.

Para Corbin e Strauss (2008, p.23) este tipo de pesquisa se refere a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, e também à pesquisa sobre o funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre nações”. Godoy (2005b, p.62-63) destaca alguns aspectos fundamentais capazes de identificar um estudo qualitativo:

- Ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento fundamental;
- Ser preocupação fundamental do estudo a análise do mundo empírico em seu ambiente natural;
- Ser uma pesquisa descritiva, rejeitando a expressão quantitativa e numérica, com os dados coletados aparecendo em transcrições de entrevistas, anotações de campo e fotografias, por exemplo;
- Considerar que todos os dados da realidade estudada são importantes e devem ser examinados, buscando uma visão ampla do fenômeno em foco. O ambiente e as pessoas do contexto estudado não devem ser reduzidos a variáveis, mas observados como um todo;
- Ser foco do estudo o processo e não os resultados, sendo geralmente a preocupação verificar como determinado fenômeno se manifesta;
- Apresentar enfoque indutivo na análise dos dados. Os pesquisadores não partem de hipóteses estabelecidas, mas de questões ou focos de interesse amplos que vão se tornando mais diretos e específicos no percurso da investigação. Com um quadro teórico construindo-se de baixo para cima, a partir da coleta e análise dos dados;

- Ser preocupação do investigador o significado que as pessoas dão as coisas e à sua vida. Os pesquisadores tentam entender os fenômenos através da perspectiva dos participantes, o que é frequentemente invisível para observadores externos.

De uma forma geral, a escolha desta abordagem metodológica para a realização da presente dissertação justificou-se pelo fato do objeto de estudo:

- Possuir o grupo dos idosos com transtornos mentais e os atores que constituem seu contexto: cuidadores, equipe técnica e familiares que frequentam o Centro-Dia de 2 a 3 vezes por semana, como um corte determinado (não sendo utilizados expressão quantitativa e numérica como métodos estatísticos);
- Ter como objetivos a interpretação de fenômenos observados nas oficinas do Centro-dia somados aos conhecimentos extraídos do material bibliográfico, tendo como finalidade a atribuição de resultados, que serão traduzidos em requisitos de projeto e poderão ser utilizados como base para uma possível elaboração do conceito de um jogo de estímulo cognitivo;
- Utilizar-se de observação e entrevistas com os idosos com transtornos mentais e os atores que constituem seu contexto;
- Ter como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, através do conceito utilizado como metodologia: o co-design/design colaborativo;
- Procurar o aprimoramento de idéias e ter como característica seu planejamento flexível (sendo construído um quadro teórico aos poucos, à medida que os dados são coletados e analisados);
- Utilizar um ambiente natural (o Centro-Dia) como fonte direta de dados, considerando o significado que os idosos com demência, seus cuidadores e a equipe técnica dão aos aspectos de sua vida diária;
- Contar com a modalidade estudo de caso, tendo como unidade de estudo de um contexto específico: o Centro-Dia do Centro para pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice CDA/IPUB/UFRJ de uma a duas a tardes por semana.

#### 11.4. Entrevista e observação

A proposta inicial para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizar além da observação, entrevistas abertas de caráter exploratório, semi-estruturadas com a equipe técnica, cuidadores/familiares e com os pacientes idosos.

A entrevista é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo como coleta de dados sobre um determinado tema científico, podendo o pesquisador através da mesma coletar dados tanto objetivos como subjetivos conseguindo informações que não seriam possíveis somente através da pesquisa bibliográfica e da interpretação. É definida por Arnoldi e Rosa (2006, p.17) como “uma técnica de coleta de dados que não se trata de um simples diálogo, mas, sim, de uma discussão orientada para um objetivo definido, que, através de um interrogatório, leva o informante a discorrer sobre temas específicos que serão utilizados na pesquisa”. A grande vantagem em se trabalhar com esta técnica em coleta de dados justifica-se pelo fato de “[...] numa entrevista – como o entrevistado e a pessoa entrevistada estão presentes no momento em que as perguntas são apresentadas e respondidas – existe a oportunidade para maior flexibilidade para a obtenção de informações; além disso o entrevistador tem a oportunidade de observar a pessoa e a situação total a que responde” (SELLTIZ *et al*, 1974, p. 267). A entrevista é uma relação onde dois estranhos, o entrevistador e o entrevistado, estabelecem uma relação de troca. E para que isto ocorra, é preciso que esta interação seja conduzida dentro de uma inter-relação de confiança e cordialidade, segundo Rosa e Arnoldi (2006, p.22).

Para Arnoldi e Rosa (2006, p.29-31), entrevistas podem ser classificadas de acordo com o nível de estruturação e roteiro de questões em:

- Estruturadas. Com questões formalmente estruturadas, seqüencia padronizada e linguagem sistematizada, através de respostas curtas e concisas sobre fatos, comportamentos, crenças, valores e sentimentos. São geralmente elaboradas com questões fechadas;
- Semi-estruturadas. Com questões formuladas de forma a permitir que o sujeito discorra e verbalize seus pensamentos, tendências e reflexões. Apresentam questionamentos mais profundos e subjetivos e dizem respeito a uma avaliação de crenças, valores, sentimentos razões e motivos acompanhados de fatos e comportamentos. Seguem uma formulação flexível e a seqüencia fica por conta

do discurso;

- Livres. Um relato oral em que a coleta de informações se dá pelo entrevistado desenvolvendo suas idéias praticamente sem interferência do entrevistador.

As entrevistas também podem ser separadas em quatro modalidades (PATTON, 1990, p.28):

- Informal. Perguntas são realizadas de acordo com o contexto sem redação ou seleção prévia;
- Guiada. Pesquisador prepara temas a serem tratados tendo a liberdade em ordenar e formular as perguntas no momento da entrevista;
- Com questões abertas. Lista de questões ordenadas e da mesma maneira direcionada a todos os entrevistados, com respostas abertas e livres;
- Com questões fechadas. Lista de questões ordenadas e da mesma maneira direcionada a todos os entrevistados, com respostas fechadas.

A vantagem de se trabalhar com entrevistas fechadas é uma maior possibilidade de padronização e comparação, uma vez que o entrevistador aplica as mesmas questões, na mesma ordem a todos os entrevistados. Enquanto as entrevistas abertas apresentam a vantagem de uma maior flexibilidade e aprofundamento na coleta de dados, uma vez que nelas o entrevistador tem a liberdade de, a partir das perguntas originais formular novas questões que possam surgir no decorrer da entrevista.

Para Jaccoud e Mayer (1997, p.254) a observação dos fenômenos, qualquer que seja sua natureza, constitui o núcleo de todo procedimento científico. Os fundadores da sociologia fizeram da observação o critério fundamental do conhecimento, com os fatos sociais tornando-se “os sujeitos”. A observação, enquanto procedimento de pesquisa qualitativa, implica a atividade de um pesquisador que observa pessoalmente e de maneira prolongada situações e comportamentos pelos quais se interessa, sem reduzir-se a conhecê-los somente por meio das categorias utilizadas por aqueles que vivem estas situações”. (CHAPOULIE, 1984, p. 585). Esta técnica encontra-se, na pesquisa qualitativa, cada vez mais próxima da pesquisa de campo, utilizando-se de entrevistas, pesquisa documental, ou relatos de vida, por exemplo. Segundo os autores, esta atividade coloca no centro de seu objeto de estudo ações coletivas e processos sociais que podem ser apreendidos por interações diretas e não fatos constituídos que podem

ser determinados previamente.

Com o desenvolvimento do trabalho, observou-se que a realização de entrevistas com os pacientes idosos não seria adequada pelo fato de, a partir da observação participante, ter sido percebido que a maioria dos pacientes não aceitava ou negava sua condição, sentindo-se constrangidos em falar abertamente de suas limitações ou apresentando algum nível de confusão mental. Desta forma seria complicado e muito delicado tocar neste assunto com eles, além do que não seria produtivo. Em relação aos cuidadores, questões como envolvimento emocional e nível de escolaridade impediram a realização de entrevistas formais. Alguns pacientes e cuidadores/ familiares até teriam condições de participar de entrevistas, mas visto que o trabalho necessita de uma padronização em sua metodologia, esta técnica não pôde ser aplicada aos pacientes e cuidadores/familiares. Porém, foi observado, que conversas informais com pacientes, familiares e cuidadores na sala de espera ou em intervalos entre as oficinas eram produtivas e contavam com uma interação bastante natural e descontraída, sendo esta técnica adotada com pacientes cuidadores e familiares como uma das formas de coleta de dados para a realização deste trabalho. Nesta abordagem informal foi preciso interpretar o momento certo de quando perguntar ou não algo, além de ter sido necessário extrair de determinadas situações, as informações, confirmações em momentos até inesperados como durante uma ida de um paciente ao banheiro ou nos horários de lanche e almoço.

Quanto à equipe técnica, composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros, não foi possível a aplicação de entrevistas semi-estruturadas abertas por uma questão de falta de disponibilidade de tempo da equipe, uma vez que o andamento do serviço os absorve de forma intensa. De forma que foi preciso contornar esta situação elegendo outra forma de coleta de dados que fosse capaz de substituir estas entrevistas. Diante desta limitação, foi aplicada à equipe, além da técnica de observação e conversas informais, uma entrevista fechada semi-estruturada composta por quinze perguntas (ANEXO 3), abordando questões chave que precisavam ser levantadas acerca do tema estudado. As entrevistas foram entregues aos profissionais, que, ao responderem, as depositavam em uma pasta no Centro-Dia ou enviavam por e-mail ao pesquisador. Dúvidas relativas às perguntas da entrevista poderiam ser esclarecidas com o pesquisador, que se colocava disponível nas suas idas ao Centro-Dia, via telefone ou e-mail. A partir desta fase, a pesquisa seguiu para a análise de dados e interpretação das informações colhidas.

A técnica de observação foi aplicada principalmente aos cuidadores/familiares e pacientes, com o auxílio de anotações feitas em um diário de campo. Esta técnica permitiu minha vivência dentro do evento de análise para melhor entendê-lo, interpretando as informações geradas a partir de uma situação específica e participando das relações sociais. Busquei, com isso, a familiaridade com a linguagem e realidade dos sujeitos da pesquisa. Porém, procurei manter o distanciamento necessário para evitar um envolvimento demasiado com o objeto, que poderia comprometer um olhar crítico ou imparcial em relação à pesquisa. Não foi minha intenção tornar-me um “nativo” naquele ambiente, até porque soaria artificial, tendo sido os sujeitos da pesquisa informados do meu papel nas reuniões do grupo.

A observação em relação à equipe técnica foi realizada nas reuniões de supervisão, nos momentos que precediam as oficinas e eram preparadas e definidas as atividades e nas próprias oficinas. Além de também terem ocorrido conversas informais com estes profissionais buscando utilizar-se da experiência e conhecimento deles de forma colaborativa para o desenvolvimento do trabalho. Este intercâmbio de conhecimento envolvendo profissionais, pacientes, familiares/cuidadores e o *designer* possibilitou e reforçou novamente a idéia da metodologia em que se apoiou o trabalho, o co-design/design participativo, integrando todos os atores envolvidos no processo.

## **12. Sobre pesquisa e extensão universitária e a presente dissertação**

A realização desta dissertação contou com o Centro-Dia do Centro para Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice do IPUB (Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro) como campo de observação. Porém, de uma forma menos profunda também foram considerados dados proveniente de outros centros vinculados a universidades com objetivos semelhantes, como:

- CIPI/UERJ<sup>32</sup>, Cuidado Integral à Pessoa Idosa da Universidade do Estado do

---

<sup>32</sup> O CIPI (ambulatório Cuidado Integral à Pessoa Idosa) é uma ampliação da área assistencial da UnATI/UERJ (Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Descrita como uma universidade para a terceira idade em permanente construção, com uma estrutura dinâmica. Funciona no bairro do Maracanã, próximo ao campus universitário da UERJ), também pertencente à UERJ. O centro utiliza como critério de inserção a triagem funcional que permite diferenciar os idosos mais propensos a uma situação de risco daqueles que apenas precisam de ações preventivas.

Rio de Janeiro. Unidade que presta assistência ambulatorial à população idosa com 65 anos ou mais com indicadores de fragilidade, desenvolvendo atividades individuais e coletivas com abordagem multidisciplinar. Presta atendimento na Policlínica Piquet Carneiro, na Mangueira, próximo ao campus da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), no Rio de Janeiro;

- EPIGG/UFF, Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense. Presta atendimento interdisciplinar para pacientes com demência no Hospital Universitário Antônio Pedro em Niterói.

Pôde-se observar que estes três centros com que a dissertação contou funcionam sobre três pilares:

- Ensino. Geração de formação, capacitação, atualização e especialização;
- Pesquisa. Produção de pesquisas e documentação de seus resultados;
- Extensão. Prestação de serviço à comunidade em que está inserida com a promoção e prevenção à saúde e com atividades socioculturais, educativas, de integração e inserção social. Em geral, nas universidades, a extensão torna conhecida a realidade de uma dada comunidade (o que aumenta a possibilidade de serem encontradas condutas ou soluções aplicáveis àquele meio); leva à comunidade os conhecimentos gerados pela pesquisa divulgados através do ensino (obedecendo o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão); e prepara alunos fazendo com que parte do ensino se dê em forma de prática através do “exercício da extensão”, uma vez que o diálogo gerado a partir desta prática gera aprendizado. De forma que, além da concepção assistencialista de prestação de serviços ou compromisso social da universidade com as classes populares, a extensão também é caracterizada por este princípio educativo com função acadêmica expressa em uma relação teórico-prática produtora e formadora de conhecimento através de um processo dialógico. Ou seja, a extensão coloca-se tanto a serviço da comunidade externa como interna na universidade, devendo a mesma ter um caráter articulador, integrador e multidisciplinar.

Quando traçamos um paralelo comparativo deste tripé, fica evidente que o funcionamento destes centros nas universidades gera um forte impacto nas comunidades

onde estão inseridas, seja na Praia Vermelha, na Mangueira, ou em Niterói. Representam pontos de referência para a população de cada uma destas áreas e arredores. O vínculo com a pesquisa, a idéia de atualização e o constante dinamismo (conceito de universidade “aberta”) transmite às pessoas confiança em um atendimento realizado por um centro de estudo, tendo acesso à promoção e prevenção de sua saúde. Adiciona-se o fato deste acesso ser facilitado pelo caráter de gratuidade do serviço, proporcionando maior inclusão.

No caso específico do campo de observação utilizado para a realização desta dissertação, a extensão traz para o idoso e seu contexto de vida uma estrutura que desempenha o papel de amparo - tanto físico como psicológico, com medidas que procuram desmitificar e simplificar o “fantasma de se estar doente”, de forma primária e secundária, considerando o cuidador familiar um “paciente secundário” - e o de ensino, através da psicoeducação, com a formação, conscientização, apoio e capacitação para cuidar: espaço fundamental dentro desta estrutura.

O interessante é compreender a condição dinâmica e cíclica deste processo, já que a universidade, ao gerar este tipo de serviço, beneficiando o meio onde está inserida, recebe, aprendizado e experiência. De modo que esta troca beneficia aos professores, alunos, além de gerar material e dados para a pesquisa. E todo este conhecimento, volta ao meio, à população, em forma de um serviço em constante construção, atualização e crescimento. O que pode ser encarado como um trabalho em equipe.

Este tipo de serviço pode ser visto como uma espécie de “troca”, onde a comunidade e a universidade se comunicam, transmitindo conhecimento em uma via de mão dupla gerando benefício a ambos. Como se estes três pilares (ensino - pesquisa - extensão) fossem necessários para que o conhecimento que existe dentro da universidade não fique somente dentro dela, sendo a mesma alimentada por uma transmissão de conhecimento:

- Interno: com uma troca dentro da própria universidade entre alunos e professores. Considerando que o ato de ensinar é também aprender, sendo o ensinar parte do aprendizado, possibilitando uma ação conjunta ou um crescimento tanto de quem aprende quanto de quem ensina, já que “nem o aluno, nem o professor são os mesmos depois do diálogo”. (BARTHOLO *et al*, 2005, p.695). De acordo com o projeto universitário Humboldtiano, “professores e estudantes são pessoas em permanente aprimoramento de virtudes, não em simples acumulação quantitativa de conhecimentos. O decisivo não é quanto

alguém sabe/domina, mas sim que postura assume na permanente busca das verdades. Não é em torno da ‘posse da verdade’ que a universidade deve se organizar como uma mera instituição especializada de ensino, mas em torno de verdades, como um espaço institucional de aprendizagem”. (BARTHOLO, 2001, p.53);

- De fora pra dentro, assim como de dentro para fora. “O principal papel da universidade deve ser a transformação social. A articulação entre ensino, pesquisa e extensão viabiliza a interação transformadora entre a universidade e a comunidade. Para o público em geral, a universidade se resume apenas à formação de alunos, porém, ela é muito mais que isso. Envolve pesquisa, extensão e, principalmente, mudança social. Os saberes acadêmicos tornam-se abstratos quando não promovem essa transformação.” (Sant’anna, 2006).

Segundo Le Goff (1993), o homem, em um período de redescoberta se afirmava como um artesão, definido por ele como alguém capaz de criar e transformar. Sendo além de produtor de conceitos, quem promove a circulação de idéias como um comerciante faz com as mercadorias. Segundo o referido autor, “[...] Mas o que é uma arte? Não é uma ciência, é uma técnica. Arte é a especialidade do professor, assim como o têm as suas o carpinteiro ou o ferreiro. [...] Arte é toda atividade racional e justa do espírito, aplicada tanto à produção de instrumentos materiais como intelectuais: é uma técnica inteligente do fazer. [...] Assim o intelectual é um artesão” (Le GOFF, 1993, p. 57).

Ao professor pesquisador não cabe somente a ação de investigar, mas também as tarefas de extensão e ensino. Considerando que o ato de ensinar está intimamente ligado ao ato de dialogar, trocar e comunicar, e a comunicação entre a universidade e o meio externo se traduz na extensão e nesta troca que ela proporciona (tanto no que acrescenta à pesquisa, aos alunos e professores quanto a benefícios imediatos e práticos a população). Percebe-se que a tríade pesquisa - ensino - extensão funciona como uma engrenagem, onde estes três fatores se relacionam, possibilitando que, de fato, o papel da universidade não se resuma a “saberes abstratos”, mas se estenda a uma condição transformadora dentro da sociedade que a acolhe. Já que “os seres humanos criam continuamente instrumentos e sistemas de signos, que lhes permitem conhecer e transformar o mundo, ao mesmo tempo que este os transforma [...].”(BARTHOLO *et al*, 2005, p.694).

### 13. Sobre o trabalho de campo e o Centro-Dia

O trabalho de campo, para o desenvolvimento deste trabalho, foi realizado no Centro-Dia do Centro para Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice CDA/IPUB/UFRJ, que há onze anos atende pessoas idosas com demência, fazendo uso de práticas terapêuticas que auxiliam na manutenção da cognição, funcionalidade, qualidade de vida e apoio aos familiares e cuidadores. O IPUB/UFRJ é avaliado pela OMS como centro de excelência no tratamento de doenças mentais, oferecendo atendimento multidisciplinar voltado para idosos acima de 60 anos com qualquer problema de ordem psicológica, psiquiátrica e neuropsiquiátrica, e que apresentem quadros de demência, depressão, ansiedade e psicoses.

Os critérios básicos de inclusão no serviço são a realização do mini-exame do estado mental (MMSE) (ANEXO 5) com um resultado entre 25 e 15; escala clínica de demência (CDR) (ANEXO 6) 1 ou 2; diagnóstico doença de Alzheimer, demência vascular ou mista; condições psicológicas e comportamentais para participar de pequenos grupos; ter condições de deambulação; e contar com a presença de um cuidador para acompanhar e permanecer no serviço de duas a três tardes por semana. Sendo o ingresso do paciente no serviço feito a partir de uma entrevista realizada pelo médico (*anamnese*), avaliação neuropsicológica, funcional e psicossocial.

O ingresso de um paciente também deve ser atestado por uma tomografia ou ressonância que ateste demência. Para o diagnóstico, o Centro-Dia faz uso de testes como:

- Bateria CERAD, que inclui avaliação da memória (fixação, evocação e reconhecimento), linguagem (nomeação e fluência verbal), praxia (cópia de desenhos geométricos);
- Teste de função executiva (teste das trilhas, que mede a atenção e curva de aprendizagem); teste CAMCOG, feito através de uma entrevista estruturada de sessenta itens com duração de 30 minutos na qual o paciente deve responder a perguntas sobre orientação temporal e espacial, como “Que dia é hoje?”, “Em qual estação do ano estamos?”, “O que está a sua direita?”;
- Nomeação de figuras que lhe são apresentadas, como triângulos e círculos;
- Fluência verbal e escrita espontânea;
- Cópia de desenhos, como o de uma casa em três dimensões;
- Capacidade de desenhar um relógio de ponteiros indicando um horário que lhe é

pedido;

- Evocação da memória. Como perguntar o endereço do paciente.

De acordo com alguns psicólogos, o diagnóstico dos pacientes a partir destes testes pode ficar comprometido pelos mesmos serem considerados difíceis para pessoas com baixa escolaridade, e fáceis para quem tem um alto nível de escolaridade.

A estrutura do trabalho realizado no Centro-Dia foi apoiada em pressupostos teóricos que orientam a equipe técnica, viabilizando o atendimento dos pacientes com demência. Dentre estes pressupostos estão:

- Reserva cognitiva e interação do indivíduo com o ambiente. Determina a possibilidade de o indivíduo criar estratégias compensatórias<sup>33</sup> (que facilitem sua adaptação ao meio) a danos orgânicos, cognitivos, funcionais ou emocionais dos quais o paciente possa porventura sofrer;
- Neuroplasticidade, capacidade do sistema nervoso em alterar algumas de suas propriedades morfológicas e funcionais em resposta à lesão cerebral, alterações ambientais, estimulação e/ou treinamento;
- Neurogênese, capacidade de produção de novos neurônios durante todo o percurso da existência;
- Ambiente, entendendo o meio físico e relacional como um local de desenvolvimento e interações sociais.

Segundo Bastos *at al* (2009), a neurogênese e a plasticidade neuronal dependem da qualidade da reserva cognitiva do indivíduo e do ambiente em que vive. Experiências vividas e percebidas como prazerosas e/ou a capacidade de adaptação a novas situações/conceitos podem servir como facilitadores para esta produção. Durante uma conversa com um dos psicólogos do Centro- Dia, Alexandre Kuszer, foi colocado por ele que a idéia geral do centro é atender pacientes com demência, buscando a

---

<sup>33</sup> - Técnicas compensatórias: não tem como meta restabelecer habilidades cognitivas perdidas, mas favorecer um desempenho mais satisfatório de comportamentos que dependam de funções cognitivas deficientes. Ocorrendo mais ao nível da atividade e participação social, envolvendo organização ou substituição de tarefas (novo repertório de comportamento, muitas vezes utilizando ajuda de agentes externos como agendas). Segundo Abrisqueta-Gomes (2006, p. 6).

- Estratégias compensatórias: intervenções que tem como objetivo minimizar o impacto funcional das perdas cognitivas, utilizando estratégias externas de forma ativa e sistemática, buscando a modificação de um comportamento, adequando-o melhor ao cotidiano. Segundo Abrisqueta-Gomes (2006, p.266).

reabilitação neuropsicológica, dentro do conceito de estimular as funções ainda conservadas para compensar a perda de outras funções. Ele explicou que a equipe trabalha acreditando e baseando-se em dois pilares: neuroplasticidade e neurogênese, estudando a proliferação de novos neurônios a cerca de dez a quinze anos, utilizando-se de exercícios e novos ambientes na terapêutica adotada. Não se apoiando, o centro, na recuperação do quadro dos pacientes, mas em uma lentificação do mesmo e melhora de outros aspectos (este modo de proceder é aplicado somente aos pacientes mais preservados). Segundo Ortega (2009), cada vez mais pesquisadores relatam a descoberta de que, “ao contrário do que se acreditava, as conexões entre células nervosas do cérebro criadas na infância não se mantêm inalteradas durante toda a vida adulta do indivíduo. Tornou-se um 'dato empírico' que a estrutura e o funcionamento do cérebro pode modificar-se até idade bem avançada, e novos neurônios são criados” (Schwartz, 2002; Jones 2000; Weiller,1999).

O objetivo geral da equipe do Centro-Dia é o estímulo das habilidades cognitivas e funcionais, de forma a promover a estabilização clínica do curso da doença, contribuir para a manutenção da autonomia e gerar o maior grau de independência possível. Para tanto, a equipe trabalha com oficinas terapêuticas, onde os pacientes em tratamento passam as tardes fazendo parte de um programa de estimulação cognitiva, enquanto seus familiares/cuidadores participam de grupos de apoio, orientação e cuidados. As oficinas são conduzidas considerando o perfil cognitivo e funcional, a presença de alterações psicológicas e comportamentais e a demanda de cada paciente e do grupo, utilizando jogos, papéis e lápis. Atendem de sete a dez pacientes cada uma, contando com uma equipe de profissionais formada por dois assistentes sociais, dois enfermeiros; um terapeuta ocupacional; e oito psicólogos.

Existem quatro eixos principais de oficinas:

- Estimulação e realização de tarefas diárias. Com as oficinas de culinária e da beleza;
- Estimulação das funções cognitivas. Com as oficinas da memória, expressão, jogos e de notícias;
- Estimulação das habilidades sensório-motoras. Formada pelas oficinas do movimento;
- Promoção e resgate das reminiscências e identidade. Com os pacientes participando das oficinas de conversa, memória, expressão, entre outras.

A equipe afirma que a utilização de jogos como prática terapêutica de estimulação cognitiva tem papel facilitador no treino de habilidades cognitivas e funcionais; no trabalho de conteúdos subjetivos emergentes, despertando reminiscências; e na promoção da socialização e o vínculo. Enfatizam que “o manejo através de recursos lúdicos resgata o brincar e o jogar enquanto formas básicas da comunicação nas quais combinam-se liberdade, limites e invenção; possibilita a elaboração dos impactos exercidos pela experiência e pelos outros. Por não constituir tarefa ou obrigação minimiza o confronto com a frustração, a aceitação do possível e a criação de novas estratégias compensatórias.” (BASTOS *et al*, 2009). A equipe descreve, a partir desta prática, uma aprendizagem implícita, manutenção da funcionalidade e socialização, além da formação de novas redes sociais e de apoio.

O trabalho de campo no Centro-Dia teve como objetivo a observação e análise de como a equipe técnica, familiares/cuidadores e pacientes estabeleciam suas relações com produtos, práticas, equipamentos, instrumentos ou jogos de estímulo cognitivo. Esta interação foi observada nas oficinas, oferecidas pelo Centro para pessoas com doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice CDA/IPUB/UFRJ.

### **13.1. Sobre a equipe técnica**

A equipe responsável pelo tratamento e terapia dos idosos reunia-se uma vez por semana em uma reunião de supervisão com duração de aproximadamente três horas, às terças-feiras na parte da manhã, para discutir os casos clínicos dos pacientes e elaborar soluções. Estas reuniões contavam com a participação de psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros.

Durante estas reuniões, a equipe reafirmava a necessidade de instrumentos de estímulo produzidos para grupos específicos como é o caso dos idosos com quem trabalham, explicando que os produtos que utilizam, mesmo os já adaptados por eles, precisavam de mais refinamentos - como é o caso de cartelas de bingo usadas terem números muito pequenos e com pouco contraste de cores. A equipe descrevia que os exercícios de estímulo eram considerados simples pelos cuidadores, mas quando iam usar sozinhos com o paciente em casa, encontravam dificuldade e acabavam desistindo de prosseguir com o processo.

Deficiências comuns da velhice, como problemas auditivos foram identificados pela equipe como um fator prejudicial para a comunicação, responsável por alguns pacientes

ficarem menos “incluídos” nas sessões de oficina (o que poderia levar, em casos extremos, a necessidade de um tratamento individualizado). Outra questão apontada como prejudicial ao desenvolvimento do tratamento foi a infantilização do idoso pela família/cuidadores ou pelo próprio grupo de terapia, chegando ao ponto de alguns dos idosos recusarem-se a realizar trabalhos manuais, da terapia ocupacional, por achar que eram tarefas infantis, e perderem o interesse ao longo do processo.

A equipe colocou que a família, por vezes, tem a tendência de encarar a doença como um fato inerente a velhice, o que não é real (o cuidador familiar por vezes confunde a falta de memória comum ao envelhecimento com déficit de memória conseqüente da demência, por exemplo), confundindo a variedade progressiva de mudanças no conjunto de habilidades do ser humano que envelhece e não são descritas como doenças com a síndrome. A equipe relacionou que esta postura pode dever-se a falta de informação ou a uma espécie de negação da doença do familiar.

Apesar do déficit e das limitações trazidas pela doença, foi salientado que o idoso acometido por ela deve continuar funcional. Não sendo recomendado que se antecipe algum tipo de limitação que comprometa o funcionamento de sua vida normal, a menos que algum dado ou acontecimento venha a provar isto. Ou seja, é preciso que o paciente apresente a limitação, para que, então se possa dizer que ele não pode realizar tal tarefa. E não ao contrário, como muitos familiares fazem, até com intenção de preservação e cuidado.

Foi destacado pela equipe que é muito comum que o paciente tenha um cuidador primário que também é um idoso, cônjuge ou irmão, por exemplo. E que, no caso de o paciente e o cuidador serem um casal, é também comum haver um cuidador secundário esporádico que supervisiona e colabora no funcionamento da cãs. Porém, em algumas situações, há resistência da família em contratar um cuidador no caso de pacientes mais preservados. Durante as reuniões, os profissionais afirmavam a falta de uma cultura dos cuidadores/familiares no sentido valorizar e reconhecer o papel da terapia ocupacional, acreditando que essa cultura pode vir a ser adquirida com o tempo nos grupos de colaboradores e pacientes em uma espécie psicoeducação, que vem sendo implantada em diversas instituições.

Em uma das reuniões de supervisão, a equipe avaliou um jogo de memória usado por eles, e apontou como negativos o fato das cartas serem muito pequenas e da dinâmica elaborada por eles exigir que os idosos se levantassem repetidas vezes, o que “esbarrou” no comprometimento motor de alguns, sendo enfatizada a necessidade de

sempre considerar a fragilidade física dos idosos. Explicitaram que a motivação é um forte elemento nos exercícios, de forma que seria interessante que os jogos fossem iniciados com tarefas mais simples e gradativamente aumentassem o nível de dificuldade, encorajando os idosos a continuarem. Jogos que incentivam o paciente a criar “métodos facilitadores de registro” pareceram ser um caminho para exercitar a área da memória nos pacientes.

A elaboração de um “mapa funcional” foi planejada, buscando estimular a orientação geográfica (pedindo informações sobre o cotidiano do paciente como suas atividades e por onde circula, se existe um mercado, padaria ou farmácia perto de suas residências), já que muitos pacientes costumam se perder em trajetos familiares - o que buscava o resgate de identidade pessoal e capacidade em guiar-se e localizar-se no espaço. Foi colocado o fato de os pacientes apresentarem dificuldades em diferenciar e/ou precisar datas e idades das pessoas conhecidas, de forma que atividades como reconhecer e nomear figuras e/ou fotos de seus familiares e pessoas famosas e trabalhar conceitos de valor com notas de dinheiro fictícias também foram atividades freqüentes nas oficinas.

Outra questão colocada pela equipe foi que, em casa, alguns pacientes não se colocam disponíveis a interlocução como nas oficinas do Centro- Dia ou não tem espaço com os familiares/cuidadores. Relataram que alguns pacientes se queixam de se sentirem “presos” em casa e tentam organizar objetos e móveis no espaço físico na angústia de organizar seu ambiente. Ou seja, sentem-se confinados, e muitas vezes têm como sua única atividade ir ao Centro, encontrando lá afetividade e laços que muitas vezes não encontram em casa.

A equipe chamou a atenção de que, por muitas vezes, quando o paciente não consegue desempenhar determinada tarefa ou função, é melhor não forçar, não ficar “batendo na mesma tecla”. O melhor caminho encontrado por eles foi introduzir outras tarefas e quando o insucesso daquela primeira já tiver caído no esquecimento, aí sim é a hora de reintroduzir a tarefa inicial. Segundo a terapeuta ocupacional do grupo, se não agir desta forma, o paciente “bota na cabeça” que não consegue e fica com aquela idéia fixa, sem proposta de tentar novamente.

Um fato importante observado em um dos momentos anteriores a oficina, durante a definição de qual atividade seria trabalhada naquele dia, foi o fato de os profissionais comentarem entre si o fato de uma paciente ter pedido uma conversa particular para relatar problemas na relação do marido cuidador com a abertura de seu quadro

demencial. As profissionais relataram que ela queixou-se de o marido não ter paciência, não ajudá-la, e ser até estúpido em casa. Em resposta a esta situação ele foi chamado a uma conversa particular com os profissionais, a fim de que fosse conscientizado, porém o conteúdo desta conversa não foi divulgado.

### **13.2. Sobre os cuidadores**

Aos cuidadores dos idosos com doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice são oferecidos pelo Centro-Dia, durante o momento de terapia dos idosos, uma oficina com o objetivo de tirar dúvidas, capacitá-los e apoiá-los psicologicamente na tarefa de cuidar. O cuidador é informado de quais seriam as melhores formas de tratar, cuidar e estimular o paciente, entendendo melhor a doença e seu contexto (conceito de psicoeducação). Durante a oficina, os cuidadores dos pacientes idosos ou “colaboradores”, como são chamados no Centro falam de suas dificuldades com os pacientes em casa, de sua evolução e tentam dar idéias e fabricar juntos jogos ou “brincadeiras” que possam ajudar na gestão do déficit cognitivo dos pacientes.

Os colaboradores são um grupo heterogêneo no que diz respeito à idade, escolaridade, e a se disponibilizar e se comprometer com as tarefas da oficina e do paciente, ou seja, o nível de comprometimento varia muito. Alguns colaboram plenamente, enquanto outros aparentam desinteresse ou até descaso pelas atividades. Muitos familiares participam por amor e por se sentirem úteis, alguns descrevem sua participação como uma forma de resgate do seu familiar, como preservar uma forma de interação com ele, diferente do que era antes, mas ainda presente. De acordo com uma cuidadora-familiar, ”... a pessoa muda, mas o amor continua o mesmo”.

O foco das oficinas direcionada aos cuidadores é a estimulação cognitiva, mas também existe espaço para que eles falem de suas angústias, limitações, medos e se sintam, de certa forma, amparados e apoiados pelo Centro, tendo a sensação de que não estão sozinhos e que podem contar com a instituição. As reuniões têm como objetivo programar uma atividade para ser posta em prática em casa, utilizando-se da habilidade de cada um, além de conscientizar o cuidador do objetivo e dos exercícios, atividades ou jogos elaborados pela equipe. Na minha compreensão, poderia ser classificado como uma espécie de “curso de capacitação” para o cuidador. Alguns colaboradores comentavam que se sentiam privilegiados em participar do grupo, por achar que o lugar tinha um “clima de ajuda ao próximo”. Nas palavras de uma cuidadora, ao chegar ao

grupo: "vamos trocar!" e riu, se referindo a troca de experiências e informações e julgando tudo aquilo muito positivo.

Em uma das reuniões com os colaboradores, um deles descreveu que, em casa, tentava fazer exercícios como trabalhos manuais com o idosa que cuida, mas não conseguia prosseguir porque o senhora sentia-se infantilizada recortando, colando, e se recusava a participar. Porém, quando pediu para a ela, que foi costureira, fazer uma bainha de calça comprida, houve motivação e animação e a atividade foi levada até o fim. Ou seja, a atividade fazer parte do contexto de vida do paciente exerce grande influência no desenvolvimento do exercício de estímulo.

Durante as reuniões, em um dado momento, os cuidadores solicitaram que aquele momento fosse dedicado a eles (e não a estimulação cognitiva dos idosos), pois se sentiam angustiados e precisavam de um espaço para falar de si, o que foi acatado pela equipe. De acordo com uma cuidadora familiar, "... toda a atenção fica sobre o 'fulano' (marido-paciente), todo mundo vai lá em casa pra ver ele, só perguntam dele. Mas eu 'tô' cansada". O que dá a entender que o cuidador, por muitas vezes sente-se sobrecarregado, preterido e sem espaço, e fica aliviado com o espaço que tem nas oficinas, porque além de falar de si, também tem uma opinião profissional em relação ao seu familiar, motivo de sua preocupação. Uma das questões observadas também foi a falta de disponibilidade de tempo de alguns cuidadores familiares em estar acompanhando o idoso no Centro, mas não por motivos frívolos, e sim por questões profissionais ou de estrutura de suas rotinas. Identifiquei esta questão do tempo disponível como bastante delicada, já que é um problema estrutural complicado de ser resolvido de uma hora para outra, uma vez que o Centro só trabalha com pacientes que vão acompanhados. Muitos cuidadores queixavam-se, em sala de espera, que gostariam que seu familiar estivesse recebendo tratamento, mas não tinham condições de pagar por um cuidador profissional para acompanhá-lo ou disponibilidade para estar ali, sentindo-se prejudicados em seus estudos, atividades profissionais ou afazeres domésticos, uma vez que a maioria dos cuidadores são mulheres responsáveis por organizar o lar - o que evidencia mais uma dificuldade: a inclusão da estimulação cognitiva domiciliar como mais uma tarefa que terá de ser encaixada na rotina do cuidador.

Com a chegada do verão, os cuidadores dos idosos mais fragilizados fisicamente reclamavam bastante, em sala de espera, que não poderiam estar levando o idoso com a frequência pedida ao Centro, pois este deslocamento estava sendo muito cansativo para

os pacientes, por conta do calor. Alguns cuidadores queixavam-se entre si que seus familiares chegavam a ter alteração de pressão e que as regras quanto à frequência naquela situação específica deveriam ser revistas.

### **13.3. Sobre os pacientes**

Os pacientes participavam de duas a três vezes por semana de oficinas com o objetivo de estimulá-los física e/ou cognitivamente, não tendo as reuniões um roteiro fixo padrão ou definido, sendo encaminhadas pela coordenadora de acordo com a personalidade e história do grupo daquele dia específico. Durante as sessões, temas da atualidade como notícias atuais e feriados próximos eram lembrados e discutidos, evocando a memória auto-biográfica, datas e fatos históricos, com perguntas sobre suas árvores genealógicas (nomes, sobrenomes, descendências e histórias de família) e época de estudos. Uma vez que a falta de localização no tempo e em relação a datas e idades das pessoas com precisão são efeitos da demência. Apesar das oficinas não apresentarem um roteiro fechado, existem alguns modelos fixos trabalhados no Centro-Dia:

- Oficina da culinária. Estimula a cognição, subjetividade e produção material. Os pacientes são estimulados a pesquisar e procurar em casa com familiares, vizinhos e cuidadores e em seus arquivos pessoais receitas para a montagem de um livro de receitas. A construção deste livro funcionava como uma tarefa para casa, onde os que não conseguiam escrever as receitas, ditavam para que seus cuidadores escrevessem e assim eles pudessem levar suas receitas. Também fazia parte da “tarefa de casa” pesquisar sobre os temas de receitas selecionados em cada semana: receitas doces, receitas salgadas, e receitas doces para diabéticos. Desta forma a tarefa buscou estimular a parte motora (com a escrita), a organização mental e a memória dos pacientes em casa, e não somente no Centro-Dia. A escolha em utilizar a culinária partiu do princípio de utilizar temas que façam parte do contexto do paciente;
- Oficina da beleza. Funciona como um incentivo ao auto-cuidado, independência e funcionalidade. Os pacientes são convidados a ir a uma espécie de salão de beleza, onde podem fazer o cabelo, lavá-los ou pintá-los, fazer as unhas, sobrancelha e outras tarefas semelhantes de auto-cuidado. Contam com a ajuda

de uma psicóloga e uma enfermeira, que além de supervisionar, ajudam a realizar as funções.

A maioria dos idosos participava das atividades propostas. Alguns resistiam um pouco, talvez por não entenderem inicialmente como funcionavam as regras de um determinado jogo, não se sentirem a vontade o suficiente ou não terem estabelecido ainda um vínculo de confiança tanto com a equipe quanto com o grupo de participantes. Mas, quando viam os outros participando se animavam, até mesmo quando o nível de dificuldade aumentava. De acordo com os pacientes, referindo-se a um jogo de mímica de nomes de filmes que participaram: “Se fosse fácil, não era bom, não precisava fazer. E é bom que não tem outro lugar que a gente dá risada assim!”; “Isso é um recreio”; “Aqui é todo mundo igual, ninguém é melhor que ninguém”. Eles constantemente agradeciam verbalmente as psicólogas a oportunidade de “brincar”, rir e se exercitar.

A interação social para eles é muito importante, que comemoram seus aniversários e bodas e participam de festas de carnaval, primavera, junina, natal e do dia do amigo no Centro-Dia. Todas estas festas contaram com atividades como dança da cadeira, completar ditos populares, participação de circuitos e montagem e execução de árvore e cartões de natal, por exemplo.

Além dos modelos fixos de oficina, citados acima, outras práticas foram utilizadas no período de observação participante no Centro-Dia, de março a dezembro de 2010. Segue a descrição comentada do que ocorreu neste período, no que diz respeito a jogos e dinâmicas que foram utilizados como estratégia ou terapêutica auxiliar:

1) Jogos como o chamado:

- “do meio da língua” ®, que funciona com o paciente completando frases e respondendo perguntas com questões do tipo “Digam dois tipos de jogos que não utilizam bola. (Baralho e dominó)” e “O que é valioso e de papel? (Dinheiro)”;
- “*Coaching in the Box*”®. Definido em sua caixa como “100 perguntas para iniciar um processo de auto-desenvolvimento e alta performance com os mais importantes conceitos do *coaching*”. “*Coaching*” pode ser traduzido para o português com o mesmo significado de “treinador” e é definido como o processo que equipa pessoas com ferramentas, conhecimento e as oportunidades de que precisam para se desenvolver de forma mais eficaz. Este jogo consiste em cartas quadradas com perguntas, que vem dentro de uma caixinha.

A idéia é interessante porque através das perguntas, é estimulada a interação social, vínculos, gerando uma conversa. Porém, assim como é feito pela equipe do Centro-Dia, é necessário que as perguntas passem por uma seleção prévia, já que perguntas como “Quais princípios governam suas ações pessoais?” ou “Que moda você adotou, que parecia muito legal na época, mas hoje lhe parece ridícula?” podem ser ter sua compreensão confusa pelos pacientes ou caráter depreciativo, por exemplo;



**Figura 10:** Jogo “Coaching in the Box”

- “Puxa-conversa”®. É descrito em sua caixa como “135 perguntas para trocar idéias” e funciona exatamente como o nome já diz, “puxando conversa”, criando assuntos para iniciar uma interação. Porém este jogo ao contrário do “coaching in the Box” traz perguntas mais simples como “Você prefere passar férias? Na praia ou na fazenda?”.



**Figura 11:** Jogo “Puxa-conversa”

- 2) Jogos de mímicas, estimulando a parte não-verbal da comunicação, memória, criatividade e movimentando o corpo;

- 3) Jogos de organizar palavras, colocando-as em ordem alfabética;
- 4) Foi realizada uma atividade onde era feita uma pergunta a todos, dispostos sentados em uma roda de cadeiras, para que participassem e/ou respondessem a perguntas. As perguntas iniciais foram:
- Que pergunta você faria a Deus, se encontrasse com ele?;
  - Coloque as seguintes palavras em ordem de importância: felicidade, amor, liberdade e espiritualidade;
  - Diga uma pessoa que lhe serviu de inspiração na vida.

Em relação à primeira pergunta, nenhum idoso conseguiu responder, todos entenderam que era para fazer um pedido a Deus. E mesmo com a psicóloga, que estava coordenando a oficina, explicando várias vezes, fizeram um pedido e não conseguiram elaborar uma pergunta. Pediram saúde, com exceção de um, que pediu a Deus que perdoasse os pecados de sua filha que morreu no ano passado. Já a segunda pergunta, eles responderam com maior desenvoltura. E a terceira, foi a que mais gerou reflexão, pois a maioria citou o pai ou a mãe. E neste momento, lembraram os nomes dos pais, nomes dos irmãos, dos lugares onde nasceram, deram suas opiniões sobre o caráter dos pais e de suas infâncias, exercitando bastante a memória;

- 5) Foi utilizada uma poesia, como base de uma das dinâmicas. A poesia foi lida e a partir de então, os pacientes foram colocados a vontade pelos profissionais para que falassem sobre as diferenças e as perdas que vem junto ao envelhecimento.
- “Dúvidas certas

Não estou em plena posse  
dos meus dons antigos.  
De nascença ou adquiridos.  
Entristeço-me.  
Perdido o poder de sentir,  
Intensamente, odores.  
Maus e bons.  
Alegro-me  
De ainda ouvir bem  
Ruídos ou lindos sons

Mas este “ainda” que,  
Involuntariamente,  
acompanha minhas afirmações,  
denota o terreno pantanoso  
em que sinto mover-me  
não consigo saber  
até quando ficarei à tona  
ou quando afundarei  
naquela zona  
sem volta ou polca.”

Esta atividade gerou muita reflexão e foi um marcador, no sentido de constatar que a maioria dos idosos não tem conhecimento ou não aceita o fato de ser portador de algum tipo de comprometimento mental. A psicóloga aproveitou o gancho de praticamente todos terem falado de doenças e perguntou de um a um porque eles freqüentavam o Centro-Dia. Somente uma senhora respondeu que tinha mal de Alzheimer. Os outros justificaram a freqüência por outros motivos não relacionados a síndrome demencial:

- Uma senhora disse que tinha um problema de dormência nas mãos que precisava ser monitorado;
- Outros pacientes disseram que era pela diabetes;
- Um senhor justificou pelo problema motor, pois andava com a ajuda de cadeira de rodas e não mexia o lado direito;
- Uma das pacientes relatou que freqüentava por que o filho obrigava e dizia que ela era doente.

Muitos relataram que parte da motivação de ir ao Centro era não contrariar e agradar familiares. Muitos depoimentos foram colhidos quando terminou a leitura poesia pela psicóloga, alguns melancólicos e outros sobre limitações ou doenças que normalmente apresentam-se associadas à idade. A seguir, constam alguns comentários feitos pelo grupo durante o desenvolvimento desta atividade:

- “Quando a gente não ta bem de saúde, nada em nossa volta cai bem, [...] E eu to tratando, graças a Deus, Deus tá me ajudando, que eu faço exercício, to bem melhor, minha mão tá dormente, tenho que sentir que o material tá seguro p’ra não cair da minha mão.”;

- “A gente não consegue se libertar totalmente e isso me limita de muita coisa, só o fato de eu saber que isso não é normal, isso já me preocupa...”
- “Não é fácil cuidar do diabetes, tem que prestar muito mais atenção [...] limita muito, comer o que quer, quantidade... Se você não pode comer, você não pode provar”;
- “Eu não tomo insulina, ainda não cheguei a esse ponto, e não vou chegar, se Deus quiser.”.
- “Dá tristeza, de você, quando, na juventude, podia fazer tudo [...] fico triste de não fazer o que eu fazia, mas isso é normal também... A gente vai perdendo esse poder de alegria, que era muito maior quando a idade era menor.”;
- “Minha memória é excelente! Eu realmente perdi todo o poder de sentir, a gente tem que engolir isso e tocar a vida pra frente. Eu consigo superar tudo isso tranquilamente. Não dou bola pra essa coisa não e nem choro por isso.”;
- “A tristeza é tão grande que dá vontade de nem tomar conhecimento.”;
- “Eu tenho Alzheimer, é esquecimento. A gente esquece né? É uma doença séria... Convivo bem com isso.”;
- “Dizem que eu tenho mal de Alzheimer, mas não acredito, eu lembro de tudo. Qual o remédio que eu tomo, eu sei; passei no domingo, fui no cinema, almocei, vi um filme maravilhoso...”  
 “Qual foi o filme?” (a psicóloga perguntou)  
 “Não sei, Leonardo DiCaprio. [...] Eu acho que não perdi nada, só ganho, cada dia que ganho, eu ganho mais, saúde e alegria [...] Naquela época, eu lutava na vida, agora é bem melhor. Passo vassoura, lavo louça, vou secando, guardando, que custa nada...”;
- “Eu posso construir um edifício, tudo me vem na cabeça, faço um edifício em

meia hora, p'ra fazer demora. Se tiver que fazer vinte andares, eu faço quarenta... Depende da prefeitura. Eu já aposentei, mas eu calculo ainda. Eu tenho muita coisa guardada na cabeça e não esqueço nada. Eu projeto um prédio em dois minutos. Esqueço p... nenhuma!” (idoso aposentado em engenharia civil).

Enquanto observadora, apesar dos pacientes estarem passando por um processo de uma doença mental crônico degenerativa, considerei que alguns trechos da poesia como: “Não estou em plena posse dos meus dons antigos”; “Perdido o poder de sentir” “terreno pantanoso em que sinto mover-me” e “quando afundarei naquela zona sem volta ou polca.” remeteram aos idosos além da reflexão, algum grau de tristeza. A minha impressão ao final da atividade foram idosos pensativos valorizando somente o que foi perdido. Na minha condição de observadora, imaginei que talvez pudessem ser substituídos ou mesclados a estes trechos alguma vantagem do envelhecimento como a experiência, sabedoria, o aumento da família (com a chegada de netos e bisnetos). O que poderia gerar algum tipo de compensação, distanciando a idéia de estar-se passando por uma fase somente de perdas e limitações;

- 6) O conhecido e tradicional jogo “bingo” foi trabalhado, procurando treinar o raciocínio matemático e a capacidade de planejamento. Foi analisada a desenvoltura dos pacientes, pedindo que os mesmos lessem os números das cartelas, identificando pares e ímpares. Foi verificada a capacidade deles em somar se as contas estivessem armadas em um papel e se não fosse preciso “pedir emprestado” das dezenas para as unidades, pois quando isto era necessário, esqueciam de utilizar o número que havia sido “pedido emprestado”. As psicólogas afirmaram que fornecer “pistas” aos pacientes quando a memória falha pode ajudar. Porém, a intenção é que cada vez mais seja preciso recorrer menos vezes as “pistas”;
- 7) Jogos de cartas também foram explorados nas oficinas, em particular um jogo chamado Uno®. O Uno® era jogado nas oficinas seguindo regras simples: devem ser jogadas as cartas combinadas por cor, número ou símbolo daquela que estiver na mesa. Por exemplo, se a carta que está na mesa é de número dois e azul, podem ser combinadas cartas azuis (de qualquer número) ou cartas com o número dois (de qualquer cor). Também existem cartas com símbolos que fazem

o jogador ficar uma rodada sem jogar. O primeiro jogador do grupo que ficava sem cartas era o vencedor. Com esta atividade era trabalhada e treinada a capacidade dos idosos em associar e assimilar as regras, inclusive porque novas cartas iam sendo incorporadas durante o jogo com uma nova função. A maioria jogava com destreza, mas alguns do grupo, mesmo tendo as cartas, não conseguiam identificá-las como corretas para combinar com a da mesa, só jogando a carta quando alguém os chamava a atenção e apontava para carta que estava em suas mãos. Um dado importante foi que grande parte dos jogadores além de compreender e jogar obedecendo as regras, aceitou e incorporou bem as novas regras que iam aparecendo com as novas cartas, como uma espécie de aumento de nível de dificuldade, precisando de ajuda somente algumas vezes.;



**Figura 12:** Jogo de cartas utilizado no Centro dia: Uno®

Com o Uno®, foi treinada a capacidade de memória dos pacientes em guardar regras presentes nos jogos enquanto jogavam. Regras como “pular a vez” de um dos participantes quando era retirada determinada carta ou quantas vezes era permitido “comprar” cartas até tirar a desejada lhes eram explicadas no início do jogo. Com esta atividade, foi exercitada:

---

<sup>34</sup> Imagem retirada da reportagem “Jogos envolvendo cartas” do *site* [http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/\\_10B-oog18z8/SoYp\\_bq-SKI/AAAAAAAAAT4/yKmL5LtZPpg/s320/uno.jpg&imgrefurl=http://ofantasticomundodeasakuranetto.blogspot.com/2009/08/jogos-envolvendo-cartas.html&usg=\\_\\_Tr4vAE3IGjmWIN60PbRZPCfx0Uk=&h=300&w=320&sz=23&hl=pt-br&start=7&zoom=1&itbs=1&tbnid=cq56M7EPCayxPM:&tbnh=111&tbnw=118&prev=/images%3Fq%3DUno%2B-%2Bjogo%2Bde%2Bcartas%26hl%3Dpt-br%26sa%3DG%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/_10B-oog18z8/SoYp_bq-SKI/AAAAAAAAAT4/yKmL5LtZPpg/s320/uno.jpg&imgrefurl=http://ofantasticomundodeasakuranetto.blogspot.com/2009/08/jogos-envolvendo-cartas.html&usg=__Tr4vAE3IGjmWIN60PbRZPCfx0Uk=&h=300&w=320&sz=23&hl=pt-br&start=7&zoom=1&itbs=1&tbnid=cq56M7EPCayxPM:&tbnh=111&tbnw=118&prev=/images%3Fq%3DUno%2B-%2Bjogo%2Bde%2Bcartas%26hl%3Dpt-br%26sa%3DG%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1). Acessado em 05 de dezembro de 2010;

- Atenção;
- Memória;
- Centro inibitório (neste caso, era analisado se o paciente era capaz de expor o que acredita ser o correto sem ter medo de errar ou se sentir exposto de forma negativa frente aos outros participantes);
- Identificação de cores;
- Nomeio.

8) Foi proposto em uma oficina que os idosos escrevessem ou desenhassem em uma folha vazia procurando responder a pergunta “Quem é você? Apresente-se como quiser!”. Algumas psicólogas responsáveis pela elaboração da atividade não quiseram que a folha de papel utilizada fosse branca, por identificarem bloqueio do paciente frente ao papel branco, porém todos escreveram bastante em suas folhas em branco. Além de sentirem a necessidade e não deixarem (nenhum deles) de assinar e colocar datas em suas descrições. Todos escreveram, mas tiveram dificuldade de ler e interpretar e alguns não compreenderam sua própria caligrafia. Durante esta atividade, pôde ser observado que alguns exercícios ou dinâmicas podem ser encarados como enfadonhos e desinteressantes por alguns idosos, principalmente os recém-chegados, e os que não estão ali exclusivamente por vontade própria. Inclusive, uma das idosas menos preservadas e com chegada mais recente no Centro, cochichava durante a oficina, em um desabafo dizendo: “Não agüento mais isso aqui... Olha as perguntas?!?”. Porém, apesar desta senhora estar demonstrando sentir-se mal em estar participando e presente em um ambiente com tarefas que julgava muito simples, não conseguia acompanhar o grupo no ritmo padrão tanto nesta como na maioria das oficinas. O comportamento desta senhora, me fez refletir sobre como as dinâmicas ou jogos, que segundo a equipe técnica, “por não constituir tarefa ou obrigação, minimizam o confronto com a frustração, a aceitação do possível [...]” podem criar até uma espécie de mal estar em alguns idosos, que parecem participar por obrigação;

9) A escrita e memória foram treinadas a através de perguntas como:

- Em que país que você mora?
  - Em qual cidade que você mora?
  - Em que bairro que você mora?
  - Qual o nome da rua onde você mora?
  - Você mora em casa ou apartamento?

Os idosos costumam participar muito bem deste tipo de atividade. Todos responderam, inclusive comentando estabelecimentos que freqüentavam na vizinhança. Porém em um dos dias de oficina com uma atividade como esta, a mesma idosa que se queixou na oficina descrita acima (escrever ou desenhar em uma folha vazia procurando responder a pergunta “Quem é você?”) queixou-se: “Não agüento mais... Quanto tempo perdido, eu fico desesperada...” Depois saiu pra ir ao banheiro e logo depois saiu novamente dizendo que precisava falar com alguma psicóloga.

Uma característica interessante que pôde ser observada foi que mesmo quando os pacientes não se lembravam de alguma resposta relativa à pergunta feita, acabavam completando quando recebiam pistas vindas de suas fichas, como endereços. Quando alguém não lembrava o endereço, a psicóloga que comandava a oficina falava o início do nome da rua, e muitos conseguiam completar a restante, como o número, bloco e andar do apartamento - Mais uma vez reforçando o conceito de fornecer dicas. Talvez para alguns pacientes, como foi o caso específico da senhora citada, o atendimento em grupo pode não ser o ideal, já que ela ficava muito nervosa com as falhas e não conseguia acompanhar o grupo. E, uma vez que se perdia, ficava constrangida em perguntar e tinha um aproveitamento muito reduzido. Entretanto, separá-la para um atendimento individual poderia gerar um impacto no sentido de a senhora se sentir diminuída por não conseguir acompanhar os colegas. O que configura uma questão muito delicada, que só poderia ser avaliada por profissionais especializados;

10) Práticas como pedir ao paciente uma “tarefa de casa” como uma notícia de jornal também são utilizadas e freqüentes no Centro-Dia. Sendo seguidos, geralmente, dois passos durante a sessão:

- Ler a reportagem;
- Interpretar e comentar as reportagens lidas pelos outros colegas.

A partir de então, os pacientes escolhiam em um jornal inteiro uma reportagem para

transcrevê-la em uma folha de papel. Depois da cópia, cada um lia em voz alta a reportagem escolhida, e os outros tinham que comentar e identificar o foco da matéria. Alguns, quando iam identificar este foco, indicavam algum assunto que não havia sido mencionado.

A impressão passada, ao observar atividades deste tipo, foi que todos conseguiam ler e escrever, porém foram identificados alguns obstáculos que prejudicam uma melhor participação dos idosos:

- A fonte utilizada em reportagens de jornal é muito pequena, e a maioria reclama de ser difícil de enxergar;
- O sentido da leitura. As reportagens de jornal são dispostas, geralmente, em colunas e isso os confunde muito. Não sabiam se liam a linha de forma direta e contínua ou se pulavam para a coluna da direita, isso os deixou um pouco travados e constrangidos. Uma idosa ficou bastante confusa e se desculpava durante todo o tempo: “Eu enxergo pouco, eu pra enxergar é uma droga” [...] “Acaba aqui e continua aqui né?” [...] “Agora comecei a errar... Falta de atenção né?” (se referindo ao término de uma coluna e início da seguinte);

Considere as reportagens de jornal muito longas para serem transcritas. E como o tamanho das matérias variava de paciente para paciente, os que iam terminando ficavam ociosos e se desconcentravam.

Compreendo que ler o jornal impresso que vende nas bancas além de ter um valor cultural, configura um hábito e uma seqüência diária de ler o jornal, serve como orientação temporal (nele constam datas) e constrói no idoso com comprometimento mental a consciência de que ele é capaz de desempenhar tarefas cotidianas e de estar inserido na sua comunidade. Porém, talvez fosse interessante produzir textos compatíveis à condição física dos idosos, considerando questões como visão reduzida. Poderiam ser textos datados como nos jornais, com fonte aumentada, em um só sentido de leitura, mais curtos e com figuras, que pudessem acompanhar o conceito utilizado no Centro-Dia em outras atividades: fazer uso de dicas que auxiliem nas respostas, ajudando na interpretação das notícias de jornal.

Uma das contribuições geradas pela observação de atividades como esta foi que, em uma atividade de grupo poderia ser interessante ter um padrão pelo menos em relação ao tamanho dos textos, porque quando um participante acaba de fazer a leitura e a cópia, começa a conversar e distrai o que ainda não terminou, atrapalhando sua concentração. E quando isso ocorre é complicado voltar à tarefa com facilidade no grupo por serem

introduzidos por eles novos assuntos, tirando o foco da atividade.

Ainda dentro do tema “reportagens de jornal”, outra atividade foi desdobrada pela equipe do Centro-Dia: foi pedido que os idosos sublinhassem todas as palavras da reportagem escolhida começadas pela letra “M”. As reportagens selecionadas para o início desta atividade deveriam ser trazidas de casa pelos idosos. Mas, menos da metade ou a metade, em média, costumava trazer as atividades propostas para casa (nunca observei todos os idosos estarem com as tarefas quando solicitadas, talvez, por falta de apoio ou disponibilidade de tempo de quem os acompanha em casa). Foi observado, mais uma vez, que a programação visual do jornal – letras muito pequenas, texto disposto em colunas e figuras misturadas – geram confusão e prejudicam a efetividade da atividade. A maioria dos idosos deixava passar palavras não por falta de atenção, mas pela disposição das palavras: muito pequenas e juntas. Quando era lido com mais atenção e com ajuda de alguém, a maioria deles percebia que tinha pulado algumas palavras começadas pela letra “M” (a utilização de dicas de quem os ajudava também pode ter sido responsável pela identificação destas palavras).

De acordo com minhas impressões, reforcei a idéia de que se fosse utilizado no lugar de uma reportagem de jornal, um texto feito especificamente para esta tarefa, poderia ser trabalhada a questão cognitiva sem interferência de agentes externos ao objetivo da atividade.

- Em algumas oficinas, com o auxílio de perguntas de jogos como o “puxa conversa”, eram coordenadas conversas com os pacientes, sendo introduzidas também perguntas que iam surgindo naturalmente. Em um dos dias em que esta atividade foi posta em prática, a pergunta feita foi “O que vocês gostariam de fazer que não tiveram a oportunidade de fazer ainda?”. Todos os idosos presentes afirmaram não ter nenhuma pendência de vida, e que tudo que gostariam de ter feito, fizeram. Então a psicóloga que estava coordenando a atividade retrucou, perguntando se não gostariam de visitar a algum lugar, ao que todos responderam ter visitado todos os lugares que tiveram vontade (citando o nome de vários países e estados brasileiros), ter comprado tudo o que gostariam, morar hoje onde foi planejado quando eram jovens, ter tido filhos, ter ido a muitos bailes, ter dançado muito e aproveitado muito suas vidas. Respondendo que “O que vocês gostariam de fazer que não tiveram a oportunidade de fazer ainda?” seria repetir tudo, porque foi tudo muito bom.

Cabe esclarecer que esta observação não pretende afirmar que outro perfil de idosos - menos favorecidos financeiramente e tratados em outros possíveis centros com o mesmo objetivo do Centro-Dia - não responderia a esta pergunta da mesma forma, podendo este grupo fazer alusão a conquistas ou realizações independentes de um alto poder aquisitivo, como as de cunho pessoal, profissional ou familiar. Porém, considero esta uma das situações que ilustra que aquele grupo de pessoas não refletia a grande parte dos idosos na realidade brasileira e que eu teria de observá-los considerando que os mesmos são idosos, de certa forma, privilegiados dentro do grupo dos idosos com algum tipo de comprometimento mental, entendendo que os mesmos têm muito mais oportunidade de acesso à terapêuticas em uma abordagem tanto cultural, quanto econômica.

- A atividade de fechamento do ano foi uma espécie de retrospectiva do que foi trabalhando durante o ano, promovendo uma rodada dos principais jogos e dinâmicas. Quando a atividade foi proposta, logo imaginei que provocaria certa confusão, porque assim que o grupo incorporasse as regras de um determinado jogo, outro seria introduzido e seria complicada para eles esta transição. Enfim: não acreditei que daria certo, mas para minha surpresa, funcionou muito bem. Quando uma partida de um jogo acabava e era iniciado outro, os idosos puxavam pelo desempenho um do outro, lembrando algo relacionado ao dia que jogaram anteriormente (incentivados por dicas fornecidas pelos profissionais) e essa interação funcionou muito bem, gerando resultados imediatos. A atividade foi dinâmica e eles se mostraram flexíveis quanto às mudanças de regras dos diferentes jogos que iam sendo introduzidos. É obvio que nem todos acompanhavam com tanta destreza, mas quando alguém estava mais confuso, as regras eram explicadas novamente e iam sendo incorporadas. O clima de descontração reduziu muito a inibição dos que erravam, sentindo-se a vontade para tentar de novo ou tirar dúvidas. A característica dinâmica de uma espécie de “rodízio de jogos”, o caráter de “despedida” com o fechamento das atividades do ano, e a interação de todos juntos colaborando na tentativa de acompanhar um ritmo mais intenso os estimulou e animou muito, gerando resultados surpreendentes e animadores em relação até as mesmas atividades quando jogadas de forma isolada em situações anteriores.

A minha impressão foi de que quando as atividades eram desenvolvidas de forma isolada os mais preservados mentalmente absorviam as regras e ficavam mais rapidamente entediados em relação ao jogo, enquanto que os menos preservados ficavam mais atentos e se entretinham mais ou seguiam outro caminho: percebiam que não estavam acompanhando e se fechavam, nem tentando participar, por constrangimento ou inibição (uma vergonha de se expor, de errar frente ao grupo). Parecia complicado encontrar uma forma de contornar esta situação, já que era importante trabalhar em grupo por questões como interação, inserção e apoio mútuo. Mas, ao mesmo tempo, era observado ali um grupo composto por pessoas com graus de comprometimento, mesmo que de forma tênue, diferentes. Contudo, na forma final de trabalhar (na atividade de fechamento do ano) foi interessante perceber que, utilizando os mesmos jogos, a maneira de lidar com eles gerou uma reação diferente, maior interação entre o grupo, ajuda mútua e melhores resultados. Naquele momento tornou-se claro, que o produto que é utilizado no estímulo cognitivo tem um papel fundamental: deve ser bem estruturado tanto em aspectos ergonômicos como psicológicos, porém, o que ficou mais evidente foi que a forma de aplicação desta dinâmica é determinante para a efetividade do exercício ou treino. Ou seja, é preciso que o produto seja apropriado, mas ele não funciona sozinho, é preciso estabelecer uma estratégia de uso, um sistema que funcione, de fato. Qualquer um destes objetos, o produto ou a aplicação, isolados ficam como alguém que anda de muletas sem elas: sem apoio. De forma que pode até funcionar, mas poderia, com um sistema dentro de uma estratégia de uso estruturada, funcionar muito melhor e conseqüentemente gerar resultados muito mais satisfatórios e animadores tanto para pacientes quanto para familiares/cuidadores.

Um dado importante observado nas conversas promovidas nas oficinas no que diz respeito à relação paciente – cuidador é a forma que os pacientes encaram seus familiares cuidadores ou cuidadores profissionais. A maioria os considera como amigos e são muito agradecidos pelo cuidado. Expressam compreender que precisam de ajuda, mas a maioria justifica esta ajuda pela idade avançada. Porém, segundo uma paciente, apontando para sua cabeça: “Estou doente. As coisas estão sumindo...”. Entretanto, queixam-se, as vezes, de um tipo de cuidado excessivo, que os sufoca, ou falta de paciência com suas limitações. Apesar de muitos deles terem a companhia de um cuidador profissional com quem mantêm um relacionamento amigável, alguns

explicitam que preferiam ser acompanhados por alguém da família. Segundo uma senhora, na penúltima oficina do ano de 2010: “Minha filha vem hoje, ela vem sim! [...] Preferia mil vezes que fosse sempre minha filha a vir... É melhor pra mim e p’ra ela também né?”. Ou seja, as relações familiares são extremamente valorizadas por eles, e sentem-se seguros quando este vínculo é presente e notado por outras pessoas.

#### **14. Requisitos, intenção e resultados**

O projeto de um jogo com função de estímulo cognitivo para idosos com demência ou transtornos mentais da velhice é o projeto de um produto. E este produto tem como público alvo o “conjunto” idoso portador de demência e seu cuidador (que é quem vai administrar o jogo junto ao idoso em casa) ou o idoso portador de demência e a equipe que o atende em alguma instituição, que poderá utilizar este jogo como um instrumento no seu trabalho. Não seria correto dizer que este jogo tem como consumidor alvo somente o cuidador ou a equipe técnica, atuando como instrumento de estímulo em direção ao idoso, porque apesar de apresentar graus de dependência, este idoso é personagem ativo nesta prática, com sua colaboração sendo essencial na gestão de seu tratamento. Até mesmo pelo conceito empregado neste trabalho: incentivá-lo e não fazer por ele, de forma que o jogo precisa mostrar-se interessante e atraente também para este idoso.

Em um olhar mais global, pode-se perceber que este projeto não se trata somente de um projeto de produto, mas do projeto de uma estratégia com fim de estímulo cognitivo, que reúne o projeto de um produto aliado a uma forma de garantir sua viabilidade de uso, em forma de um serviço, onde o produto atua como um agente de uma ação.

Foi preciso traduzir a “voz” destes consumidores alvo em requisitos não somente de projeto, mas de uma estratégia. Para então, chegar-se as qualidades exigidas para uma possível prototipagem de um jogo que pretende atender de maneira mais satisfatória a estes usuários, tendo como foco a viabilidade e a identificação das necessidades e desejos dos mesmos. Esta tradução foi feita através das impressões e informações geradas pela observação participante e conversas informais com cuidadores, familiares, pacientes e com a equipe técnica do Centro-Dia do Centro para Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice CDA/IPUB/UFRJ (tendo sido a equipe também submetida a uma entrevista fechada com 15 perguntas). Também contou, de forma menos aprofundada, com entrevistas informais com profissionais de

outros centros<sup>35</sup> que colaboraram com a pesquisa, além de apoiar-se na revisão teórica realizada sobre o tema. A observação do universo vivido por estes idosos tornou possível que os jogos e dinâmicas utilizados por eles no Centro-Dia pudessem ser estudados em condições de uso real, o que contribuiu muito para dar base as conclusões finais deste trabalho.

Quero esclarecer que minha proposta nesta dissertação de mestrado é coerente com minha formação de graduação em “*design*”, entendida esta atividade nos termos propostos pelo *International Council of Societies of Industrial Design (ICSID)* como “uma atividade criativa cuja finalidade é estabelecer as qualidades multifacetadas de objetos, processos, serviços e seus sistemas, compreendendo todo seu ciclo de vida. Portanto, *design* é o fator central da humanização inovadora de tecnologias e o fator crucial para o intercâmbio econômico e cultural”<sup>36</sup>. Em particular, ao envolver-me com atividades psicoterapêuticas, em nenhuma maneira pretendo usurpar a função dos profissionais de saúde. Deixo a todos eles aqui meu reconhecimento. Minha intenção se deu em tanto que “*designer*” visando promover um processo dialógico de “*co-design*” ou design participativo entendido por Howard (2004)<sup>37</sup> como um processo que desloca o papel do perito ou profissional, através de uma “experiência democrática” para o papel de “participante na resolução de problemas democráticos”, com leigos participando dos processos de tomada de decisão sobre a tecnologia que vai afetar suas vidas, fornecendo conhecimentos íntimos sobre comunidades, contextos sociais e organizações em que o projeto será implementado, aplicando-se este conhecimento local de maneira fundamental ao projeto, baseando-se em conhecimentos,

---

<sup>35</sup> CIPI/UERJ e EPIIG/UFF

<sup>36</sup> “Design is a creative activity whose aim is to establish the multi-faceted qualities of objects, processes, services and their systems in whole life cycles. Therefore, design is the central factor of innovative humanisation of technologies and the crucial factor of cultural and economic exchange.” (International Council of Societies. “Definition of design”. Disponível em <http://www.icsid.org/about/about/articles31.htm>. Acessado em 12 de janeiro de 2011).

<sup>37</sup> Jeff Howard é professor assistente do *Department of Urban and Public Affairs, College of Arts and Sciences, University of Louisville*, nos Estados Unidos. Com as principais áreas de interesse e atuação: política ambiental teoria crítica ambiental; dimensões políticas de ciência ambiental; direção social da tecnologia; tomada de decisão participativa e democrática; tomada de decisões em contextos altamente incertos; formação de políticas sociais; e métodos qualitativos de pesquisa.

sensibilidades, experiências e valores locais. No foco de atuação deste processo está um jogo como instrumento a serviço de um processo terapêutico. A atividade de *co-design* visa fundamentalmente contribuir para o aprimoramento deste instrumento, aplicando-se suas contribuições a todos os seus usuários.

Com base na observação e análise realizada no desenvolvimento desta deste trabalho, foram identificados os seguintes requisitos ou sugestões para um possível projeto de um jogo com função de estímulo cognitivo para idosos com demência leve ou moderada:

- 1- Trazer para o jogo registro de tarefas passadas na época de juventude e ativa dos idosos, das quais sentem orgulho, como seus ofícios e profissões, músicas, filmes da época de juventude e namoro e até passatempos preferidos (como atividades de bordar ou fazer bijuterias). De acordo com o depoimento informal de uma cuidadora profissional, a idosa da qual ela cuida, por ter sido costureira, se sente ainda muito atraída a desempenhar tarefas ligadas à costura, como fazer bainha, tentar pregar botões ou ensinar a alguém como se alinhava uma roupa, por exemplo. Também percebi um grupo de idosas comentando e sabendo o nome inteiro de atores que trabalharam no filme “...E o vento levou” como Clark Gable , Vivien Leigh e Olivia de Havilland. E ainda foi observado como um idoso que trabalhava em um banco comentava o que fazia lá, muito orgulhoso, e como era bom jogador de futebol, antes de trabalhar no banco por insistência do pai. Em uma sessão de supervisão, uma psicóloga comentou a respeito do desempenho de uma paciente em um jogo até a tabuada de oito: “Ela acertou todas, também, foi professora!” Esta iniciativa funcionaria dentro do conceito, como afirmou um dos psicólogos do Centro-Dia, de “resgatar e afirmar funções ainda conservadas e não tentar reanimar funções perdidas”. Para tanto, podem ser utilizados objetos e lembranças que façam sentido na vida do paciente, como fotos, filmes, discos e canções antigas;
- 2- As primeiras tarefas do jogo devem ser desempenhadas pelo cuidador, que funcionaria como espelho, incentivo e iniciativa. Já que, de acordo com uma psicóloga do Centro-Dia, os pacientes desempenham as tarefas que são solicitadas, mas é preciso que alguém peça para que eles comecem, ou seja,

existe uma falta de iniciativa, que talvez pudesse ser assumida pelo cuidador ou familiar, “puxando” pelo paciente;

3- Prestar atenção em como nomear as atividades. Os idosos viveram sua fase jovem em outra época e tem muitos conceitos arraigados diferentes dos que vigoram atualmente na sociedade. A fase do envelhecimento está atrelada a uma mudança de paradigma, já que muitas certezas, hábitos, formas de agir e de comportamento mudaram em relação à época em que eram jovens e mais ativos. O que inicialmente, chamou minha atenção foi que nenhum homem aceita o convite para participar da atividade de auto-cuidado proposta pelo Centro-Dia denominada “Salão de Beleza”, justificando por ser esta uma atividade feminina. Acredito que o problema que gera a recusa dos pacientes do sexo masculino seja o nome da atividade. Talvez se existisse uma “barbearia”, por exemplo, eles se sentissem mais a vontade para participar, e poderiam ser incentivados ao auto-cuidado, fazendo a barba, bigode, lavando o cabelo e cortando as unhas. Ou seja, se nomeamos uma atividade com um nome que cause preconceito, dessa nomeação pode resultar recusa em participar. O idoso assimila os dados culturais numa dimensão diferente, trazendo consigo referenciais e conceitos acumulados ao longo de toda uma vida. É válido chamar a atenção de que apesar do “envelhecer” ser um processo gradativo, individualmente estas mudanças configuram quase uma ruptura sócio-cultural – uma pessoa que esta envelhecendo não se dá conta disso durante o processo, mas percebem estas mudanças quando encontram na sociedade as conseqüências sociais do envelhecimento;

4- É preciso tomar cuidado com a forma de perguntar e com temas delicados. Nunca devem ser evocadas tragédias pessoais ou episódios tristes ou traumáticos, mas sempre lembranças agradáveis, a menos que eles queiram e sintam necessidade em falar nestes assuntos. Existem perguntas que geram um tipo de reflexão, que os fazem fugir do assunto e falar do que na verdade os angustiam, o que acaba tirando o objetivo e foco da atividade. Perguntas como “que pergunta você faria a Deus, se encontrasse com ele?” em uma atividade com os idosos me pareceu com um nível de dificuldade muito elevado ou confusa. Pois nenhum dos idosos conseguiu entender a pergunta e responderam,

na verdade, o que queriam falar. Fiquei na dúvida se todos eles não entenderam mesmo, se influenciaram pela resposta dos outros que responderam primeiro ou se a palavra “Deus” os levou a uma reflexão mais profunda e os fez falar o que gostariam de pedir a Ele: saúde, que é o problema que mais os aflige nesse momento. Porque, na realidade, deu a entender que se eles tivessem a oportunidade de encontrar com Deus não iriam querer lhe fazer uma pergunta, mas sim um pedido;

- 5- Trabalhar conceitos de família. A família e seus componentes e relações entre eles são motivo de saudade e orgulho para a maioria dos idosos. A relação deles com seus filhos, nomes de seus familiares, suas profissões, conceitos que seus pais lhe passaram, características de sua criação, datas importantes relacionados a eles e fatos que marcaram esses laços de família sempre despertam interesse;
- 6- Não utilizar temas e figuras infantis nas atividades, mas que os temas concordem com o contexto de vida e idade do paciente. A idéia de pensar em algum objeto ou exercício de estímulo que se relacione com o contexto de vida do paciente parece óbvio, mas não é. Já que alguns idosos queixam-se e perdem o interesse pelas atividades quando são introduzidas tarefas com temas infantis, como destacou a equipe técnica. Como já dito no item 11.2: “Alguns dos idosos se recusam a realizar trabalhos manuais, da terapia ocupacional, por achar que são tarefas infantis, e perdem o interesse ao longo do desenvolvimento do processo”. Todo cuidado é pouco nos sentido de nunca criar situações onde o idoso possa se sentir ridicularizado, embaraçado, diminuído ou incapaz;
- 7- Explorar temas do cotidiano e contexto do paciente, hábitos da vida diária, higiene e auto-cuidado;
- 8- É importante estimular freqüentemente a orientação no tempo e espaço no paciente, trabalhando a memória de evocação, reconhecimento da essência ou imagem própria, estímulo da memória do reconhecimento e a diminuição do isolamento do paciente através do contato com outras pessoas, incentivando a interação social - começando pela família: sua rede social primária. Podendo ser utilizados recursos como evocação de nomes, cores, relógios, ambientes, calendários, fotos e agendas;

- 9- Repetições precisam ser freqüentes. Auxiliando no reforço constante do re-aprendizado e re-orientação;
- 10- As fontes de textos, se utilizados em jogos ou dinâmicas, devem ter tamanho aumentado, considerando ser muito comum aos idosos apresentarem algum déficit de visão; as superfícies utilizadas devem ter algum grau de texturização pela freqüente redução de sensibilidade nas palmas das mãos; e as cores presentes também precisam ser estudadas buscando apresentar um contraste satisfatório para a percepção visual de uma pessoa idosa. É preciso que medidas como estas sejam adotadas, inclusive como pré-requisito, na elaboração de qualquer produto/serviço para idosos, para que não se comportem como obstáculos a uma usabilidade plena;
- 11- O auxílio de recursos visuais, como figuras, ilustrações e fotos são bastante úteis no desenvolvimento das atividades funcionando como dicas, que podem fornecer uma espécie de “estalo inicial” para uma informação parcialmente esquecida;
- 12- Valorizar o sucesso dos pacientes em todas as etapas da atividade. Uma vez que esta valorização estimula a continuidade da tarefa, a atenção e mantêm o humor. É importante que quando o idoso for “desafiado“ pelas atividades ou exercícios, seja valorizado seu resultado mesmo que ele pareça pouco relevante ou aconteça lentamente. Pois não pode ser esquecido que o processo de re-aprendizado e re-treino é um processo que pode ocorrer lentamente e não apresentar resultados compatíveis com as expectativas dos familiares;
- 13- Evitar pressionar o idoso quanto ao tempo de execução de alguma tarefa do jogo, sendo necessário conter a ansiedade ou expectativa em ver tal tarefa ser finalizada por ele. Porém se este tempo de espera se alongar, utilizar o bom senso e fornecer dicas para ajudá-lo, até porque ficar muito tempo sobre uma tarefa sem conseguir realizá-la, pode gerar frustração, desmotivação e constrangimento;
- 14- Evitar executar as tarefas da atividade pelos idosos, mesmo quando estão mais lentos. Eles devem ser somente ajudados com dicas para que executem as

funções por conta própria. Procurar sempre estimular e provocar nele o maior grau de autonomia e independência em realizar uma tarefa, seja ela qual for, desde responder uma pergunta, a mover-se para mexer um peão de um jogo, por exemplo. É importante que a iniciativa deles seja incentivada, mesmo que pelo cuidador funcionando como um “espelho incentivador”. Porém é preciso fazer uso do bom senso neste ponto. Se o idoso realmente não estiver conseguindo realizar a tarefa na sua totalidade nem parcialmente, considero justificável ajudá-lo e partir para outra tarefa e mais tarde tentar realizá-la novamente. Penso desta forma porque no trabalho de campo, observei que quando o idoso se depara com seu fracasso em alguma atividade, perdem o interesse de participar inclusive de outras tarefas, ficando melancólico e se sentindo diminuído. Da mesma forma que seu sucesso deve ser valorizado. Não se deve ficar “batendo sobre a mesma tecla” quando ele não consegue realizar algo. Pela minha observação, o melhor caminho é partir para outra atividade que trabalhe outra área e mais tarde, sem cobranças, voltar àquela para que possa ser trabalhada novamente. O treino deve ser pensado como um exercício, mas acima de tudo, deve ser considerado o nível de estresse e cobrança que o próprio idoso tem sobre ele mesmo e que o momento do exercício ou jogo não pode, de forma alguma, ser encarado como um momento de avaliação e cobrança. Deve preservar o caráter de atividade séria, mas incorporar valores humanos, respeitando o cansaço, estresse e estado de humor naquele dia daquele indivíduo. Ele precisa considerar o momento de jogar como agradável e prazeroso, e não como uma tarefa de obrigação ou momento onde suas limitações são expostas a eles e aos outros jogadores;

15-O idoso deve jogar sempre acompanhado. Muitas familiares/cuidadores que conversei, comentaram que seus idosos se exercitavam sozinhos em casa, jogando damas, palavra cruzada e jogo dos sete erros, por exemplo. É evidente que exercerem estas atividades, mesmo sozinhos, é melhor do que estarem apáticos, mas não é o ideal. Foram identificadas justificativas para que este jogo se desenvolva de forma conjunta, entre familiar/cuidador e o idoso:

- Senso de colaboração na utilização do jogo. Quando pensamos em utilizar um jogo como instrumento pedagógico de re-treino e aprendizado e instrumento de estímulo cognitivo não podemos pensá-lo como um produto que vai ser entregue

na mão do idoso e fazer do mesmo responsável pelo seu uso efetivo e correto. De forma alguma pretendo com esta afirmação menosprezar ou diminuir a capacidade deste idoso, mas é válido lembrar que especialmente, o idoso de que este trabalho trata apresenta comprometimento mental e que o jogo neste contexto tem papel de instrumento terapêutico funcionando como parte de um tratamento não medicamentoso. Quando uma pessoa apresenta algum comprometimento mental, apresenta graus de dependência devido a doença, trazendo a necessidade de que a gestão do tratamento seja uma “gestão conjunta”. Ou seja, a “parceria” paciente-cuidador precisa estar, da mesma forma, comprometida nesta estratégia de tratamento que engloba tanto terapêuticas farmacológicas, como não-farmacológicas;

- O caráter socializante e as relações de igualdade presentes no jogo devem ser explorados. Neste contexto, o jogo tem o papel de agente motivador das relações interpessoais, interação social e formação de vínculos, proporcionando contato e comunicação entre os jogadores. A função de socialização proporcionada durante a utilização do jogo pode ser vista também como parte do processo terapêutico, já que esta interação é capaz de estimular a afetividade e estabelecer vínculos com familiares/cuidadores, fortalecendo inclusive a confiança do paciente nele próprio (aumentando a auto-estima) assim como em quem cuida dele (que neste momento, é a pessoa mais próxima e com quem seria o ideal que fossem estreitados laços afetivos e de confiança). O contato familiar durante o processo do “jogar” tem papel fundamental no sentido de gerar um momento de interação, fazendo com que o idoso não se sinta excluído, recebendo atenção, sendo a família o ambiente ideal para a realização de trocas e aprendizagem tanto simbólica quanto afetiva. Porém, no caso de a família não se poder fazer presente, os cuidadores profissionais podem se tornar substitutos desta função. No momento em que o idoso está jogando com seu cuidador ou familiar estabelece-se ali uma relação de igualdade (afastando a sensação de inferioridade que grande parte deles desenvolve com a exclusão social, diminuição da autonomia e perda gradativa de funções executivas causadas pela evolução da síndrome) onde os dois têm os mesmos direitos, deveres, obedecem as mesmas regras e estão expostos da mesma forma a imprevisibilidade do jogo, no sentido de que qualquer um dos participantes pode ganhar ou perder, transmitindo o

conceito já citado e valorizado por uma paciente do Centro-Dia durante a fase de observação participante desta dissertação: “Aqui é todo mundo igual, ninguém é melhor que ninguém”. A atividade do “jogar”, neste contexto, não se encerra em um “jogar” mecânico, mas deve funcionar como um período onde são alimentadas relações entre pessoas permeadas por conversa, comunicação, confiança, vínculos e colaboração. Entendo que a idéia de um jogo com fins terapêuticos para idosos com demência que não contem com esta relação não seria funcional. É preciso um apoio de instrumento físico, entretanto não é dispensável a incorporação de um lado humano a esta estratégia;

16. Evitar utilizar conceitos subjetivos e abstratos, tentando substituí-los por exemplos mais palpáveis e concretos. Se formos abordar o conceito de frio, falar em gelo, neve ou inverno, por exemplo. Esta prática segue o conceito de fornecer dicas, de forma que se o conceito não for recebido ou associado pelo idoso, podem ser usados exemplos ou sinônimos.

Inicialmente, a intenção deste trabalho era projetar um jogo com função de estímulo cognitivo. Porém, este projeto não seria possível diante do tempo disponível no percurso do mestrado (vinte e quatro meses). Assim sendo, ficou definido que na dissertação, este projeto iria seguir até a identificação de requisitos para prototipagem do jogo em questão, com a apresentação do esboço de uma proposta.

Com a evolução do estudo, foi observado que dentre as diversas questões envolvendo o contexto da pesquisa, a situação do idoso demenciado em casa com o seu familiar/cuidador e a relação destes com a terapêutica não farmacológica (os jogos e dinâmicas com finalidade de estímulo cognitivo) eram as mais problemáticas. Esta questão foi identificada como delicada porque enquanto os pacientes freqüentam o Centro-Dia no máximo três tardes por semana, tendo as atividades monitoradas por profissionais capacitados para resolver problemas tanto de ordem psicológica como adequações físicas ao material, em casa estão em tempo integral acompanhados por pessoas que, quando familiares, estão envolvidas emocionalmente com a situação problema e que na maioria das vezes não tem a dimensão exata do que é, de como lidar e de como funciona a síndrome demencial. Estas pessoas têm suas rotinas de vida diária completamente modificadas e não estão preparadas ou capacitadas para realizar possíveis adaptações necessárias nos materiais ou tarefas com objetivo de estímulo

cognitivo direcionada a seus familiares. E mesmo quando as famílias contratam cuidadores, não necessariamente são profissionais especializados, até pelo alto custo deste serviço. E estas pessoas, muitas vezes, também não estão capacitadas ou preparadas para lidar com este contexto no ambiente doméstico.

Principalmente para os cuidadores familiares, que já são expostos a um altíssimo nível de estresse, ansiedade, expectativa e até cansaço é imprescindível e fundamental que a utilização deste material de estímulo seja extremamente simples, natural e até prazerosa. Inclusive, segundo profissionais do Centro-Dia, é um grande desafio motivar os cuidadores a continuar os exercícios de estímulo ensinados e realizados no Centro em casa, o que seria de extrema importância, já que a maior parte do tratamento se dá em casa, por tratar-se de uma síndrome geralmente crônica. Logo, se a estimulação cognitiva for realizada e incorporada, além de no Centro, na rotina diária do paciente, esta terapêutica auxiliar terá mais chances de ser muito melhor sucedida e gerar melhores resultados. Diante desta observação, a proposta deste jogo teve como foco ser um instrumento de estimulação em casa, não afastando a possibilidade de o mesmo poder também ser utilizado em instituições por profissionais especializados

A partir da identificação de requisitos, foi sendo construída uma proposta de projeto para um jogo com função de estímulo cognitivo, que teve sua estrutura de desenvolvimento dividida em algumas etapas:

- Tradução dos requisitos em qualidades exigidas;
- Tradução das qualidades exigidas em possíveis soluções projetuais, com:
  - Estudo dos tipos de dinâmicas, exercícios e temas que poderiam ser abordados no jogo;
  - Análise da interface com o usuário, analisando seu perfil, assim como suas necessidades e desejos;
- Formulação de alternativa;
- Breves considerações em relação à estrutura física do jogo, como estudo de material mais adequado.

De forma geral, duas questões básicas precisaram ser avaliadas: dentre os conceitos das práticas, dinâmicas e jogos utilizados como estímulo cognitivo, quais poderiam ser

incorporados a este jogo; e como iriam apresentar-se frente ao usuário (interface e estrutura física).

Durante o trabalho de campo, foi observado que no final de cada oficina, era explicado tanto aos pacientes quanto aos cuidadores/familiares o objetivo das dinâmicas ou jogos adotados naquele dia: “Hoje, com as notícias de jornal, trabalhamos a orientação temporal, e a atenção com a identificação de palavras começadas pela letra ‘M’.”, por exemplo. A idéia de pensar em um jogo que trabalhasse somente uma ou duas funções me causava certo incômodo, porque para estimular uma ou duas funções o familiar poderia comprar um dos jogos utilizados pelo Centro-Dia e até copiar as adaptações que os profissionais já haviam realizado, se estivesse disposto. Mas então qual seria o diferencial, vantagem e contribuição deste novo jogo? Ao mesmo tempo, a idéia de colocar múltiplas funções em um só jogo parecia gananciosa e até fantasiosa, já que estaria correndo um sério risco de que os idosos, pelo seu comprometimento, não conseguissem acompanhar um jogo assim. Então comecei, a partir de um dado momento da observação de campo, a prestar atenção com um foco mais específico: extrair como os pacientes comportavam-se com as mudanças de regras, ou incorporação de novas regras aos jogos. E para minha surpresa, estava subestimando a capacidade deles. De acordo com a observação de campo, a dinâmica de mudança e incorporação de novas regras funcionava bem, oferecendo a vantagem de quebrar uma possível acomodação e evitando que o idoso se distraísse no decorrer de uma atividade. Entretanto não podia ser desconsiderado que também foi observado e estudado na revisão teórica que dinâmicas com repetições freqüentes auxiliam no reforço constante do re-aprendizado e re-orientação. Diante desta realidade, a idéia foi unir os dois conceitos: repetições e incorporação de novas atividades. Ou seja, atividades poderiam ser intercaladas: uma atividade principal com repetições, sendo intercaladas por outras. Desta forma eu teria tanto a repetição, como a incorporação de novas regras, o que estimularia a ênfase de idéias além da atenção e flexibilidade de ação.

Uma característica fundamental e uma das primeiras a ser decididas quanto à elaboração da proposta deste jogo foi a de que os idosos não iriam jogar sozinhos, (como em jogos de damas, memória ou sete erros) por uma questão socializante e motivacional. Esta decisão não está de forma alguma defendendo que o companheiro de jogo realize as tarefas no lugar deles, até porque esta decisão jogaria por terra o sentido do trabalho. Mas defende a idéia do parceiro atuando no papel de moderador, como “espelho incentivador” e colaborador, podendo fornecer dicas, ou lembrar as regras:

tudo isso é permitido. Ajudar não significa fazer por ele, mas incentivá-lo, seguindo o princípio da “zona de Desenvolvimento Proximal” de Vygotsky, que está entre o que uma pessoa já sabe e o que ela tem potencial ou é capaz de aprender, sendo este um espaço onde o aprendizado se dá através da colaboração de outra pessoa, que atua com o papel de orientador, moderador, realizando o estímulo necessário. Como já citado neste trabalho, “o jogo pressupõe a companhia e não a solidão, pois seu desenvolvimento está repleto de conteúdos socializantes que possibilitam a construção de um bem estar social coletivo e, não individual, como advogam as atuais teorias pós-modernas.” (Piccolo, 2008). Logo, o fato de um jogo ser jogado obrigatoriamente com a companhia de alguém procura incentivar a interação do idoso com o meio, reforçando vínculos e incentivando sua inclusão social através do cuidador familiar ou profissional. Assim, o momento do jogo também funciona como um espaço onde ele recebe atenção, podendo conversar e estreitar laços e vínculos, o que também é uma forma de estímulo. O processo de construção ou re-construção das pessoas deve ser compreendido (neste caso: uma forma de re-aprendizagem ou re-treino) como imerso em um contexto social.

Até este estágio do desenvolvimento estavam delimitados dois conceitos: o jogo deveria ser jogado pelo idoso e seu cuidador e não por ele sozinho (por questões de colaboração, troca de aprendizado, incentivo da interação social e afetividade) e deveria abordar temas que estimulassem funções diferentes: flexibilidade e atenção; e repetições, com ênfase de idéias.

A partir de então, partiu-se para a seleção dos tipos de tarefas que deveriam estar presentes no jogo:

- Não poderiam ser complicadas, mas deveriam ser simples e objetivas;
- Seria interessante que as tarefas auxiliassem na manutenção de funções de vida diária, já que a perda delas é a principal causadora de exclusão social, perda da independência e conseqüentemente da autonomia, prejudicando e segregando o duo “idoso comprometido - familiar cuidador”.

A partir destas premissas, foram selecionados quais seriam os principais tópicos, relativos às alterações causadas pelo quadro demencial, a ser trabalhados:

- Comprometimento de memória, sendo o esquecimento a alteração mais freqüente;
- Funções executivas;

- Associação de idéias;
- Habilidade para executar movimentos e gestos precisos;
- Reconhecimento de objetos;
- Habilidades de linguagem falada e escrita;
- Déficit de atenção e concentração;
- Desempenho psicossocial;
- Orientação temporal.

Estando definido o que deveria ser abordado e com que intenção, era preciso que fosse definido como o jogo iria apresentar-se frente ao usuário. Quanto a isto, até esta fase, só havia uma questão definida: o idoso não vai jogar sozinho. Mas como seria proporcionada esta interação? E como seria esta interface? Durante a etapa de observação e pesquisa, foi verificado que é muito comum dinâmicas em que os idosos são abordados em um jogo de perguntas e respostas, como é o caso do “puxa conversa”®, já citado. Este tipo de abordagem é interessante porque um assunto ou pergunta geralmente sugere outro tema que surge naturalmente, o que desenvolve diversos pontos, como memória, associação de idéias além de promover a interação do idoso com o meio. Porém, a idéia do idoso sendo questionado com perguntas remetia uma relação hierárquica composta pelo moderador (familiar, profissional) sempre perguntando e do idoso sempre respondendo. Então, surgiu a idéia de que talvez fosse interessante se os papéis pudessem inverter-se, ou melhor, igualar-se: todos podem perguntar e todos podem responder, estabelecendo-se assim uma relação de igualdade, de conversa.

Outra questão observada nos jogos de perguntas e respostas era a falta de interação física. O idoso responde, mas o jogo corria o risco de tomar ares de entrevista no caso de não ser gerada uma conversa a partir dele, o que pode tornar a dinâmica monótona e desinteressante, fazendo com que o idoso se perca, observando detalhes do ambiente e se distraindo com agentes externos. Uma situação que pode ser comparada a um aluno assistindo a uma aula em que não está entendendo o conteúdo dado ou simplesmente a uma aula chata. Então foi pensado que além de responder perguntas, poderia ser útil conciliar alguma interação física a esta ação, o que tornaria mais fácil a fixação da atenção e concentração, a motivação em participar, além de possibilitar o treino da habilidade para executar movimentos e gestos precisos (um dos tópicos selecionados

para ser trabalhado no jogo), gerar a interação com o ambiente e trazer um caráter mais concreto que abstrato ao jogo, contando com auxílio visual. A partir destas considerações foi sendo construída uma proposta de modelo físico para o jogo: um jogo de tabuleiro, porque nele estavam presentes alguns itens identificados como necessários, que serão explicados a seguir.

No planejamento de vincular algum tipo de interação física a ações relacionando esta situação à idosos é preciso estar atento às limitações físicas dos mesmos. E esta foi uma das justificativas para a escolha do tabuleiro, já que o mesmo proporcionaria a execução de movimentos e gestos precisos, não configurando tarefa cansativa, desgastante ou até impossível para alguns idosos. Já que é comum encontrar idosos com alguns tipos de limitação que os impediriam de participar de dinâmicas que demandassem movimentos físicos mais elaborados ou de maior esforço (no grupo de pacientes do Centro-Dia, por exemplo, foram observados idosos cadeirantes, com algum lado do corpo paralisado em consequência de um acidente vascular encefálico e com queixa de dormência nos membros). Então, foi preciso pensar em uma atividade que mexesse com a parte física de forma moderada, nivelando por um baixo grau de esforço com o intuito principal de prender a atenção e estimular a movimentação de forma básica, como girar uma roleta e mover os peões sobre o tabuleiro. É óbvio que muitos idosos seriam capazes de fazer muito mais que isso, mas era necessária uma padronização.

Outro ponto considerado foi o de que em um jogo de tabuleiro todos os participantes começam de um mesmo ponto, com um mesmo objetivo, estão a mercê da mesma imprevisibilidade de poder cair em qualquer uma das casas e estão expostos as mesmas regras, sugerindo este modelo uma relação de igualdade, onde todos os jogadores tem os mesmos poderes, característica bastante valorizada nos jogos pelos idosos, de acordo com o que foi observado no Centro-Dia. Um dos casos observados em uma das oficinas do Centro foi o de uma senhora que, em uma partida de Uno® teve diversas oportunidades de jogar por ter carta compatível com a da mesa, mas estava tão distraída em seus pensamentos, inquieta e pouco conformada com sua chegada recente ao Centro que sempre dizia não ter a carta. Ela não parecia não conseguir identificar a carta, mas não estar interessada no que estava acontecendo ali. Ou mesmo que não estivesse conseguindo identificar que tinha a carta compatível, talvez pudesse ser útil ao desenvolvimento dela se outra pessoa pudesse estar lhe fornecendo dicas, para que ela se interessasse e participasse da dinâmica, o que era o objetivo. Embora os profissionais

a ajudassem, em um jogo de cartas só o próprio jogador pode olhar suas cartas, então considere a possibilidade de o idoso sentir sua incapacidade mais acentuada no sentido de não estar fazendo sozinho o que deveria ser feito somente por ele, o que pode gerar algum desinteresse, frustração e ferir a auto-estima do paciente, principalmente nas fases iniciais do desenvolvimento da síndrome, onde a consciência e personalidade ainda estão bastante preservadas. O formato de um jogo de tabuleiro poderia estar permitindo que esta idosa observada no Centro-dia, por exemplo, pudesse ser ajudada, sem correr o risco de sentir-se diminuída ou menos capaz, já que o tabuleiro é comum a todos ao contrário dos que acontece com cartas e pedras de dominó (conhecidas e aferíveis somente por um jogador), por exemplo. O tabuleiro envolve interação física, prende o jogador a ação e permite que o companheiro de jogo esteja aferindo os resultados e ajudando o outro jogador de forma mais natural sem interferir em um espaço que deveria ser só dele (sua autoridade no jogo). A intenção é diminuir ao máximo a sensação de incapacidade no idoso, principalmente quando inserido na atmosférica lúdica, procurando diluir qualquer efeito desestimulante ou negativo que possa se fazer presente no momento em que está sendo ajudado.

Esta proposta de jogo preza pela preservação de auto-estima e autonomia, respeito, e pelas relações de igualdade, onde ninguém é melhor ou pior que ninguém, funcionando as pessoas, no máximo, de formas diferentes. O conceito lúdico é manejado no sentido de abrir uma brecha, um parêntese dentro do real, onde a deficiência ou limitação presente em algum participante não terá o mesmo peso que tem na realidade. Já que, no jogo, o que vale são suas regras e limites próprios, não tendo o “mundo real” poder nem de interferir, nem de limitar<sup>38</sup>. Esta proposta busca conservar o princípio de “igualdade”, buscando não evidenciar as limitações e/ou deficiências dos idosos. Neste mesmo caminho, foram determinadas mais algumas características:

- O uso de uma roleta no lugar de dados, assim como o de peões texturizados e tabuleiro revestidos de folha metálica e ímã. Esta opção foi definida, dentre outras razões, pelo fato de os dados (ao serem jogados) e peões poderem cair no chão evidenciando alguma possível limitação do idoso na tarefa de apanhá-los;
- Casas do tabuleiro com tamanho aproximado de quarenta e nove centímetros quadrados; peões texturizados com base de quatro centímetros de diâmetro e sete centímetros de altura; figuras utilizando cores acompanhadas de suas

---

<sup>38</sup> Como já desenvolvido no capítulo 5 “Do jogo à interação social. p:44.

complementares (sendo as mesmas suavizadas ou escurecidas) e delimitadas por um contorno preto. Já que de acordo com Iida (1998, p. 267)

“A cor atrai atenção e prende a vista de acordo com o grau de visibilidade. [...] De um modo geral todas as cores são mais visíveis com as suas complementares, desde que sejam suavizadas (com a mistura de branco), ou escurecidas (com preto). Porém um par de cores complementares, uma ao lado da outra, é desagradável e devem ser separadas por uma faixa de cor neutra (cinza ou preto). [...] A legibilidade depende do contraste e tende a aumentar com a adição de preto.”

Ou seja, esta opção justifica-se pelo aumento de visibilidade e nitidez da programação visual do tabuleiro, já que, novamente respeitando o conceito de “relações de igualdade no jogo”, é preciso que o idoso consiga ler e enxergar com conforto e facilidade as informações. Uma vez que este idoso é alfabetizado, a intenção é que ele não precise de ajuda, ou precise da mínima ajuda possível na sua interface com a parte física do jogo, do contrário ele poderia perder o interesse pelo material de estímulo. A intenção é que o momento do jogo seja prazeroso, e não de reafirmação de incapacidades e frustrações. Outro fator que foi determinante quanto ao tamanho das casas, letras e figuras foi o fato de grande parte dos cuidadores, principalmente familiares, serem também idosos. Ou seja, o formato do jogo é um jogo de tabuleiro retangular com aproximadamente quarenta e seis centímetros por noventa e dois centímetros, contendo quarenta e nove casas com aproximadamente quarenta e nove centímetros quadrados cada uma. Em cada casa é encontrada uma pergunta ou tarefa, com as seguintes atividades:

- Perguntas de caráter pessoal. “Em que cidade você nasceu? Pergunte também ao seu parceiro”. Perguntas como esta tem a intenção de incentivar uma conversa e estreitar vínculos entre cuidador e o idoso além de fazer com que os dois respondam, realçando o conceito de relação de igualdade. Este tipo de tarefa busca exercitar a memória;
- Procurar a figura. Em uma casa consta uma pergunta que será respondida com uma figura em alguma outra casa do tabuleiro: “para enxergar melhor, eu preciso de...” A seguir o jogador irá encontrar uma figura de “óculos” e poderá mover seu peão para esta casa. Esta tarefa também engloba o conceito de

sinônimo com associações de características de profissões básicas como médico, bombeiro e policial. Este tipo de tarefa busca exercitar a atenção e concentração, associação de idéias e o reconhecimento de objetos;

- Achar o par. “Quando toca o telefone eu digo...” A seguir o jogador encontra uma casa no tabuleiro com a palavra “alô!” ou “Para esquentar meus pés, eu uso...” A seguir encontrará a imagem de um par de meias, por exemplo. Este tipo de tarefa procura exercitar a de associação de idéias, atenção e concentração e treino de funções executivas, já que estas casas procuram abordar temas presentes na rotina do idoso;
- “Quanto vou gastar?”. “Se eu compro ovos (que custam \$2) e um peixe (que custa \$10), quanto vou gastar?”, por exemplo. Esta tarefa busca motivar o raciocínio matemático para beneficiar o treino de funções executivas, além de utilizar temas de supermercado, comum a rotina dos idosos. Nesta casa, o participante terá a tarefa de separar, com notas de dinheiro fictícias, presentes no conjunto do jogo, a quantia que irá gastar, sendo esta mais uma tarefa de exercício às funções executivas;
- Caixa de textura. Consta no jogo, assim como as notas de dinheiro fictícias, uma caixinha de texturas. Um pequeno baú com um objeto duro (uma pedra branca de jardim), um macio (um pedaço de tecido - veludo), um pontudo (um lápis de silicone - o silicone foi escolhido para que este objeto não fosse confundido com o objeto “duro”) e um áspero (uma lixa). De forma que algumas casas apresentam tarefas como: “Pegue na caixa de texturas algo ‘áspero!’”. Esta atividade procurou estimular a associação de idéias;
- Trabalhar com o alfabeto. Com casas com questões do tipo “Diga uma palavra que comece com a letra... (gire a roleta)”, “Qual a primeira letra do alfabeto?”, “procure a figura” com tarefas do tipo “Fruta com a letra “M” e “Diga um lugar/palavra que comece com a letra... (gire a roleta)”. A letra escolhida será definida pelo girar de uma roleta presente no jogo, onde constam os números de casas que devem ser andadas, assim como também aponta uma letra do alfabeto. Este tipo de atividade procura exercitar funções e executivas, no sentido de ser uma forma de resolução de problema e também pelo fato de que um indivíduo afastado da plena capacidade de escrita e leitura estar excluído, de certa forma, do convívio social além configurar uma perda de habilidade, no caso de o

mesmo ser alfabetizado;

- Conceitos de família. Com perguntas como: “o irmão do meu pai é meu...”. Esta atividade buscou situar o idoso no espaço e dentro da sua rede social, sendo a família a mais presente na rotina da maioria dos idosos;
- Trabalhar com antônimos. Nestas casas perguntas como “O contrário de feio é...” ou “O contrário de quente é...”. A intenção foi trabalhar a associação de idéias;
- Pares e ímpares. Constam nestas casas perguntas como “Diga um número par!” ou “Diga um número ímpar”. Esta atividade procurou trabalhar o raciocínio matemático;
- Encontre a cor. Com perguntas do tipo: “Encontre a casa pintada de roxo (exemplo de cor)”. Esta atividade buscou trabalhar a associação de idéias.

A habilidade de linguagem, o desempenho psicossocial, atenção e concentração são tópicos também trabalhados durante o decorrer do jogo. Já que o mesmo promove diálogo e interação social, além de ser trabalhada a atenção e concentração no ato de contar o número de casas que devem ser andadas e andar com o peão. A habilidade em movimentos e gestos precisos também é treinada durante o jogo a partir da movimentação do peão e da ação de girar a roleta. Já a tentativa em trabalhar dois conceitos: múltiplas tarefas (buscando estimular flexibilidade e atenção) e freqüentes repetições (com ênfase de idéias) se faz presente em uma atividade principal e outras atividades que variam de acordo com perfil das diferentes casas com suas respectivas tarefas. A atividade principal será repetida durante todo o jogo com o ritual do jogar, seguindo a seqüência de girar a roleta, identificar e contar os números e transmitir este resultado para as casas do tabuleiro, ocorrendo simultaneamente diferentes estímulos através dos diferentes perfis de casas em que o jogador poderá cair.

Além do tabuleiro, outros estímulos visuais e táteis são utilizados no jogo. Sendo o jogo, na realidade um kit composto por:

- Um tabuleiro dobrável em três partes revestido de folha metálica entre sua estrutura e programação visual;
- Cinco peões texturizados com base revestida de ímã;
- Círculo com a base revestida de ímã para marcar a situação climática na face II

do “calendário e orientação climática”;

- Uma roleta com números e letras do alfabeto para serem sorteados. A escolha em utilizar-se uma roleta no lugar de dados também justificou-se pela possibilidade de incorporação de letras para a tarefa do alfabeto e pelo recurso visual que a mesma costuma proporcionar. Esta substituição poderia gerar o prejuízo nas tarefas de soma e raciocínio matemático, que foram incorporadas nas atividades das casas “Quanto vou gastar”;
- Calendário e orientação de situação climática revestido de folha metálica. A primeira casa do jogo é uma casa obrigatória onde existe a tarefa “Organize seu calendário!” Esta organização consiste em situar em que dia, mês e ano estamos e na outra face marcar o sol (tempo bom), a nuvem (tempo nublado) ou a chuva para indicar a situação climática com um círculo com a base revestida de ímã. Buscando estimular a orientação no tempo e no espaço;
- Dinheiro fictício para tarefas de compra, com notas de um, dois, cinco e dez;
- Caixa de textura com material duro (pedra branca de jardim), pontudo (lápiz de silicone), macio (pedaço tecido - veludo) e áspero (uma lixa).

As regras desta proposta de jogo funcionam da seguinte maneira: Ao começar o jogo, existe uma casa obrigatória com a tarefa de organizar o calendário e a situação climática do dia (se está sol, nublado ou chovendo), é uma espécie de “pré-jogo”, onde cabe ao “cuidador-moderador” estimular a partir destes temas interação com o idoso, puxando por sua orientação temporal, podendo utilizar-se de conversas sobre alguma notícia de jornal ou rádio que o idoso tenha tido acesso, por exemplo. Esse espaço não tem tempo definido para acontecer, é reservado exatamente para este tipo de estímulo. Finalizada esta etapa, as instruções são que a roleta seja girada e andadas o número de casas que foi sorteado. O jogador pode cair em diferentes perfis de casas, devendo proceder das seguintes maneiras:

- Se o jogador cair nas casas “Perguntas de caráter pessoal”, “pares e ímpares”, “Conceitos de família” e “Trabalhar com antônimos” deve somente responder a perguntas permanecendo na mesma casa. E o outro jogador já poderá jogar;
- Se o jogador cair na casa “Quanto vou gastar”, ele deverá efetuar a soma (podendo ter a ajuda de papel e lápis para armar as contas, se julgar necessário) e

respondê-la utilizando as notas de dinheiro fictício presentes na kit para separar a quantia e permanece na mesma casa. E outro jogador poderá jogar;

- Se o jogador cair nas casas “Procure a figura” ou “Ache meu par”, “Encontre a casa pintada de ‘roxo’” (exemplo de cor), ele deverá procurar a figura que corresponde a casa onde ele está no tabuleiro e mover seu peão até a “figura-resposta”. E a vez passa para o outro jogador. É válido esclarecer que as “figuras-resposta” são dispostas próximas as casas correspondentes, para facilitar, e não tornar necessário que ele procure por todo o tabuleiro, buscando reduzir o tempo de procura e diminuindo a possibilidade de frustração. As figuras utilizadas no jogo não fazem alusão, de forma alguma, a ilustrações infantis, o que foi identificado como requisito de projeto;
- Se o jogador cair nas casas “Caixa de textura”, ele realizará a tarefa com o auxílio da caixa de texturas presente no kit, pegando o material indicado e permanece na casa. O outro jogador poderá jogar;
- Se cair em alguma casa que trabalhe com o alfabeto com perguntas do tipo “Diga alguma palavra começada pela letra... (gire a roleta!)”, ele deverá girar a roleta, ver a letra sorteada e falar a palavra e permanece na mesma casa. O outro jogador já poderá jogar;
- Se o jogador girar a roleta e cair em alguma “casa resposta” como uma figura de um médico que responderia a tarefa “procure a figura” “Quem cuida das pessoas doentes?” constará na casa uma instrução: “Ande ‘X’ casas” e ele cairá em outra atividade.

A sugestão desta proposta de jogo é de que ele termine na mesma casa onde começou, a casa onde é iniciado o jogo e organiza-se o calendário, ou seja: vence o jogo quem voltar ao início mais cedo, acompanhando a idéia de recomeço. E podendo ser jogado quantas vezes for agradável e produtivo este processo. Não existe um tempo recomendado fixo do início ao fim do jogo, só existe restrição quanto a não ser encarado como tarefa de obrigação, de exercício, e sim como uma atividade prazerosa e como um momento de interação e descontração. É recomendado que o jogador cuidador familiar comece o jogo, já que foi verificado em alguns pacientes idosos a falta de iniciativa para começar uma determinada tarefa, sendo importante a motivação e o incentivo.

A idéia é utilizar o jogo como apoio a estimulação cognitiva, sendo fundamental o

comprometimento e interação do cuidador no papel de moderador e ajudador, coordenando com bom senso as atividades. Na verdade, esta é uma proposta de um kit de apoio a estimulação cognitiva em todos os sentidos, já que é composto por vários instrumentos físicos e precisa também, para funcionar de fato, de um conjunto de iniciativas: como disponibilidade de tempo, colaboração, paciência e respeito mútuo, por exemplo. As observações e sugestões foram feitas de forma a ilustrar um caminho que poderia ser seguido dentro do conceito desta proposta, gerada a partir dos requisitos identificados pela revisão teórica e trabalho de campo. O que não impede a incorporação de novas atividades assim como variações das mesmas e de outros materiais de apoio (como é o caso da caixa de textura ou o calendário dupla face), fazendo do jogo algo dinâmico. De forma que esta proposta ilustra um perfil de jogo, podendo, em uma possível prototipagem sofrer alterações dentro deste conceito.



Eis o detalhamento dos perfis das casas:



Figura 14: exemplo de casa "ache meu par"



Figura 15: exemplo de casa "Encontre a figura"

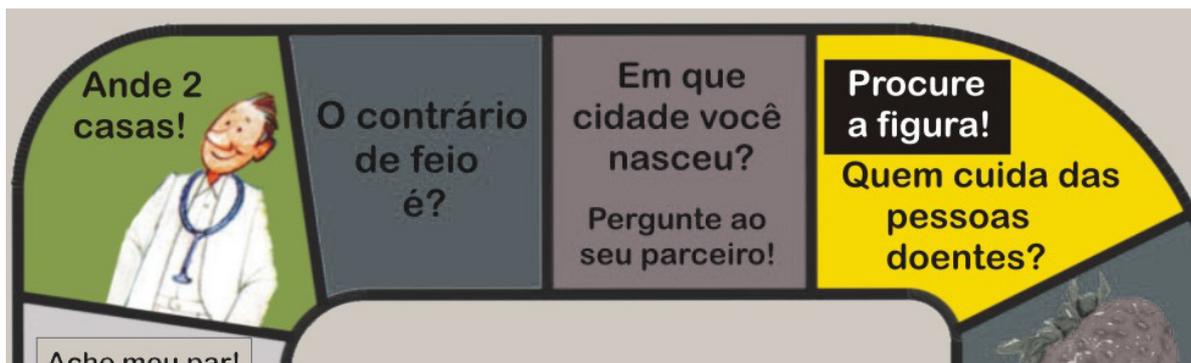


Figura 16: Exemplo de casa "Encontre a figura" com tema de profissão



Figura 17: Exemplo de casa com tema "alfabeto"



Figura 18: exemplo de casa com o tema "alfabeto"



Figura19: Exemplo de casa "Quanto vou gastar"



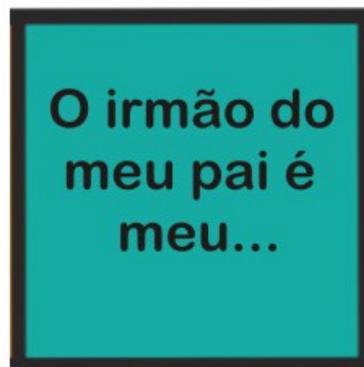
Figura 20: Exemplo de casa "Pares e ímpares"



**Figura 21:** Exemplo de casa com o tema "antônimos"



**Figura 22:** Exemplo de casa "Caixa de textura"



**Figura 23:** Exemplo de casa "Conceitos de família"



**Figura 24:** Exemplo de casa com o tema de "caráter pessoal"



**Figura 25:** Exemplo de casa com o tema "cores"

<sup>39</sup> Todas as figuras que aparecem nesta dissertação são apenas um apoio ilustrativo para visualizar a concepção do jogo. Quando da elaboração de um protótipo para uso efetivo, novas (e mais adequadas) figuras deverão ser elaboradas. As figuras utilizadas na dissertação foram retiradas de *sites* da *internet* de livre acesso, cuja lista consta do ANEXO 7.

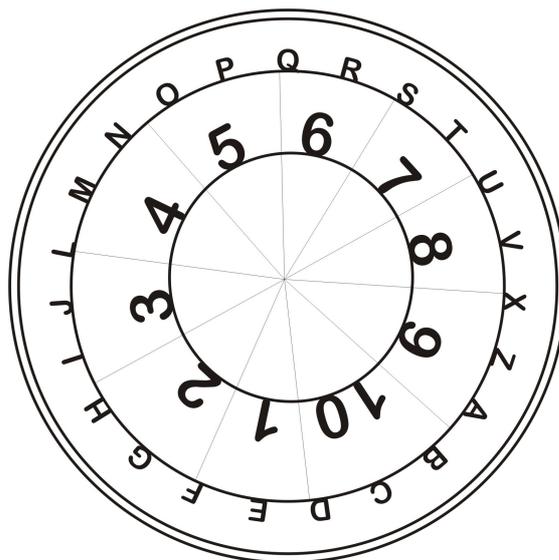


Figura 26: Esboço da roleta - vista superior.

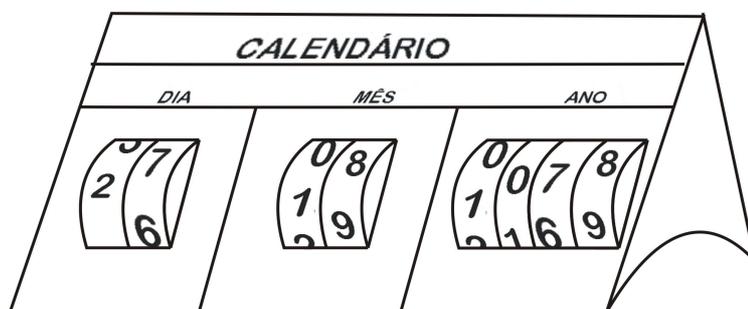


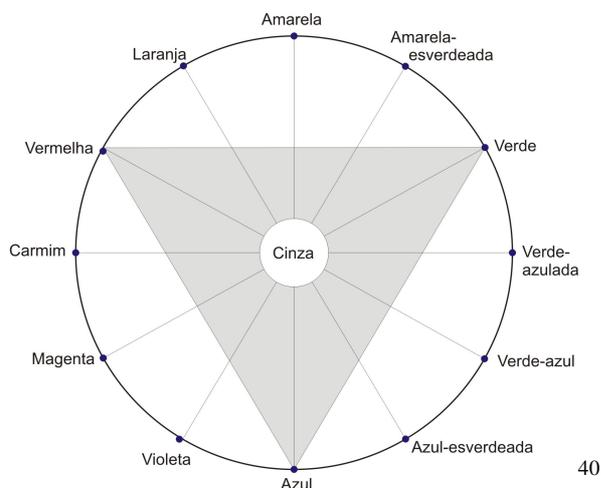
Figura 27: Esboço do instrumento de orientação face I - calendário



Figura 28: Esboço do instrumento de orientação face II - orientação temporal

A prioridade na elaboração da programação visual do tabuleiro do jogo foi a visibilidade, e para tanto procurei trabalhar com as cores acompanhadas de suas complementares (o que aumenta o contraste) e separadas por um contorno preto, já que um par de cores complementares juntas sem uma separação em preto ou cinza se torna desagradável aos olhos. Porém, diante do fato de, no tabuleiro, existir um encontro de casas não somente dispostas lado a lado, mas também nas filas superiores e laterais, não

houve possibilidade de respeitar completamente este conceito, pois as cores ficariam repetitivas, o que poderia gerar confusão.



**Figura 29:** “Círculo de cores. As cores diametralmente opostas são complementares entre si. O triângulo assinalado representa as cores primárias das luzes.” (IIDA, 1998, p.226).

## 15. Contribuições e desdobramentos

De acordo com as etapas de desenvolvimento do produto segundo Iida (1998) – idéia inicial; especificações do produto; formulação de alternativas; avaliação de alternativas; construção de teste do *mock-up*; e construção e teste do protótipo – esta dissertação seguiu até a fase de avaliação de alternativas, uma vez que, nesta etapa, foram aplicadas as especificações do produto (os requisitos) na proposta de projeto. Logo, o desdobramento mais óbvio seria utilizar a pesquisa já realizada como contribuição para a continuação do processo, dando andamento às etapas de construção de teste do *mock-up* e construção e teste do protótipo, seguindo o caminho natural para a prototipagem deste produto.

A proposta desta dissertação foi de, através da análise do contexto da síndrome demencial, apresentar o esboço de uma proposta de um jogo que melhor se ajustasse às necessidades dos usuários. Considero que sua relevância não se encerra somente nessa finalidade, mas inclui também o desenvolvimento e seus desdobramentos.

Nessa dissertação foram definidos requisitos para uma prototipagem de um jogo de estímulo cognitivo para idosos com demência leve a moderada. Durante o processo de

---

<sup>40</sup> Figura 13.13. Página: 226. IIDA, I. *Ergonomia – projeto e produção*. 5ª reimpressão. Brasil. São Paulo. Editora Edgard Blücher.1998.

construção foi se tornando para mim cada vez mais claro como a contribuição desse jogo podia ser efetiva e também limitada. Em outras palavras apenas um elemento auxiliar (dentre outros), uma vez que jogo nenhum serviria *per se* como garantia de uma estimulação cognitiva eficaz. Não pretendo, de forma alguma, desviar o foco e diminuir a importância do produto. Quero sim chamar a atenção para o fato de o mesmo ser uma ferramenta, e de que quem opera uma ferramenta e produz ações devem ser as pessoas (não o inverso). Em suma: é preciso que as pessoas participem afirmando-se como a face humana dos projetos. É assim que esta dissertação não tem como tema focal um jogo, mas a relação entre pessoas que utilizam um jogo.

Um produto não funciona de forma isolada e não deve ser compreendido como a solução de um problema, mas como um agente facilitador ou até incentivador. Se não for adequado, o produto poderá ser mesmo um empecilho para a ação humana. É exatamente neste ponto que reside a importância em ajustá-lo às necessidades do usuário. Assim, esta dissertação não pode ser somente definida pela identificação de requisitos para a produção de um produto ou por um documento que defende que um lado humano precisa ser incorporado na prática terapêutica abordada, principalmente em ambiente domiciliar. Identifico que a maior contribuição desse trabalho foi a reflexão sobre o significado das palavras contexto e colaboração, relacionando-as com a idéia de “aplicabilidade”. Certamente a terapêutica não farmacológica não se resume ao produto jogo, nem a nenhuma de uma longa lista de palavras como comprometimento, conscientização, disponibilidade, superação, motivação, colaboração, respeito e interação entre as pessoas envolvidas. Ela implica toda uma estratégia de ação num contexto colaborativo.

## **16. Considerações finais**

O estudo realizado nesta pesquisa trouxe a reflexão sobre a postura do “produzir”, não somente neste universo como em qualquer outro, e sobre como em uma iniciativa para atingir um fim, todos os fatores precisam estar orquestrados: comunicando-se e complementam-se. Tanto na produção de um produto ou serviço, quanto na produção de conhecimento é fundamental a consciência das pessoas em não reter suas habilidades e capacidades, mas contribuir agregando, trocando e somando, inclusive com outras comunidades, com um intercâmbio de conhecimento, pois se cada área fechar-se em seu micro-ambiente, elas até irão funcionar, mas não conseguirão interagir de uma forma global e efetiva. A dissertação buscou demonstrar que a produção não é um ato isolado

e nem é encerrada nela mesma, já que, quando produzimos, produzimos algo para alguém, e este alguém é uma pessoa que está inserida em um contexto com variáveis que precisam não somente ser consideradas, como contextualizadas.

O conceito de colaboração esteve presente em toda a dissertação, não somente em razão das idéias teóricas sobre as quais ela se baseou, mas também, e principalmente, em razão do tipo de trabalho de campo que se buscou realizar, tornando possível que minha aproximação a questão da demência não fosse a mera escolha de um objeto de estudo, mas sim que fosse contextualizada e vivenciada da forma mais real possível. A construção da dissertação realçou a importância das relações pessoais tanto na pesquisa como na implementação de práticas terapêuticas.

Quero destacar que em todos os casos observados na pesquisa ficou claro que o comprometimento e atenção da família e/ou dos cuidadores é fator determinante. Isso foi observado em diferentes graus: quando um paciente não recebia o apoio necessário em casa; quando recebia somente um apoio “mecânico”, por cuidadores profissionais que não faziam questão de uma interação mais real e estreita com o paciente; e quando ele tinha apoio para realização de suas atividades, e também era inserido de forma real no contexto familiar, recebendo além de amparo, afeto e atenção. Outro ponto importante a ser destacado é a forte influência de uma vida social ativa para a saúde dos idosos.

A questão do idoso já é naturalmente delicada, já que por mais que uma pessoa tenha uma velhice tranqüila e saudável, esta sempre será uma fase permeada de perdas (de pessoas queridas, familiares, cônjuges, capacidades físicas e cognitivas e atributos estéticos). No caso específico de nossa pesquisa, a todas estas características ainda adicionam-se o preconceito e a carga negativa associados à deficiência mental. Essas conseqüências nefastas atingem também fortemente aos cuidadores. Ficou evidente como mesmo cuidadores familiares com estreita relação de afeto e preocupação sofrem forte desgaste, inclusive físico.

Por fim, um ponto que não é foco da atenção da pesquisa, mas que ao longo de todo o percurso desta dissertação causou-me incômodo (não somente a mim, mas também observado nos pacientes e familiares): o peso da palavra “demência”. Em analogia a casos como câncer e AIDS, muitas evitam dizer este nome, optando por falar “aquela doença”. É uma palavra com conotação extremamente negativa, carregada de preconceito e vergonha. Creio ser procedente neste contexto fazer referência a um caso descrito por Vygotsky (1983) sobre como a denominação “Hilfsschule” (Escola de

Socorro) para designar uma escola específica para crianças com deficiência poderia marcar o aluno com um estigma de inferioridade e ser humilhante tanto para os pais quanto para as crianças. A questão da demência é uma questão social que nos remete necessariamente a um contexto relacional. Assim o idoso “demente” sofre muito mais que as conseqüências clínicas de um quadro de comprometimento de funções neurológicas. Ele sofre com o preconceito e o despreparo da sociedade em acolhê-lo.

## 17. ANEXOS

### ANEXO 1

Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3o É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

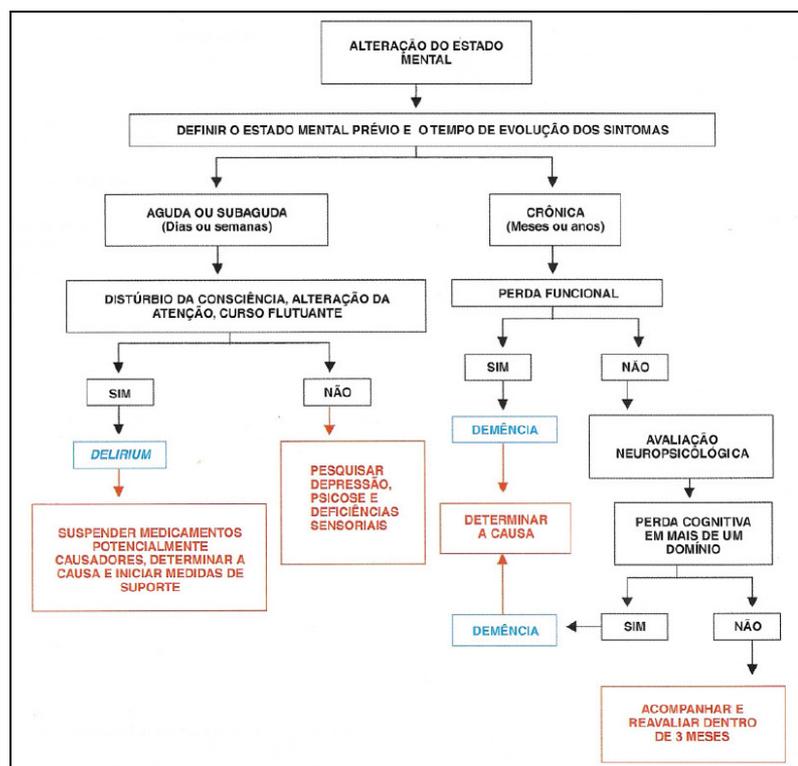
Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

## ANEXO 2

### Avaliação do idoso com alteração do estado mental



(PORTO, 2005, p. 180. Figura 1.9: Avaliação do idoso com alteração do estado mental.)

## ANEXO 3

Entrevistas com a equipe do Centro-Dia

**Entrevista com a equipe do Centro-Dia do Centro para pessoas com doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice (CDA) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro**

Nome da pesquisadora: Fernanda Benevides Zanela

Mestranda de engenharia de produção da UFRJ/COPPE

Orientador: Roberto dos Santos Bartholo Junior

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada “Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo”. O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar sobre a utilização de jogos no auxílio da redução da velocidade de progressão das perdas cognitivas que afetam tarefas de vida diária do paciente, causadas pela demência.

Eu, \_\_\_\_\_,

RG, \_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_,

Endereço: \_\_\_\_\_,

Profissão: \_\_\_\_\_,

Tarefa que desempenha no Centro-Dia: \_\_\_\_\_.

Concordo em participar do estudo “Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo” como sujeito. Tendo sido devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa.

- 1) Você trabalha com idosos há quanto tempo? Há quanto tempo você tem conhecimento ou trabalha com instrumentos, exercícios ou jogos de estímulo cognitivo no tratamento da demência e outros transtornos mentais em idosos?
- 2) Este tipo de terapêutica é geralmente bem aceita pelos profissionais que trabalham com esse tipo específico de paciente?

- 3) Em uma escala de 0 a 10, em qual grau de importância você classificaria os instrumentos, exercícios ou jogos de estímulo cognitivo no tratamento da demência e outros transtornos mentais em idosos?
- 4) Como você classifica o efeito do estímulo cognitivo em pacientes idosos com demência? Até que grau de demência, esse tipo de intervenção ainda pode surtir efeito (leve, moderada ou grave)?
- 5) Enquanto profissional você sempre acreditou na importância deste tipo de estímulo no tratamento? Se não, a partir de que acontecimento ou episódio passou a considerá-lo?
- 6) Você poderia citar um exemplo (sem comprometer a privacidade dos pacientes) em que observou que a intervenção de instrumentos, exercícios ou jogos de estímulo cognitivo gerou evolução positiva no quadro do paciente, a partir da utilização dos mesmos no tratamento?
- 7) Considera que o efeito produzido por instrumentos, exercícios ou jogos de estímulo cognitivo no tratamento da demência guarda relação com a interação social proporcionada por eles nos pacientes idosos? Se você considera, como classifica esta influência?
- 8) Quais são suas críticas (positivas ou negativas) quanto aos instrumentos, exercícios ou jogos de estímulo cognitivo que você já utilizou ou conhece no tratamento da demência em idosos?
- 9) Você mudaria alguma característica na conduta da administração dos instrumentos, exercícios ou jogos de estímulo cognitivo no tratamento da demência em idosos, tanto no que diz respeito à natureza dos jogos, quanto à sua aplicação por você e sua equipe ou pelos cuidadores e/ou familiares?
- 10) Você julga que os pacientes ou familiares e /ou cuidadores aceitam com facilidade ou oferecem alguma resistência em participar de exercícios, dinâmicas ou jogos de estímulo cognitivo em seu tratamento? Se eles oferecem algum tipo

de resistência, por que isto acontece?

- 11) Existe diferença para o paciente entre participar de exercícios, dinâmicas ou jogos de estímulo cognitivo em grupo (no Centro-Dia) ou em casa, com cuidadores e/ou familiares? Se você acredita que existe diferença, qual seria?
- 12) A família ou cuidadores de pacientes portadores de demência valorizam e/ou acreditam na função dos instrumentos, exercícios ou jogos de estímulo cognitivo no tratamento da síndrome demencial?
- 13) Você considera positiva a participação da família nesta etapa do tratamento? Encontra diferença entre a presença de um cuidador familiar ou profissional neste momento? Se você encontra diferenças, quais seriam elas e qual seria a melhor escolha no que se refere à função de acompanhar o paciente?
- 14) Cuidadores e/ou familiares estão preparados para administrar instrumentos, exercícios ou jogos de estímulo cognitivo sozinhos em casa com o paciente. Se não estão, quais os fatores que você considera prejudicar tal tarefa?
- 15) Você identifica agentes que possam dificultar ou atrapalhar a administração efetiva dos instrumentos, exercícios ou jogos de estímulo cognitivo no tratamento de idosos com demência tanto em casa, quanto na instituição onde são atendidos? Considerando esses fatores tanto psicológicos e sociais quanto ergonômicos.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

## **Respostas**

**Alba Valéria de Souza Apolinario**

**Profissão: assistente social**

**Tarefa que desempenha no Centro-Dia: especializanda em psicogeriatría e terapeuta de grupo de idosos**

- 1) Há 8 meses para as duas perguntas.
- 2) Acredito que sim.
- 3) 8.
- 4) Muito bom. Dependendo do estímulo que é aplicado, ele pode ser aplicado em pacientes graves.
- 5) Não. Passei a considerá-lo a partir do momento em que iniciei o trabalho com estes pacientes.
- 6) Quando criei, ou melhor, recriei um bingo de palavras na língua mãe do paciente, ou seja, no idioma do paciente que começou a demonstrar resultado positivo, respondendo ao estímulo.
- 7) \_\_\_\_
- 8) Os que eu lembro são: bingo, jogo da memória, quebra-cabeças. Na verdade, alguns jogos que envolvem o tato nota-se uma dificuldade tanto por parte dos pacientes quanto por parte das peças dos jogos.
- 9) Sim. A espessura e as cores de alguns jogos.
- 10) Às vezes acontecem com pacientes, mas isso, acredito eu que seja por conta da doença. Eu não trabalho com familiares no momento, no que diz respeito a estímulo.
- 11) Não sei dizer.
- 12) Não sei dizer.
- 13) Com certeza. É primordial a presença da família.
- 14) Não sei informar, mas normalmente escuto cuidadores e familiares pedindo orientações quanto a jogos p estimular a memória de pacientes.
- 15) \_\_\_\_

**Alexandre Kuszer**  
**Profissão: psicólogo**  
**Tarefa que desempenha no Centro-Dia: avaliação neuropsicológica**

- 1) Trabalho com idosos há 14 anos. Tenho conhecimento das técnicas de estimulação cognitiva há 4 anos.
- 2) Não... existem muitos profissionais que desconhecem essa técnica.
- 3) 10
- 4) O efeito é mais visível quando o paciente consegue ter uma funcionalidade mais eficiente do que estava tendo sem o tratamento. Entre leve a moderado, os efeitos são mais visíveis. Em estágios mais graves, o efeito se dá na tentativa de manter ainda algumas das funções mais básicas, como andar, comer...
- 5) A partir do momento que pude entender as premissas dessa terapêutica e ver na prática seus efeitos, acreditei nesse modelo de intervenção.
- 6) Geralmente, ao início de cada sessão, é utilizada a técnica de orientação no tempo e espaço, que consiste em orientar o paciente em que dia/mês/ano estamos e onde estamos e o que estamos fazendo naquele momento. Após meses de treino repetido, os pacientes já sabem que começamos a sessão querendo saber qual dia estamos, embora ainda seja difícil para alguns em se orientar sozinho.
- 7) Com certeza. A socialização é a alça principal desse tipo de tratamento. Esse modelo se torna mais eficaz quando reproduz as interações sociais do dia a dia, como perceber, mesmo sem conseguir expressar de uma forma “falada”, que o outro vai gostar ou não de uma atitude sua, que certas expressões e gestos devem ou não serem feitos naquele local... a socialização acaba sendo o diferencial desse modelo para os outros existentes.
- 8) Há uma grande demanda de instrumentos de trabalho para esse tipo de modelo e é quase inexistente no mercado esses instrumentos. Por um lado é bom, pois usamos nossa própria criatividade para criar novos instrumentos ou adaptá-los para nossos pacientes, mas por outro lado, seria muito melhor se existissem no mercado instrumentos testados e prontos para esse tipo de público.
- 9) Sim. Sempre temos que adaptar o instrumento ao tipo de paciente ou ao tipo de grupo que estamos trabalhando. Existem prejuízos leves que não interferem na dinâmica da técnica utilizada, mas existem prejuízos mais específicos que, por

conta disto, temos que alterar o ritmo ou o próprio programa da técnica para um melhor rendimento da terapêutica.

- 10) Geralmente os pacientes aceitam sem resistências aos jogos. Quem nunca quis jogar/brincar (sem infantilizar o jogo)? Mas claro que isso varia também de acordo com a personalidade do paciente. Existem pacientes mais resistentes, não só ao jogo, mas como um todo. Mas geralmente os pacientes aceitam sim. A dificuldade maior que posso pensar é com o âmbito familiar/cuidador. Há uma grande dificuldade em entender e aceitar a doença e que aqueles jogos/dinâmicas, não são somente um “passa tempo” e sim uma técnica de estimulação das funções cerebrais.
- 11) Sim. Existem algumas diferenças. Em se tratando de um cuidador contratado, nem sempre ele entende qual é a proposta da estimulação e acha que é uma “bobagem”, ou um “passa tempo” e ele não é pago para isto. Em se tratando de um cuidador familiar, existem as relações familiares, como filhos cuidando de pais, esposas cuidando de marido, e essas relações são contaminadas por anos de “n” situações, boas os ruins, e nessa fase, onde o familiar sai do seu papel de filho ou esposa para cuidador, é muito complicado.
- 12) Quando há um entendimento da técnica, sim. Quando não há, não.
- 13) A família é muito importante, seja em qualquer tipo de tratamento. Quando temos a família por perto, temos mais um aliado na luta para preservar as funções vitais dos pacientes e lentificar a progressão da doença.
- 14) Os cuidadores e familiares necessitam de orientações para administrar essas técnicas.
- 15) Fatores que podem dificultar: erros nos diagnósticos, conflitos entre profissionais da equipe de saúde, não aceitação da família sobre o diagnóstico, morar distante do centro de tratamento, local de tratamento sem arejamento e sem condições de utilização (banheiro quebrado, janelas com ampla ventilação, ar condicionados, bebidas refrescantes...)

**Fabiana Alvares Levi**

**Profissão: psicóloga**

**Tarefa que desempenha no Centro-Dia: participação nos grupos de reestruturação cognitiva**

- 1) Desde que comecei a especialização no CDA/IPUB, em março de 2010.
- 2) Na minha recente experiência, sim.
- 3) 8.
- 4) Acredito que o efeito seja bastante significativo para aqueles pacientes com demência leve a moderada.
- 5) Sempre acreditei na eficácia do tratamento, principalmente a partir do meu conhecimento da neuroplasticidade.
- 6) Minha experiência é recente para citar exemplos, porém escuto relatos dos profissionais acerca dos pacientes mais antigos e seus benefícios conquistados na terapia.
- 7) Sim, classificaria como muito importante.
- 8) Acredito que a grande vantagem dos exercícios de estímulo são sempre bem vindos nesta população. A crítica poderia ser no excesso do uso dos mesmos, sobrecarregando o idoso quando isso ocorre.
- 9) A minha experiência ainda é curta para responder esta questão.
- 10) Ocorre em alguns casos a resistência, creio que as razões pelas quais isso ocorre é muito singular, impossibilitando-me a responder.
- 11) Acredito que há sim, devido a alguns padrões de comportamento previamente existente nestas relações.
- 12) Não sei responder.
- 13) Acredito que a participação da família seja fundamental. Percebo que a presença de um cuidador profissional seja mais produtiva e com menos carga emocional, o que beneficia o tratamento do paciente.
- 14) Creio que a maioria dos familiares/profissionais não estejam preparados, uma vez que sua atenção geralmente está voltada para os cuidados básicos do paciente. Imagino que poderia ter maiores divulgações e treinos para que estas pessoas possam incorporar no seu dia-a-dia hábitos com os pacientes.
- 15) Acredito que os fatores que possam dificultar sejam:

- Psicológicos: relações conflituosas ao longo da vida e poucos laços; afetivos
- Sociais: dificuldades financeiras e isolamento;
- Ergonômicos: locais inadequados para execução das tarefas e falta de um local em si para execução da tarefa.

**Fortunée Norma Nigri**

**Profissão: terapeuta ocupacional**

**Tarefa que desempenha no Centro-Dia: coordenadora e terapeuta ocupacional do Centro-Dia**

- 1) Fiz o curso de psicogeriatrica no CDA de 1999 a 2001, desde então trabalho com estimulação cognitiva com idosos.
- 2) Inicialmente não. Mas quando passam a compreender a conceituação das funções cognitivas e a prática dos exercícios e jogos , aí sim passam a ser bem aceitas por profissionais.
- 3) 10. Estou certa que esta é a forma mais adequada de estimulação cognitiva para idoso, entretanto, não descarto outras, pois a estimulação se soma as demais técnicas.
- 4) A intervenção cognitiva surte efeitos em todos os graus de demência, o que modifica são os estímulos que ora são mais simples (grave) ou complexos(leve ou moderado).
- 5) Passei a acreditar na importância deste estímulo quando passei a estudar p assunto e ver o resultado desta intervenção nos pacientes.
- 6) Por exemplo, quando usamos o jogo de cartas “UNO” com os pacinetes em grupo explicamos as regras de funcionamento deste jogo e através da repetição, eles passam a utilizar as regras que explicamos, uns com mais outros com menos dificuldades. No entanto, quando na semana seguinte mostramos o jogo “UNO”, apesar deles dizerem que não conhecem, jogam corretamente, nos informando que houve registro e aprendizagem da memória.
- 7) A estimulação cognitiva, passa também, pelo uso do relógio e do calendário, por exemplo, que influenciam diretamente a interação social; no que diz respeito aos feriados, dias da semana, datas festivas, horários de almoço e janta etc.

- 8) Minha crítica é que existe poucos artigos científicos sobre esse assunto, o que faz com que o tratamento medicamentoso esteja sempre a frente dos pacientes com demência e em muitos casos nem se fala em tratamento não medicamentoso como a estimulação cognitiva.
- 9) \_\_\_\_\_
- 10) Oferecem resistência sim, quando não sabem do que se trata, mas quando informados e esclarecidos, colaboram.
- 11) Na minha prática clínica, embora se tente que os familiares e cuidadores continuem em casa a estimulação cognitiva, noto que não apenas a capacitação destas pessoas que garantem a continuidade; é necessário a reprodução do ambiente, da rotina e o manejo adequado o que geralmente não se consegue.
- 12) Algumas famílias são sensíveis ao ponto de acreditarem, outras não. Cada caso é um caso. Mas muitas vezes conseguimos fazer com que as famílias aprendam a manejar adequadamente com seus pacientes.
- 13) A participação de um cuidador é sempre positiva, pois é possível orientá-lo sobre o manejo adequado. Quanto a ser cuidador contratado ou familiar, posso dizer que não existe regra, pois já tive pacientes com cuidador contratado melhor e mais disponível que o familiar e vice-versa.
- 14) Quando não estão preparados trata-se de informá-los e esclarecer os conceitos e objetivos, além de usar o material com eles para que possam depois, usá-lo com os pacientes.
- 15) Não entendi muito bem a pergunta, mas os fatores sociais e culturais interferem diretamente no uso dos jogos, os fatores psicológicos como inibição, auto-estima, também e os fatores ergonômicos apresentam-se necessários como mesa e cadeiras adequadas, ambiente claro, limpo, sem ruídos, material grande, compacto e que auxilie na percepção visual etc.

**Priscila de Azeredo Muniz**

**Profissão: enfermeira**

**Tarefa que desempenha no Centro-Dia: coordenadora de oficina e de grupo de familiares.**

- 1) Trabalho com idosos há 8 anos.

Trabalho no centro-dia há 2 anos.

- 2) Sim.
- 3) 7.
- 4) O estímulo cognitivo é essencial para manter, de certa forma, a funcionalidade da pessoa com demência.  
Qual é o “efeito” esperado? Com relação a manutenção da funcionalidade, acredito que a estimulação cognitiva seja positiva até em pacientes com demência moderada.
- 5) Sim.
- 6) Vários exemplos, de pacientes que deixaram de realizar uma ou várias tarefas, e com estímulo voltaram a realizá-las, como: servir-se à mesa, cuidar de plantas, cuidar de passarinho, ver horas em relógio analógico e fazer cálculos simples.
- 7) Sim. A atividade em grupo proporciona estímulo ao paciente para realização das tarefas (que muitas vezes recusam em realizar em casa com seus cuidadores) e auxilia na superação das dificuldades, que são compartilhadas por todos.
- 8) Os jogos não são adaptados para os idosos. Utilizamos jogos para crianças e tentamos adaptar para a realidade dos idosos. Isso é ruim, pois passa a idéia de infantilização do idoso.  
Muitas vezes as figuras são pequenas e confusas, as peças dos jogos são pequenas. Isso dificulta a realização da atividade, pois os idosos apresentam mudanças fisiológicas que exigem também mudanças no design das peças, tamanhos de letras, simplificação de figuras, dentre outros.
- 9) Sim. A forma de aplicação de um jogo para pacientes com demência é diferenciada da forma de aplicação para idosos saudáveis. A forma de aplicação de um mesmo jogo é diferente também nas diferentes fases da demência.
- 10) A resistência pode ocorrer em qualquer fase da doença e independente do tempo de tratamento, por parte dos pacientes ou dos familiares. A resistência dos pacientes pode ocorrer devido a desorientação temporal/ espacial; alterações comportamentais, indisposição física, dentre outros. A resistência gerada por cuidadores pode ocorrer devido a impotência diante da doença, à negação do problema, o desinvestimento em atividades devido a progressão e agravamento da doença.
- 11) Sim, existe diferença. Conforme respondido na questão anterior, a participação é facilitada e incentivada em grupo.

- 12) Sim. A prova disso é a frequência no serviço.
- 13) Depende. A participação do cuidador pode facilitar ou atrapalhar o desempenho do idoso durante a execução de uma atividade.

Tratando-se de humanos, não posso afirmar que um cuidador formal é melhor que o informal ou vice versa. O melhor manejo da situação depende de vários fatores, como empatia do cuidador com o paciente, experiência do cuidador no manejo, flexibilidade do cuidador para lidar com as diversas situações surgidas no decorrer da atividade, criatividade, além de intimidade com o instrumento de estimulação utilizado.

- 14) Nem sempre estão preparados. Estes precisam conhecer a doença, o comportamento do paciente, as diversas formas de aplicar os jogos e saber avaliar o desempenho do paciente durante a execução da atividade.
- 15) Fatores ambientais como: excesso de ruído, calor, frio, luz deficiente, excesso de pessoas no ambiente;

Fatores endógenos: dor, desconforto, alterações metabólicas (pico ou déficit de pressão arterial ou glicemia), infecções, incontinência urinária, fadiga, desidratação, desnutrição, déficit visual, déficit auditivo, dificuldade na marcha, tremor, dentre outros.

**Rita de Cassia Maria Ribeiro**

**Profissão: assistente social – especialista em gerontologia e psiquiatria**

**Tarefa que desempenha no Centro-Dia: terapeuta em grupo de cuidadores.**

- 1) Trabalho há 13 anos com idosos, já praticando exercícios de estimulação.
- 2) Não, nem todos acreditam.
- 3) Minha nota é 10 (dez) por experienciar a melhora cognitiva dos pacientes
- 4) Trabalho com pacientes em estágio moderado/grave que ainda respondem a alguns trabalhos de estimulação.
- 5) Sempre acreditei e atualmente, mais ainda.
- 6) Tive um paciente em estágio moderado/grave que atualmente responde bem a estimulação com a tradução do alemão para as atividades. Língua de origem paterna.

- 7) Sim, algumas atividades são analisadas e adequadas para o grupo em que o paciente se encontra ou, quando o trabalho é individual, o mesmo é estimulado no ambiente onde reside.
- 8) Minhas críticas são positivas, desde que comecei a especialização em 2007, venho percebendo melhoras em algumas atividades de vida diária de alguns pacientes.
- 9) A conduta seria de maior informação, tanto para alguns profissionais, cuidadores e /ou familiares.
- 10) Alguns oferecem uma certa resistência porém com a repetição conseguem visualizar a manutenção da atividade proposta.
- 11) Sim. Em grupos temos a convivência. Em casa os estímulos a falata de preparo e o excesso de trabalho tanto dos familiares e/ou cuidadores impedem uma boa utilização da estimulação.
- 12) Nem todos acreditam e valorizam.
- 13) Acho positiva a participação tanto do familiar e/ou cuidador nas atividades. A aceitação da doença, a importância do paciente no meio social em que vive e, o estado de “saúde” em que se encontra, o meio onde o paciente reside.
- 14) Nem todos estão preparados e outros não acreditam.
- 15) O que identifico é não acreditar na estimulação por toda a equipe multidisciplinar que por acaso venha a cuidar do paciente. Além de sua rede social.

**Simony Rufino de Sousa**

**Profissão: psicóloga**

**Tarefa que desempenha no Centro-Dia: aluna do curso de especialização em psicogeriatrics iniciado em 01/03/2010 com término previsto para 28/02/2012**

- 1) Há 10 meses. Também há 10 meses.
- 2) Sim.
- 3) 10.
- 4) É eficaz na medida que estimula vários aspectos cognitivos, retardando dessa forma a aceleração do processo demencial. Pelo que pude observar até o presente momento, até o grau moderado.

- 5) Não. A partir das observações clínicas no Centro-Dia do CDA/IPUB/UFRJ, além do aprendizado através das aulas e supervisões.
- 6) Sim, Cera ocasião um dos pacientes estava apresentando dificuldades relacionadas à higiene pessoal, através da aplicação de instrumentos adaptados para a sua necessidade, foi possível verificar que o mesmo progrediu em relação aos objetivos propostos.
- 7) É possível perceber que, quando os instrumentos, exercícios ou jogos de estímulo cognitivo estão sendo aplicados por alguém com quem mantém vínculo afetivo positivo, as pessoas tendem a ser positivas; quando a transferência é negativa, o desempenho do paciente tende a ser prejudicado.
- 8) Tenho sugestões de que o número de estímulos deva diminuir durante as oficinas com o objetivo de não provocar exaustão e conseqüentemente alteração dos resultados.
- 9) Só a que mencionei anteriormente.
- 10) Até hoje, pelo que pude observar, uma das pacientes, ao sentir-se frustrada, por não estar sendo bem sucedida nas atividades, demonstrou resistência e necessidade de fuga. No caso dela, em especial, provavelmente em virtude do sentimento de menosvalia, vergonha, dentre outros.
- 11) Sim, pelo que ouço por parte dos familiares e/ou cuidadores no Grupo de Colaboradores. A diferença está no tipo de vínculo estabelecido emocionalmente entre as partes.
- 12) Muitos dos que participam ativamente das Oficinas no Centro-Dia valorizam e acreditam e eles mesmos testemunham isso através dos seus próprios discursos.
- 13) Sim, fundamental. Sim, várias diferenças, mas vale sinalizar que o cuidador profissional tem o seu dia de folga e alguns familiares cuidadores não tem, o que significa que, sem tempo para cuidar de si próprio, de se permitir ter outros tipos de prazer, a tendência é ficar irritadiço, sem paciência e por vezes até agressivo com o paciente. No entanto, existem cuidadores que são mais afetuosos e atenciosos com os pacientes do que os próprios familiares, o que facilita e viabiliza a inserção de jogos, exercícios, com otimização dos resultados por parte dos pacientes. A melhor escolha seria de qualquer pessoa (familiar ou cuidador profissional) com quem o paciente mantivesse

um relacionamento afetivo saudável e que esteja comprometido com a busca da desaceleração do processo demencial.

14) Alguns sim (os que freqüentam o Centro-ODia são ensinados), outros não. A qualidade do vínculo afetivo e a falta do conhecimento quanto aos objetivos dos jogos e/ou exercícios, bem como a falta de conhecimento dos familiares/cuidadores recém-chegados, quanto aos prejuízos provocados pela doença.

15) Sim, os mesmos citados na resposta à questão 12.

**Virgínia Lúcia Reis Maffioletti**

**Profissão: psicóloga**

**Tarefa que desempenha no Centro-Dia: psicóloga**

- 1) Quinze anos. Desde que comecei a me dedicar a esse assunto.
- 2) Entre aqueles que estudam as abordagens neuropsicológicas, sim. Profissionais de outras especialidades e que trabalham com outras abordagens não costumam conhecer essa técnica.
- 3) O uso dessa técnica tem objetivos bem específicos e tem sido aplicada em pessoas com demência principalmente com fins de estimulação cognitiva. Com esse objetivo, considero um grau 7 de importância o uso de exercícios e jogos. Contudo podemos considerar vários outros objetivos terapêuticos que podem ser trabalhados através desses instrumentos.
- 4) No Centro-Dia utilizamos esses instrumentos em todos os estágios de demência, obviamente adaptando-os em graus de complexidade decrescente e com objetivos mais voltados para a funcionalidade cotidiana. A ativação dos processos mentais através do contato com outros indivíduos, mediada por exercícios e jogos lúdicos, ativa o tônus de alerta cortical e o reflexo de orientação enquanto condições de possibilidade para a interação do indivíduo com o meio e para sua auto-percepção, além de estimular funções cognitivas específicas como memória, atenção, funções cognitivas, etc,
- 5) Não, no início do meu trabalho com idosos meu referencial teórico era a psicanálise. Progressivamente o contato com pessoas com demência me instigou a estudar os aspectos neuropsicológicos do comportamento. A integração desses

dois referenciais teóricos me levou a estudar a teoria do lúdico da psicanálise, as teorias do desenvolvimento cognitivo e psicomotor, etc. Esses estudos revelaram o potencial desses instrumentos como recursos técnicos nessa clínica.

- 6) No tratamento com um paciente de origem alemã, que se encontra em estado grave, com sintomatologia afásica mista (compreensão e expressão) avançada principalmente no português, quando traduzimos para o alemão os jogos para trabalhar linguagem, atenção, memória conseguimos estimular novas possibilidades de comunicação que resgatou aspectos da interação do paciente com os técnicos, e com sua cuidadora que facilitaram sua aceitação de manejos de cuidado em seu cotidiano. Contudo, a observação dessa eficácia é de difícil comprovação em termos objetivos e quantitativos. A observação de aspectos qualitativos ressalta o fato de o paciente permanecer com independência relativa no seu cotidiano, apesar de apresentar um escore zero nos testes cognitivos de referência nessa área.
- 7) Sem dúvida. O estímulo cognitivo encontra sua eficácia quando associado ao estímulo social e afetivo, o que caracteriza a experiência lúdica. A funcionalidade das habilidades cognitivas está em mediar a relação do indivíduo com o meio e com os outros. O desenvolvimento das habilidades se dá a partir desta interação, conseqüentemente a intervenção cognitiva com o objetivo clínico de alentecer a degeneração decorrente da doença se faz possível quando integra todos os aspectos da experiência humana.
- 8) Os materiais encontrados no mercado são em sua maioria planejados para o público infantil ou para um público adulto com todas as suas capacidades integras. Desta forma precisam ser adaptados para a utilização na clínica com idosos com transtornos.
- 9) Os materiais precisam ser freqüentemente adaptados, o que requer conhecimento e criatividade. Por sua vez seu uso tanto pelos técnicos quanto pelos cuidadores requer: entendimento e clareza de seus objetivos; flexibilidade e criatividade para utilizá-los de acordo com os recursos e possibilidades dos pacientes; relativização das expectativas em relação ao desempenho do paciente; manejo delicado no enfrentamento dos déficits; perseverança na repetição das atividades de forma a produzir efeitos na memória implícita e demais funções.

- 10) Os pacientes oferecem resistência no início por pensarem que se trata de brincadeira de criança. Mas, na medida em que são informados sobre os objetivos clínicos e os confrontam com seus próprios déficits e dos outros membros do grupo, costumam aceitar. Os cuidadores apresentam a mesma resistência dos pacientes quando fazemos com eles algumas atividades como fazemos com os pacientes, mas também aceitam quando são convidados a analisar a experiência. Quando tentamos que os cuidadores estimulem seus pacientes em casa outras resistências aparecem associadas a dúvida de que seus pacientes sejam capazes, expectativas rígidas quanto a performance dos pacientes, entendem como mais uma tarefa frente a sobrecarga do cuidado.
- 11) Sim. Segundo as informações dos cuidadores, os pacientes costumam recusar participar de qualquer atividade em casa, se mostram mais “teimosos” e apáticos. Considero que no Centro Dia o efeito do grupo estimula afetos vinculados ao laço social, ativam mecanismos de censura comportamental aprendidos ao longo do curso de vida que são necessários para a interação social, o encontro afetivo com os outros membros do grupo e com a equipe técnica é qualitativamente diferente daquele marcado tanto por uma história familiar quanto por uma relação patrão/empregado, no caso dos cuidadores contratados. As expectativas e exigências são diferentes de ambos os lados. A identidade grupal nutre as atividades de objetivos compartilhados, possibilita uma consciência de morbidade – mesmo que temporária – que convoca um desejo de “melhora” ou “superação”, uma maior aceitação das dificuldades e valorização das possibilidades. Em casa os afetos se expressam de forma mais primitiva, contaminados pelos significados atribuídos a doença, a fragilidade e a dependência tanto por parte do doente quanto por seus cuidadores.
- 12) Sim, mas considero que esse reconhecimento é ambíguo. Por um lado eles acreditam e valorizam, tanto é que retornam regularmente, semanalmente, durante anos para o tratamento. A adesão ao tratamento é um marcador de sua eficácia. Por outro lado, duvidam, pois como se trata de uma doença progressiva, que frustra as expectativas de cura e os efeitos do tratamento são sutis, os cuidadores tendem a não valorizar. A eficácia do tratamento se encontra em manter determinados platôs de funcionalidade por algum tempo, enquanto a

atenção dos cuidadores se atém aos déficits, ao desgaste da dependência progressiva.

- 13) A participação da família é fundamental. Primeiro porque é ela que garante a frequência do paciente e a continuidade do tratamento. Segundo porque a organização do ambiente cotidiano do paciente é o principal fator, podendo se configurar como um estímulo estressor ou apaziguador, e isso depende inteiramente da organização e desejo da família. Tanto o cuidador familiar quanto o contratado têm o seu lugar e podem atuar como agentes facilitadores ou obstáculos. O cuidador familiar é uma referência da própria identidade do paciente, funciona como sua memória auxiliar, pois guarda uma narrativa da história compartilhada, O vínculo afetivo funciona como um continente protetor para o paciente diante da perda progressiva das referências de si, e nutre o desejo de cuidar que minimiza o estresse e aumenta a resiliência. Obviamente isso só se dá em casos de relações nutridas por afetos positivos. Por outro lado, esse vínculo afetivo, deixa o cuidador familiar mais vulnerável ao sofrimento diante da degeneração do outro, o leva a vivenciar sentimentos de perda progressiva e demanda que faça um trabalho de luto a cada estágio de evolução da doença e antecipado frente ao futuro, o que pode aumentar as resistências e levar a uma desistência antecipada quando não trabalhado.

Por sua vez, o cuidador contratado precisa construir um vínculo com a pessoa sob sua responsabilidade e com a família; precisa conhecer progressivamente os códigos expressivos individuais do paciente; conhecer sua história, suas habilidades e hábitos; precisa ter conhecimentos que o habilite a manter uma vigilância atenta, mas não opressiva; etc.

Cada um ocupa um lugar fundamental na construção da rede de cuidados e precisam aprender a se ajudar mutuamente para oferecer ao paciente o melhor ambiente e estímulos.

Teoricamente esse ideal parece possível, mas é no cotidiano que as possibilidades e limites de cada sujeito se apresenta e interfere na qualidade dos cuidados.

- 14) De maneira geral, não. A expectativa de que o paciente mantenha um desempenho compatível com o anterior, a impaciência, a tendência a fazer pelo paciente, a infantilização, a exigência de que as regras do jogo sejam

respeitadas, a rigidez, a pouca criatividade no uso dos materiais para aproveitar os aspectos que podem beneficiar o paciente.

15) Querida, não entendi essa pergunta.

## ANEXO 4

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial em idosos. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador  
Fernanda Benevides Zanela  
*Fernanda Benevides Zanela*

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, *Ren Valeria de Sousa Apolinario*, RG *12.919.288-8*, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Rio de Janeiro, *20* de *Setembro* de 2010.

Nome: *Ren Valeria de Sousa Apolinario*

Assinatura do sujeito ou responsável: *Ren Valeria de Sousa Apolinario*

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial em idosos. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador  
Fernanda Benevides Zanela



#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, ALEXANDRE KUSZER  
RG 12455587-3, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Local e data Rio de Janeiro, 05, 01, 2011

Nome: ALEXANDRE KUSZER

Assinatura do sujeito ou responsável: 

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial em idosos. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador

Fernanda Benevides Zanela

Fernanda Benevides Zanela

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, Fabiana Levi, RG 08602138-3 IFF,

abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2010.

Nome: Fabiana Levi

Assinatura do sujeito ou responsável: Fabiana Levi

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial em idosos. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador

Fernanda Benevides Zanela

Fernanda Benevides Zanela

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, Fortunee Norma Niqui, RG 3.961.155, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2010.

Nome: Fortunee Norma Niqui

Assinatura do sujeito ou responsável: 

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador  
Fernanda Benevides Zanela

Fernanda Benevides Zanela

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, Kelly Cristina Atalaia da Silva,  
RG 16479253 SPMG, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Local e data Rio de Janeiro / 17 / 11 / 2010 /

Nome: KELLY CRISTINA ATALAI DA SILVA

Assinatura do sujeito ou responsável: 

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

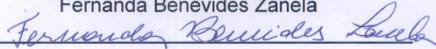
Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial em idosos. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador

Fernanda Benevides Zanela

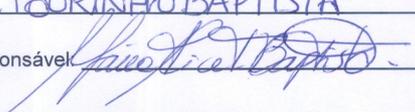


#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, MARIA ALICE T. BAPTISTA, RG 09602892-3, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Rio de Janeiro, 09 de NOVEMBRO de 2010.

Nome: MARIA ALICE TOURINHO BAPTISTA

Assinatura do sujeito ou responsável 

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador  
Fernanda Benevides Zanela

*Fernanda Benevides Zanela*

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ,  
RG 32619905-8, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Local e data Rio de Janeiro / 18 / 03 / 2011 /

Nome: PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ

Assinatura do sujeito ou responsável: *Priscila de Azeredo Muniz*

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial em idosos. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador

Fernanda Benevides Zanela

Fernanda Benevides Zanela

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, Rita de Cássia Maria Ribeiro, RG 02958.084.2, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2010.

Nome: Rita de Cássia Maria Ribeiro

Assinatura do sujeito ou responsável: Rita Ribeiro

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador

Fernanda Benevides Zanela

*Fernanda Benevides Zanela*

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, *Rociley de Almeida Aued*,  
RG *130914164-1*, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Local e data *Rio de Janeiro, 21, 12, 2010*

Nome: *Rociley de Almeida Aued*

Assinatura do sujeito ou responsável: *Rociley de Almeida Aued*

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial em idosos. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador

Fernanda Benevides Zanela

Fernanda Benevides Zanela

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, Simony Rufino de Souza, RG 623.948-1 M.B., abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Rio de Janeiro, 09 de NOVEMBRO de 2010.

Nome: Simony Rufino de Souza

Assinatura do sujeito ou responsável: Simony Rufino de Souza

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo

Pesquisador Responsável : Fernanda Benevides Zanela

Telefone para contato: (21) 84720263 / (21) 3327 5239

Prezado participante, estamos realizando uma pesquisa intitulada "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo". O nosso interesse em estudar o tema é pesquisar o desenvolvimento e utilização de jogos que buscam diminuir a velocidade de progressão das perdas cognitivas de funções de vida diária causadas pela síndrome demencial em idosos. Sendo assim, solicitamos a sua colaboração na pesquisa, informando-lhe que a mesma não lhe trará custos ou riscos, e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem qualquer prejuízo. O sujeito da pesquisa deverá consentir ao pesquisador a utilização dos resultados da pesquisa para divulgação em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Nome e Assinatura do pesquisador

Fernanda Benevides Zanela

Fernanda Benevides Zanela

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, VIRGÍNIA LÚCIA REIS MAFFIOLETTI, RG 340.444 - SSP-RN, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Aplicação de jogos para idosos com demência frente ao déficit cognitivo" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fernanda Benevides Zanela sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade

Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2010.

Nome: VIRGÍNIA LÚCIA REIS MAFFIOLETTI

Assinatura do sujeito ou responsável: Virgínia Lúcia Reis Maffioletti

## ANEXO 5

Miniexame ((MMSE) do estado mental: teste cognitivo utilizado como elemento prático de triagem mais amplamente utilizado. É composto de uma escala de 19 ítems com 30 pontos, que pode ser realizado em 10 minutos.

Tabela 25-4 • MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

DOMÍNIO COGNITIVO	ESCORE MÁXIMO
ORIENTAÇÃO	
Identificar o (ano) (estação do ano) (data) (dia da semana) ( mês)	5
Identificar a (cidade) (estado) (país) (hospital) (andar)	5
REGISTRO	
Citar 3 objetos:1 segundo para dizer cada. Em seguida, pedir ao paciente para repetir todos os 3 que você citou. Dar 1 ponto para cada resposta correta. Repeti-los até que os 3 sejam memorizados. Contar as tentativas e registrar o número das mesmas	3
ATENÇÃO E CÁLCULO	
Subtrair 7 de 100 (sucessivamente até 5 respostas)	5
Alternativamente, soletrar a palavra MUNDO de trás para frente	
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO	
Perguntar pelos 3 objetos supra-repetidos. Dar ponto 1 ponto para cada resposta correta	3
LINGUAGEM E ATIVIDADE PRÁTICA	
Mostrar um lápis e um relógio e pedir ao paciente que nomeie os mesmos	2
Pedir ao paciente para repetir a seguinte frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá”	1
Pedir ao paciente para seguir comando de três etapas: “Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e ponha-o no chão	3
Pedir ao paciente para seguir o comando escrito: “Feche os olhos”	1
Pedir ao paciente para “escrever uma sentença”	1
Pedir ao paciente para “copiar o desenho” (pentágonos entrelaçados)	1

Um escore de 25 ou mais significa uma função cognitiva íntegra.  
Adaptado de: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: “The Mini-Mental State”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-198.

(CECIL,2005, p.133)

## ANEXO 6

Escala clínica de demência (CDR). O CDR avalia cognição e comportamento, além da influência das perdas cognitivas na capacidade de realizar adequadamente as atividades de vida diária. Segundo Almeida “A escala tem como objetivo avaliar o nível de comprometimento em seis categorias funcionais: memória, orientação, juízo e resolução de problemas, assuntos comunitários, atividades domésticas e *hobbies* e cuidado pessoal. O CDR é eminentemente descritivo e cada uma das categorias pode ser graduada em cinco níveis distintos: (0) saudável, (0,5) questionável, (1) leve, (2) moderado, (3) grave.”

### CDR – escala clínica de demência

#### CDR de Hughes CLINICAL DEMENTIA RATING

Demência	Nenhuma CDR 0	Questionável CDR 0,5	Leve CDR 1	Moderada CDR 2	Grave CDR 3
<b>Memória</b>	Sem perda da memória; esquecimento inconstante	Esquecimento leve consistente, relembra parcialmente eventos. “Esquecimento Benigno”.	Perda moderada da memória, mais acentuada para eventos recentes. Interferência nas atividades da vida diária.	Perda grave da memória; com retenção apenas de dados fortemente consolidados, novos dados são rapidamente perdidos.	Perda grave da memória; apenas fragmentos permanecem.
<b>Orientação</b>	Orientação plena.	Orientação plena, exceto dificuldade branda com datas.	Dificuldade moderada com datas, orientado quanto ao “espaço” onde se realiza o exame; pode apresentar desorientação geográfica.	Dificuldade grave com datas; desorientação usual quanto ao tempo. Permanece quanto ao espaço.	Orientação apenas em relação a pessoas.
<b>Julgamento e resolução de problemas</b>	Resolve problemas do dia-a-dia, incluindo atividades comerciais e financeiras; capacidade de julgamento adequado quando comparada ao desempenho anterior.	Incapacidade leve para resolver problemas, identificar similaridades e diferenças.	Dificuldade moderada no manejo de problemas, identificação de similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente preservado.	Enorme incapacidade para manejar problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social comprometido.	Incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas.
<b>Assuntos Comunitários</b>	Funcionalmente independente ao nível usual de trabalho, compras, atividades voluntárias e grupos sociais.	Leve incapacidade nestas atividades.	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, ainda que possa se engajar em algumas. Parece normal quando casualmente inspecionado.	Sem pretensão de manter funções independentes fora do domicílio. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora do domicílio.	Parece muito doente para ser levado para fora do domicílio.
<b>Atividades domésticas e passatempo</b>	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual bem mantidos	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual levemente comprometidos.	Incapacidade leve, porém definitiva, para atividades do lar. Abandono de atividades mais difíceis e passatempos complicados. Outros interesses abandonados.	Somente as ações simples estão preservadas; interesse restrito.	Ausência de atividades significantes no domicílio.
<b>Cuidado Pessoal</b>	Plenamente capaz de manter auto-cuidados.	Plenamente capaz de manter auto-cuidados.	Necessita de “incentivo”.	Requer assistência no vestuário, higiene e manejo de itens pessoais.	Requer muita ajuda no cuidado pessoal; Incontinência freqüente.

“A afetação da área da “memória” tem prioridade para a determinação do estado geral. Se até outras três áreas são qualificadas abaixo ou com a mesma pontuação que a memória, o grau de afetação desta é que afetará o estado geral. Se três ou mais categorias se graduam acima da qualificação da memória, então predomina a pontuação daquelas para a definição do estado geral.” (Hughes *et al*, 1982).

## ANEXO 7

Fonte dos sites da *internet* de onde foram retiradas as figuras utilizadas como apoio ilustrativo para visualização da concepção do jogo:

Banana. Disponível em [http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.imagensdahora.com.br/clipart/cliparts\\_imagens/10Gastronomia//banana\\_07.gif&imgrefurl=http://www.imagensdahora.com.br/clipart/cliparts\\_path/3589/banana\\_07/&usg=\\_\\_fiiqsKh1zudrEdr6VIMGhIVBr3Q=&h=228&w=360&sz=17&hl=pt-br&start=7&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=SqELU84FEt-cKM:&tbnh=77&tbnw=121&prev=/images%3Fq%3Ddesenho%2Bde%2Bbanana%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.imagensdahora.com.br/clipart/cliparts_imagens/10Gastronomia//banana_07.gif&imgrefurl=http://www.imagensdahora.com.br/clipart/cliparts_path/3589/banana_07/&usg=__fiiqsKh1zudrEdr6VIMGhIVBr3Q=&h=228&w=360&sz=17&hl=pt-br&start=7&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=SqELU84FEt-cKM:&tbnh=77&tbnw=121&prev=/images%3Fq%3Ddesenho%2Bde%2Bbanana%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1). Acesso em dezembro de 2010;

Bombeiro. Disponível em [http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://3.bp.blogspot.com/\\_pvGrSre10gU/Shv8RJ5tS6I/AAAAAAAAAFA/18I3zVWK2W8/s320/bombeiro.gif&imgrefurl=http://sobalismo.blogspot.com/2009/05/manuel-jose-arquitecto-ou-bombeiro.html&usg=\\_\\_xY8AOaNXLXefHiNB04-AACbRXMA=&h=286&w=320&sz=55&hl=pt-br&start=66&zoom=1&itbs=1&tbnid=PV1FNTSK6xSm9M:&tbnh=105&tbnw=118&prev=/images%3Fq%3Dbombeiro%26start%3D54%26hl%3Dpt-br%26sa%3DN%26gbv%3D2%26ndsp%3D18%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://3.bp.blogspot.com/_pvGrSre10gU/Shv8RJ5tS6I/AAAAAAAAAFA/18I3zVWK2W8/s320/bombeiro.gif&imgrefurl=http://sobalismo.blogspot.com/2009/05/manuel-jose-arquitecto-ou-bombeiro.html&usg=__xY8AOaNXLXefHiNB04-AACbRXMA=&h=286&w=320&sz=55&hl=pt-br&start=66&zoom=1&itbs=1&tbnid=PV1FNTSK6xSm9M:&tbnh=105&tbnw=118&prev=/images%3Fq%3Dbombeiro%26start%3D54%26hl%3Dpt-br%26sa%3DN%26gbv%3D2%26ndsp%3D18%26tbs%3Disch:1). Acesso dezembro de 2010;

Cachorro. Disponível em [http://www.colorirgratis.com/desenho-de-cao-jovem-feliz-movendo-a-cauda\\_1566.html](http://www.colorirgratis.com/desenho-de-cao-jovem-feliz-movendo-a-cauda_1566.html). Visitado em janeiro de 2011;

Chave . Disponível em [http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://2.bp.blogspot.com/\\_sC52jyeJv0w/SrGv8C1qkxI/AAAAAAAABLE/ACwIwjc0fPM/s320/chave-de-ouro.jpg&imgrefurl=http://arteoriginaldeanaproque.blogspot.com/2009\\_09\\_17\\_archive.html&usg=\\_\\_x5D7ieQe\\_lauy-IPyaPe7sCp1HE=&h=320&w=320&sz=9&hl=pt-br&start=32&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=JM7QBwhDvUZAzM:&tbnh=118&tbnw=118&prev=/images%3Fq%3Dchave%26start%3D18%26um%3D1%26hl%3Dpt-](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://2.bp.blogspot.com/_sC52jyeJv0w/SrGv8C1qkxI/AAAAAAAABLE/ACwIwjc0fPM/s320/chave-de-ouro.jpg&imgrefurl=http://arteoriginaldeanaproque.blogspot.com/2009_09_17_archive.html&usg=__x5D7ieQe_lauy-IPyaPe7sCp1HE=&h=320&w=320&sz=9&hl=pt-br&start=32&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=JM7QBwhDvUZAzM:&tbnh=118&tbnw=118&prev=/images%3Fq%3Dchave%26start%3D18%26um%3D1%26hl%3Dpt-)

br%26sa%3DN%26ndsp%3D18%26tbs%3Disch:1. Acesso em dezembro de 2010.

Copo. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.historiasbiblicas.advir.com/despecies/peciais/copo%2520vazio.jpg&imgrefurl=http://www.historiasbiblicas.advir.com/despecies/&usg=\\_\\_cCW7JaVZStIR2pEQX4nfL9M\\_GIo=&h=693&w=420&sz=22&hl=pt-br&start=12&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=kcbN1fTMZdDMDM:&tbnh=139&tbnw=84&prev=/images%3Fq%3Dcopo%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.historiasbiblicas.advir.com/despecies/peciais/copo%2520vazio.jpg&imgrefurl=http://www.historiasbiblicas.advir.com/despecies/&usg=__cCW7JaVZStIR2pEQX4nfL9M_GIo=&h=693&w=420&sz=22&hl=pt-br&start=12&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=kcbN1fTMZdDMDM:&tbnh=139&tbnw=84&prev=/images%3Fq%3Dcopo%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1). Acesso em janeiro de 2010;

Fechadura. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://thumbs.dreamstime.com/thumb\\_180/188584145znH2Y6.jpg&imgrefurl=http://blasfemias.net/2010/03/02/o-verdadeiro-buraco-da-fechadura/&usg=\\_\\_wtdFgDwYyWH9ToHYpgFCu\\_52v6U=&h=300&w=300&sz=49&hl=pt-br&start=10&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=HPPrJbi2muRsRM:&tbnh=116&tbnw=116&prev=/images%3Fq%3Dburaco%2Bda%2Bfechadura%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://thumbs.dreamstime.com/thumb_180/188584145znH2Y6.jpg&imgrefurl=http://blasfemias.net/2010/03/02/o-verdadeiro-buraco-da-fechadura/&usg=__wtdFgDwYyWH9ToHYpgFCu_52v6U=&h=300&w=300&sz=49&hl=pt-br&start=10&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=HPPrJbi2muRsRM:&tbnh=116&tbnw=116&prev=/images%3Fq%3Dburaco%2Bda%2Bfechadura%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1). Acesso em janeiro de 2011;

Fio de tomada. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://jpn.icicom.up.pt/imagens/cidade/electricidade\\_tomada.jpg&imgrefurl=http://www.sempretops.com/tecnologia/a-energia-sem-ouso-dos-fios-esta-proxima/&usg=\\_\\_9qGeFcl4DiuF--yjQmQw-49LW\\_c=&h=300&w=400&sz=118&hl=pt-br&start=15&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=XPzgH4y-S196AM:&tbnh=93&tbnw=124&prev=/images%3Fq%3Dfio%2Bde%2Btomada%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://jpn.icicom.up.pt/imagens/cidade/electricidade_tomada.jpg&imgrefurl=http://www.sempretops.com/tecnologia/a-energia-sem-ouso-dos-fios-esta-proxima/&usg=__9qGeFcl4DiuF--yjQmQw-49LW_c=&h=300&w=400&sz=118&hl=pt-br&start=15&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=XPzgH4y-S196AM:&tbnh=93&tbnw=124&prev=/images%3Fq%3Dfio%2Bde%2Btomada%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1). Acesso em janeiro de 2011;

Guarda-chuva. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://3.bp.blogspot.com/\\_hX5CgnA1vaU/S-6dvWEB1bI/AAAAAAAAAIs/Iy\\_PoV89K\\_Y/s1600/guarda%2Bchuva%2Bcolorir.gif&imgrefurl=http://coloriralegria.blogspot.com/2010\\_05\\_01\\_archive.html&h=900&w=675&sz=50&tbnid=Du3aUg8BgBlapM:&tbnh=146&tbnw=110&prev=/images%3Fq%3Dguarda-chuva%2Bpara%2Bcolorir&zoom=1&q=guarda-chuva+para+colorir&hl=pt-](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://3.bp.blogspot.com/_hX5CgnA1vaU/S-6dvWEB1bI/AAAAAAAAAIs/Iy_PoV89K_Y/s1600/guarda%2Bchuva%2Bcolorir.gif&imgrefurl=http://coloriralegria.blogspot.com/2010_05_01_archive.html&h=900&w=675&sz=50&tbnid=Du3aUg8BgBlapM:&tbnh=146&tbnw=110&prev=/images%3Fq%3Dguarda-chuva%2Bpara%2Bcolorir&zoom=1&q=guarda-chuva+para+colorir&hl=pt-)

BR&usg=\_\_GQSnkmcTDap2F-  
iyK6VGU\_96F0w=&sa=X&ei=d0wjTZzhN4SB1AeK14WhDA&ved=0CCUQ9QEwB  
Q. Acesso em dezembro de 2010;

Maçã. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://claudia.abril.com.br/images/materias/receitas\\_maca.jpg&imgrefurl=http://claudia.abril.com.br/receitas/3676/&usg=\\_\\_Cm1UINpnlNvE5mAhoKLWwef0EeU=&h=265&w=250&sz=5&hl=pt-br&start=12&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=i4XJcYyH3s1QM:&tbnh=112&tbnw=106&prev=/images%3Fq%3Dma%25C3%25A7%25C3%25A3%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://claudia.abril.com.br/images/materias/receitas_maca.jpg&imgrefurl=http://claudia.abril.com.br/receitas/3676/&usg=__Cm1UINpnlNvE5mAhoKLWwef0EeU=&h=265&w=250&sz=5&hl=pt-br&start=12&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=i4XJcYyH3s1QM:&tbnh=112&tbnw=106&prev=/images%3Fq%3Dma%25C3%25A7%25C3%25A3%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1). Acesso em dezembro de 2010;

Médico. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.soniclear.com.br/produtos/vaporclear/imagens/desenho07.jpg&imgrefurl=http://www.soniclear.com.br/produtos/vaporclear/&usg=\\_\\_a0iNYn5m2t6WkCwnm38WIsG\\_Bu0=&h=236&w=236&sz=48&hl=pt-br&start=12&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=FlQKRQw4THpdUM:&tbnh=109&tbnw=109&prev=/images%3Fq%3Ddesenho%2Bde%2Bm%25C3%25A9dico%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.soniclear.com.br/produtos/vaporclear/imagens/desenho07.jpg&imgrefurl=http://www.soniclear.com.br/produtos/vaporclear/&usg=__a0iNYn5m2t6WkCwnm38WIsG_Bu0=&h=236&w=236&sz=48&hl=pt-br&start=12&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=FlQKRQw4THpdUM:&tbnh=109&tbnw=109&prev=/images%3Fq%3Ddesenho%2Bde%2Bm%25C3%25A9dico%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1). Visitado em dezembro de 2010;

Meias. Disponível em <http://colorirdesenhos.com/desenhos/1032-par-meias>. Acesso em dezembro de 2010;

Morango. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.belucorpo.com.br/\\_img/morango.jpg&imgrefurl=http://www.belucorpo.com.br/%3Fp%3DtratamentosCorporais&usg=\\_\\_O-VNOYIQMGabzK4ZMHZIfaazS34=&h=552&w=650&sz=74&hl=pt-br&start=5&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=Ucf-2CDA3htQxM:&tbnh=116&tbnw=137&prev=/images%3Fq%3Dmorango%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.belucorpo.com.br/_img/morango.jpg&imgrefurl=http://www.belucorpo.com.br/%3Fp%3DtratamentosCorporais&usg=__O-VNOYIQMGabzK4ZMHZIfaazS34=&h=552&w=650&sz=74&hl=pt-br&start=5&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=Ucf-2CDA3htQxM:&tbnh=116&tbnw=137&prev=/images%3Fq%3Dmorango%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1). Acesso em janeiro de 2011;

Óculos. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.blancodesigns.com.br/riscos\\_desenhos/acessorios/desenho\\_risco\\_olculos1-](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.blancodesigns.com.br/riscos_desenhos/acessorios/desenho_risco_olculos1-)

g.gif&imgrefurl=http://www.blancodesigns.com.br/desenhos\_riscos-  
acessorios2.htm&usg=\_\_qffR5gw-fMejQ-  
93tYyJ8Bnumkk=&h=311&w=694&sz=17&hl=pt-  
br&start=15&zoom=0&um=1&itbs=1&tbnid=\_Vn5Z02DGvNSTM:&tbnh=62&tbnw=  
139&prev=/images%3Fq%3Ddesenho%2Bde%2B%25C3%25B3culos%26um%3D1%  
26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1. Acesso em dezembro de 2011;

Ovos. Disponível em  
http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.revistaagromais.com.br/home/ag  
romais/public\_html/fotos\_noticias/ovos.jpg&imgrefurl=http://www.revistaagromais.co  
m.br/index.php%3Fgo%3Dmateria%26id%3D205&usg=\_\_ZpeWVI45pTPcGUADPX  
VYO\_T38qc=&h=299&w=450&sz=8&hl=pt-  
br&start=7&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=wqcTIYu8A2BYWM:&tbnh=84&tbnw=1  
27&prev=/images%3Fq%3Dovos%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1.  
Acesso em dezembro de 2010;

Pão de forma. Disponível em  
http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.receitas.mixplanet.com.br/image  
s/pao\_de\_forma.jpg&imgrefurl=http://www.receitas.mixplanet.com.br/receita.php%3Fi  
d\_cat%3D56%26id%3D230&usg=\_\_cxP9-  
mhW5sP2adfxi7eqIvRizrE=&h=350&w=543&sz=27&hl=pt-  
br&start=2&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=Kl-  
fio7yE0UpYM:&tbnh=85&tbnw=132&prev=/images%3Fq%3Dp%25C3%25A3o%2B  
de%2Bforma%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26sa%3DX%26tbs%3Disch:1. Acesso em  
dezembro de 2010;

Pente. Disponível em  
http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/\_Km8FquE0zo0/T  
NSltidlrI/AAAAAAAAAz4/Yvw\_rSp4khY/s1600/pente.jpg&imgrefurl=http://criancas  
nabagagem.blogspot.com/2010/11/dica-de-hospedagem-em-gravata-pe-e-  
um.html&usg=\_\_FBjjDCI4OL3UjteUNed3TyyC2BE=&h=960&w=400&sz=22&hl=pt-  
br&start=6&zoom=1&itbs=1&tbnid=BVIXXRChVpkVPM:&tbnh=148&tbnw=62&pre  
v=/images%3Fq%3Dfoto%2Bde%2Bpente%26hl%3Dpt-  
br%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1. Acesso em janeiro de 2011;

Policial. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://farm4.static.flickr.com/3154/3025283432\\_c1227ef855.jpg&imgrefurl=http://www.flickr.com/photos/ricardoterencio/page4/&usg=\\_\\_HX\\_kj\\_-lPlkxAgxtd1nnzSl09pc=&h=295&w=500&sz=78&hl=pt-br&start=18&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=RMYuC\\_iTcY9i2M:&tbnh=77&tbnw=130&prev=/images%3Fq%3Dilustra%25C3%25A7%25C3%25A3o%2Bde%2Bpolicial%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26sa%3DN%26ndsp%3D18%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://farm4.static.flickr.com/3154/3025283432_c1227ef855.jpg&imgrefurl=http://www.flickr.com/photos/ricardoterencio/page4/&usg=__HX_kj_-lPlkxAgxtd1nnzSl09pc=&h=295&w=500&sz=78&hl=pt-br&start=18&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=RMYuC_iTcY9i2M:&tbnh=77&tbnw=130&prev=/images%3Fq%3Dilustra%25C3%25A7%25C3%25A3o%2Bde%2Bpolicial%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26sa%3DN%26ndsp%3D18%26tbs%3Disch:1). Acesso em janeiro de 2011;

Sol, nuvem e nuvem com chuva do instrumento de orientação temporal. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.plevideo.com/quiz\\_images/1291231791-Clima.jpg&imgrefurl=http://www.plevideo.com/quiz\\_begin.php%3Fid%3D3089%26pagenum%3D1&usg=\\_\\_L--PfetLVo4EQKw6iLHPriI-1Dc=&h=283&w=400&sz=20&hl=pt-br&start=6&zoom=1&itbs=1&tbnid=BISMJd-belosYM:&tbnh=88&tbnw=124&prev=/images%3Fq%3Dclima%2B-sol%26hl%3Dpt-br%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.plevideo.com/quiz_images/1291231791-Clima.jpg&imgrefurl=http://www.plevideo.com/quiz_begin.php%3Fid%3D3089%26pagenum%3D1&usg=__L--PfetLVo4EQKw6iLHPriI-1Dc=&h=283&w=400&sz=20&hl=pt-br&start=6&zoom=1&itbs=1&tbnid=BISMJd-belosYM:&tbnh=88&tbnw=124&prev=/images%3Fq%3Dclima%2B-sol%26hl%3Dpt-br%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1). Acesso em janeiro de 2011.

Telefone. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.fashionbubbles.com/wp-content/uploads/2009/09/telefone-antigo-verde.jpg&imgrefurl=http://papopingaepetiscagem.blogspot.com/2010\\_04\\_01\\_archive.html&usg=\\_\\_SzbPlsX00vfXkKOyc7X4uQr0e68=&h=401&w=500&sz=85&hl=pt-br&start=2&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=LDGByHGWKsL3rM:&tbnh=104&tbnw=130&prev=/images%3Fq%3Ddesenho%2Bde%2Btelefone%2Bde%2Bdiscar%2Bantigo%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.fashionbubbles.com/wp-content/uploads/2009/09/telefone-antigo-verde.jpg&imgrefurl=http://papopingaepetiscagem.blogspot.com/2010_04_01_archive.html&usg=__SzbPlsX00vfXkKOyc7X4uQr0e68=&h=401&w=500&sz=85&hl=pt-br&start=2&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=LDGByHGWKsL3rM:&tbnh=104&tbnw=130&prev=/images%3Fq%3Ddesenho%2Bde%2Btelefone%2Bde%2Bdiscar%2Bantigo%26um%3D1%26hl%3Dpt-br%26tbs%3Disch:1). Acesso em janeiro de 2011;

Tomada. Disponível em  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.indox.com.br/images/EP\\_4201.jpg&imgrefurl=http://www.indox.com.br/product\\_info.php%3Fproducts\\_id%3D62%26osCsid%3D923a28e61b849b708609adee541fdcb&usg=\\_\\_tfaqHeP-Ekadve5-67Tfe3xolb8=&h=338&w=450&sz=10&hl=pt-br](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.indox.com.br/images/EP_4201.jpg&imgrefurl=http://www.indox.com.br/product_info.php%3Fproducts_id%3D62%26osCsid%3D923a28e61b849b708609adee541fdcb&usg=__tfaqHeP-Ekadve5-67Tfe3xolb8=&h=338&w=450&sz=10&hl=pt-br)

br&start=2&zoom=1&um=1&itbs=1&tbnid=eOB3jYtVzjtLAM:&tbnh=95&tbnw=127  
&prev=/images%3Fq%3Despelho%2Bde%2Btomada%26um%3D1%26hl%3Dpt-  
br%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1. Acesso em dezembro de 2010.

## 18. Referências bibliográficas

ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. *Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática*. São Paulo. Editora artes médicas. 2006;

ALBORNOZ, S. G. “Jogo e trabalho – do Homo Ludens, de Johann Huizinga ao Ócio Criativo, de Domenico De Mais”. *Caderno de Psicologia social do trabalho*. Vol.12 Número 1, p. 75-92. 2009. Disponível em e <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v12n1/v12n1a07.pdf> . Acesso em 18 de agosto de 2010;

ALMEIDA, Osvaldo P.; NITRINI, Ricardo, *et al.* *Demência*. 2ª tiragem: abril, 1998. São Paulo: Fundação Byk, 1995;

ALMEIDA, J.C.; CIPULLO, J.P.; COSTA, E.F.A.; *et al.* “Semiologia do Idoso” *In* PORTO. *Semiologia Médica*. 5. ed. Parte 2. Capítulo 9. Goiânia. Guanabara-Koogan. 2005;

ALMEIDA, P. N. *Educação Lúdica - Técnicas e jogos pedagógicos*. 11 ed. novembro de 2003. São Paulo Brasil. Edições Loyola. 1974;

ANDREWS, Garry A. Los Desafíos del proceso de envejecimiento em las sociedades de hoy e del futuro *In*: ENCUESTRO LATINOAMEROCANO E CARIBEÑO SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD. 1999. Santiago. Anais. Santiago: CELADE, 2000. P.247-256 (Seminarios y Conferencias- CEPAL, 2). *Apud* - IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Estudos & pesquisas – informação demográfica e socioeconômica. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro. 2002. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>, acesso em 28 de junho de 2010;

ARAGON, D.F.; CARVALHO, L.A.V.; COSTA, R. M. E. M. “Novas tecnologias computacionais na reabilitação cognitiva”. *3er. Simposio Argentino de Informática y Salud* – *SADIO*. 2000. Disponível em

[http://www.unifra.br/professores/anabonini/tecnologias\\_reabilitacao.pdf](http://www.unifra.br/professores/anabonini/tecnologias_reabilitacao.pdf). Acesso em 20 de dezembro e 2010;

ARNOLDI, M.A.G.C; ROSA, M.V.F.P.C. *A entrevista na pesquisa qualitativa - mecanismo para a validação de resultados*. Belo Horizonte. Ed. Autêntica. 2006;

ÁVILA, R.; MIOTTO, E. “Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer”. *Revista de Psiquiatria Clínica*. V.29, n.4, pp.190-196. 2002. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n4/pdf/190.pdf>. Acesso em 14 de setembro de 2010;

BACK, N. [et al]. *Projeto integrado de produtos: planejamento, concepção e modelagem*. Barueri. São Paulo. Manole. 2008;

BARTHOLO Jr, R. dos S. “Solidão e liberdade: notas sobre contemporaneidade de Wihelm vom Humbold”. Capítulo 2. In: Marcel Burszty. (Org.). *Ciência, Ética e Sustentabilidade*. 1 ed. Capítulo 2. São Paulo. Editora Cortez, 2001;

BARTHOLO Jr, R. dos S; TACCA, M. C. V. R.; TUNES, E. “O professor e o ato de ensinar”. *Cadernos de Pesquisa*, v. 35, n. 126, p. 689-698, set./dez. 2005;

Bastos, A.C.M.S; Ribeiro, R.C.M; Kuszer, A; Maffioletti, V.L.R; Nigri, F.N.; Baptista, M.A.T. “Modelo de intervenção neuropsicológica do centro dia (CDA/IPUB) - O uso de jogos nas oficinas de estimulação cognitiva”. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*. X Congresso Brasileiro de Neuropsicologia. V.1, n.2, p.53. 2009;

BENENZON, R. *Musicoterapia - De la teoria a La práctica*. Barcelona. Paídos. 2000. Apud .”*Musicoterapia como tratamento complementar do mal de Alzheimer*”. II Congresso Íbero-americano de psicogerontologia - subjetividade, cultura e poder. Centro de Musicoterapia Benenzon. São Paulo - Brasil. 2007. Disponível em [http://geracoes.org.br/arquivos\\_dados/foto\\_alta/arquivo\\_1\\_id-142.pdf](http://geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-142.pdf). Acesso em 10 de agosto de 2010;

BERSCHI, R. “Introdução à tecnologia assistiva”. CEDI - Centro especializado em desenvolvimento infantil. Porto Alegre. RS. 2008. <http://www.assistiva.com.br/Introducao%20TA%20Rita%20Bersch.pdf>, Acesso em 03 de abril de 2010;

BIRD, T.D. “Doença de Alzheimer e outras demências primárias”. Volume 2, parte 14 seção 2. In BRAUNWALD, E.; FAUCI, A.S.; ISSELBACHER, K.J. et al. *Harrison - Medicina Interna volume 1*. 14 ed. Rio de Janeiro. Editora McGraw-Hill Companies. 1998;

BIRD, T.D. “Perda da memória e demência”. Volume 1, parte 2, seção 3. In BRAUNWALD, E.; FAUCI, A.S.; ISSELBACHER, K.J. et al. *Harrison - Medicina Interna volume 1*. 14 ed. Rio de Janeiro. Editora McGraw-Hill Companies. 1998;

BOTTINO, C. M. de C.; ALMEIDA, O. P. “Demência: Quadro clínico e critérios diagnósticos” Capítulo 1. In ALMEIDA, O. P.; NITRINI, R., [et AL]. *Demência*. São Paulo. Fundação Byk. 1995; ALMEIDA, Osvaldo P.; NITRINI, Ricardo, et al. *Demência*. 2ª tiragem: abril, 1998. São Paulo: Fundação Byk, 1995;

BUENO, O.F.A. “Antelóquio” In ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. *Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática*. Editora artes médicas. São Paulo. 2006;

CAILLOIS, R. *Os jogos e os homens*. Tradução da edição de 1967. Lisboa: Portugal. Edições Cotovia.1990;

CANCELA, D. M. G. *O processo de envelhecimento*. Trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto. 2007. Disponível em “O portal dos psicólogos” <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Acesso em 25 de julho de 2010;

CAVALCANTI, K. B.; DA SILVA, C. C.; DO AMARAL, M. R. F; Linhares, I. L. L; *Contemplando o jardim das delícias de Bosch: um diálogo com Huizinga e Caillois*. 14

ENAREL. UNISC. Santa Cruz do Sul – RS - Brasil. 2002. Disponível em [http://www.redcreacion.org/documentos/enarel14/Mt\\_el04.html#\\_ftn1](http://www.redcreacion.org/documentos/enarel14/Mt_el04.html#_ftn1). Acesso em 17 de agosto de 2010;

CECIL. *Tratado de medicina interna*. Editado por Lee Goldman, Dennis Ausiello; Rio de Janeiro: Elsevier, 2005;

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis – RJ. Ed, Vozes. 2006;

CHRISTENSEN et al, C.C. (1996). Alexandr Romanovisch Luria (1902-1077). Contributions to neuropsychological rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*. 6 (4): 297 – 304. *Apud* ABRISQUETA -GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. *Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática*. São Paulo. Editora artes médicas. 2006;

COOK, A.M. & HUSSEY, S. M. *Assistive Technologies: Principles and Practices*. St.Louis, Missouri. Mosby - Year Book, Inc. 1995. *Apud* BERSCHI, R. “Introdução à tecnologia assistiva”. *CEDI - Centro especializado em desenvolvimento infantil*. Porto Alegre. RS. 2008. <http://www.assistiva.com.br/Introducao%20TA%20Rita%20Bersch.pdf>, Acesso em 03 de abril de 2010;

CORDE, Comitê de Ajudas Técnicas, ATA VII. Disponível em [http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/comite\\_at.asp](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/comite_at.asp). Acesso em 04 de março de 2008;

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. “Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia”. *Revista da Universidade Federal de Goiás*. Vol. 5, N. 2, dez 2003 on line ([www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br)). Disponível em [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/envelhecimento.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html). Acesso em 3 de fevereiro de 2010;

CRUZ, T.J.P.; SÁ, S.P.C. “Estimulação cognitiva com idoso portador de demência: uma estratégia realizada junto ao cuidador”. *1º Simpósio de Geriatria e Gerontologia*

*JEM e VI Jornada Gerontológica*. Texto 12. 2009. Disponível em [http://www.saude.sp.gov.br/resources/cri/resumo\\_de\\_trabalho/i\\_\\_simposio\\_ipgg\\_-\\_issn\\_2176-6185\\_-\\_estimulacao\\_cognitiva\\_com\\_idoso\\_portador\\_de\\_demencia\\_-\\_selma\\_petra\\_chaves\\_sa\\_-\\_105.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cri/resumo_de_trabalho/i__simposio_ipgg_-_issn_2176-6185_-_estimulacao_cognitiva_com_idoso_portador_de_demencia_-_selma_petra_chaves_sa_-_105.pdf). Acesso em 14 de novembro de 2010;

DE PAULA, J. dos A. ; ROQUE, F. P. ; ARAÚJO, F. S. de. “Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer”. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. Universidade Federal de ciências de saúde de Alagoas. V.57, n.4, pp.283-287. 2008. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852008000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000400011).

Visitado em 05 de agosto de 2010;

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens*. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre. Artmed. 2006;

DÉTINNE, F.; MARTIN, G., LAVIGNE, E. 2004. “Viewpoint in co-design: a fieldstudy in concurrent engineering”. *Design Studies*, n. 26. pp. 215-241. *Apud* LANGENBACH, M.L. *Além do apenas funcional inovação social e design de serviços na realidade brasileira*. M.Sc. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Jun/2008. [http://www.ivt-rj.net/ivt/bibli/marcos\\_lins\\_langenbach.pdf](http://www.ivt-rj.net/ivt/bibli/marcos_lins_langenbach.pdf); visitado em 4 de março de 2010;

DILLER L.; GORDON WA. (1981). Rehabilitation and clinical neuropsychology. In SB Filskov, TJ Boll (orgs.) *Handbook of clinical neuropsychology* (p. 702-733) New York: Wiley. *Apud* ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. *Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática*. São Paulo. Editora artes médicas. ISBN: 85-367-0041-6. 2006;

DRUMOND, F.B.; FILHO. L.D.R.M. “Desdobramento da qualidade (QD): captando a voz do cliente para construir a tabela de desdobramento das qualidades exigidas.” In CHENG, L. C.; FILHO, L. D. R. M. *QFD - Desdobramento da Função Qualidade na Gestão de Desenvolvimento de Produtos*. LOCAL. Editora: Edgard Blucher, 2007;

FICHMAN, H. C. “Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento”. Associação Brasileira de Psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V.27, n.1, pp.

79-82. São Paulo. Mar/ 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462005000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462005000100017&script=sci_arttext). Acesso em 27 de maio de 2010;

FULFARO, M. O que é Terapia Ocupacional? São Paulo. 5 de julho de 2009. Disponível em <http://www.marianaterapeutaocupacional.com/o-que-e-terapia-ocupacional/>. Acesso em 27 de julho de 2010;

GALVÃO FILHO, T. A.; DAMASCENO, L. L. *Tecnologia assistiva em ambiente computacional: recursos para autonomia e inclusão sócio-digital da pessoa com deficiência*. Programa InfoEsp: Premio Reina Sofia 2007 de Rehabilitación y Integración. “Tecnologia assistiva em ambiente computacional: recursos para autonomia e inclusão sócio-digital da pessoa com deficiência”. In: *Boletín Del Real Patronato Sobre Discapacidad, Ministerio de Educación, Política Social e Deporte, Madri, Espanha*. N. 63, p. 14-23. Abril/ 2008. Disponível em [http://www.galvaofilho.net/Programa\\_InfoEsp\\_2009.pdf](http://www.galvaofilho.net/Programa_InfoEsp_2009.pdf). Acesso em 14 de agosto de 2010;

GARRIDO R.; MENEZES P. R. “Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico”. *Revista de Saúde Pública*. V.38, n.6, pp.835-841. 2004 Disponível em [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000600012&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600012&lng=en). doi: 10.1590/S0034-89102004000600012. Acesso em 08 de julho de 2010;

GODOY, A. S. “Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades”. *Revista de administração de empresas*. São Paulo. V.35, n.2, pp.57-63. Mar/Abr. 1995b. Disponível em [http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/392\\_pesquisa\\_qualitativa\\_godoy.pdf](http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/392_pesquisa_qualitativa_godoy.pdf). Acesso em 14 de agosto de 2010;

GODOY, A. S. “Pesquisa Qualitativa – tipos fundamentais”. *Revista de administração de empresas*. São Paulo V.35, n.3, pp.20-29. Mai/Jun. 1995a. Disponível em

[http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/392\\_pesquisa\\_qualitativa\\_godoy2.pdf](http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/392_pesquisa_qualitativa_godoy2.pdf). Acesso em 14 de agosto de 2010;

GUIMARÃES RM. Os compromissos da Geriatria, cap. 1, 1-6, 2004. In GUIMARÃES RM; CUNHA, UGV. Sinais e sintomas em Geriatria, 2ª edição. Editora Ateneu, São Paulo, 2004. *Apud* ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática. Editora artes médicas. ISBN: 85-367-0041-6. São Paulo. 2006;

GUIMARÃES RM. Os compromissos da Geriatria, cap. 1, 1-6, 2004. In GUIMARÃES RM; CUNHA, UGV. Sinais e sintomas em Geriatria, 2ª edição. Editora Ateneu, São Paulo, 2004. *Apud* SIILVA, S.L.; TOMAZ, C.A.B. “Reabilitação neuropsicológica da memória em idosos” *In* ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática. Editora artes médicas. São Paulo. 2006;

HOWARD, J. “Toward Participatory Ecological Design of Technological Systems”. *Design Issues*. V.20, n. 3, pp.40-53. Summer 2004. Disponível em Portal Periódicos CAPES - [http://link.periodicos.capes.gov.br/sfxIcl3?url\\_ver=Z39.88-2004&url\\_ctx\\_fmt=infofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx\\_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore\\_date\\_threshold=1&rft.object\\_id=954925542205&svc.fulltext=yes](http://link.periodicos.capes.gov.br/sfxIcl3?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=infofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=954925542205&svc.fulltext=yes). Acesso em 11 de janeiro de 2011;

HUGHES C.P; Berg L.; Danziger W.L.;Cohen L.A.; Martin, R.L. “A new clinical scale of dementia”. *Br. J. Psychiatry*. 1982. 140:566 -72. Tradução de Almeida e Nitrini (1995). *Apud* Questionário de anamnese – Modelo Gedarni. Centro de medicina do idoso. Hospital universitário de Brasília. Disponível em [http://www.gedarni.com.br/attachments/049\\_CDR+Hughes.pdf](http://www.gedarni.com.br/attachments/049_CDR+Hughes.pdf). Acesso em 23 de julho de 2010;

HUIZINGA, J. *Homo Ludens*. 4 ed. Editora Perspectiva. São Paulo, 2000. Disponível em [http://www.4shared.com/document/VysQ5Cxm/Johan\\_Huizinga\\_-\\_Homo\\_Ludens.htm](http://www.4shared.com/document/VysQ5Cxm/Johan_Huizinga_-_Homo_Ludens.htm). Acesso em 14 de julho de 2010;

IIDA, I. *Ergonomia – projeto e produção*. 5ª reimpressão. Brasil. São Paulo. Editora Edgard Blüncher.1998;

JONES, E.G. Plasticity and neuroplasticity. *J. Hist. Neurosci.*, v.9, n.1, p.37-9, 2000. *Apud* ORTEGA, F. “Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral”. *Botucatu. Interface.* V.13, n.31, pp. 247-260. Out./Dez 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci_arttext). Acesso em 25 de julho de 2010;

JORM, A.F.; KORTEN, A.E; HENDERSON, A.S. “The prevalence of demence: a quantitative integration of the literature.” *Acta Psychiat Scand.* 76:465-479. *Apud* ALMEIDA, Osvaldo P.; NITRINI, Ricardo, *et al.* *Demência*. 2ª tiragem: abril, 1998. São Paulo: Fundação Byk, 1995;

KAPLAN E. (1998). A process to approach to neuropsychological assessment. In: TB Boll, BK Bryant (orgs.). *Clinical neuropsychology and brain function: Research measurement and practice* (p.129-167). Washington DC: American Psychological Association. *Apud* ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. *Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática*. São Paulo. Editora artes médicas. 2006;

KRASNER, L. BEHAVIOR. Therapy. *Ann. Ver. Physical* 22:983-532-1971. *Apud* CAMARA, V D; GOMES, S. dos S.; RAMOS, F. [*et al.*]. “Reabilitação cognitiva das demências”. *Revista brasileira de neurologia*. V. 45, n. 1, pp:22-33. Jan-fev-mar/ 2009. Disponível em <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090400/510880-LILACS-UPLOAD.pdf>. Acesso em 19 de outubro de 2010;

LANGENBACH, M.L. *Além do apenas funcional inovação social e design de serviços na realidade brasileira*. M.Sc. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Jun/2008. [http://www.ivt-rj.net/ivt/bibli/marcos\\_lins\\_langenbach.pdf](http://www.ivt-rj.net/ivt/bibli/marcos_lins_langenbach.pdf); visitado em 4 de março de 2010;

LE GOFF, J. *Os intelectuais na idade média*. 3a edição. São Paulo, Brasiliense, 1993. *Apud*. Marcel Bursztyrn. (Org.). *Ciência, Ética e Sustentabilidade*. 1 ed. São Paulo. Editora Cortez. 2001;

Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf> . Acesso em 19 de outubro de 2010;

LEVY, R. “Declínio cognitivo associado ao envelhecimento”. Capítulo 10. *In* ALMEIDA, Osvaldo P.; NITRINI, Ricardo, *et al. Demência*. 2ª tiragem: abril, 1998. São Paulo: Fundação Byk, 1995;

LOPES, A. *Os desafios da gerontologia no Brasil*. Campinas - SP: Alínea, 2000. *Apud* NETTO, F. L. de M.. “Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso”. Periódico Pensar a prática . V. 7, n.1, pp. 75-84. Mar/ 2004. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fe/article/viewFile/67/6>. Acesso em 13 de dezembro de 2009;

LURIA A. R.(1963). Restoration of function after brain trauma. London. Pergamom. *Apud* ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. *Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática*. São Paulo. Editora artes médicas. 2006;

MANZINI, E. 2007a, “1. Sustainability: systemic change and social learning process”, <http://www.producao.ufrj.br/design.isds/material.htm>. *Apud* LANGENBACH, M.L. *Além do apenas funcional inovação social e design de serviços na realidade brasileira*. M.Sc. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Jun/2008. [http://www.ivt-rj.net/ivt/bibli/marcos\\_lins\\_langenbach.pdf](http://www.ivt-rj.net/ivt/bibli/marcos_lins_langenbach.pdf). Acesso em 4 de março de 2010;

MELO, J.P.C. “Tendências redesign - O retorno de ícones que fizeram história na indústria automobilística”. *Revista AutoDiário*. Out/2007. Disponível em <http://www.autodiario.com.br/conteudo/tendencias-redesign>. Acesso em 12 de outubro de 2010;

MESSA, A. A. *O impacto da doença crônica na família*. (s.d). Disponível em <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>. Acesso em 03 de maio de 2010;

MIRMIRIAN, M.; VAN SOMEREN, E.J.W.; SWAAB, D.F. – Is Brain Plasticity 6 Preserved During Aging and in Alzheimer’s Disease? Behavioural Brain Research 78: 3-48, 1997. Apud ÁVILA, R.; MIOTTO, E. “Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer”. Revista de Psiquiatria Clínica. V.29, n.4, pp.190-196. 2002. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n4/pdf/190.pdf>. Acesso em setembro de 2010;

NASRI, F. O “Envelhecimento populacional no Brasil”. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. Revista Einstein. V.6, n.1, pp. 54-58. 2008. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>. Acesso em 15 de julho de 2010;

NETTO, F. L. M. – Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fe/article/viewFile/67/66>. Acesso em 13 de dezembro de 2009;

NUNES, O. *Os jogos como estímulos dos processos mentais saudáveis*. Maio de 2010. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/37472/1/-Os-jogos-como-estimulos-dos-processos-mentais-saudaveis-/pagina1.html>. Visitado em 17 de agosto de 2010;

OLIVEIRA, M. K. VYGOTSKY – Aprendizado e desenvolvimento: Um processo sócio histórico. Editora Scipione. 1991. Disponível em [http://www.4shared.com/document/bgxFj0Ra/Vygotsky\\_aprendizado\\_e\\_desenvo.htm](http://www.4shared.com/document/bgxFj0Ra/Vygotsky_aprendizado_e_desenvo.htm). Visitado em 13 de julho de 2010;

OLNEY, J. Exercise may be key to keeping your brain fit. Abc7news.com. 24 fev. 2006 Disponível em [www.abclocal.go.com/kgo/story?section=assignment\\_7&id=3939370](http://www.abclocal.go.com/kgo/story?section=assignment_7&id=3939370)>. Acesso em 5ju. 2008. Apud ORTEGA, F. “Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral”. Botucatu. *Interface*. V.13, n.31, pp. 247-260. Out./Dez 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci_arttext). Acesso em 25 de julho de 2010;

ORTEGA, F. “Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral”. Botucatu. *Interface*. V.13, n.31, pp. 247-260. Out./Dez 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci_arttext). Acesso em 25 de julho de 2010;

PASCALE, M. A. *Ergonomia e Alzheimer: a contribuição dos fatores ambientais como recurso terapêutico nos cuidados de idosos portadores da demência do tipo Alzheimer*. M.Sc.Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis. 2002. Disponível em [http://www.maxipas.com.br/principal/pub/anexos/20080806060041ergonomia\\_alzheimer\\_maria\\_a\\_pascale.pdf](http://www.maxipas.com.br/principal/pub/anexos/20080806060041ergonomia_alzheimer_maria_a_pascale.pdf). Acesso em 8 de agosto de 2010;

PATTON, M.Q. *Qualitative evaluation na research methods*. London: Sage, 1990. *Apud* ARNOLDI, M.A.G.C; ROSA, M.V.F.P.C. *A entrevista na pesquisa qualitativa - mecanismo para a validação de resultados*. Belo Horizonte. Ed. Autêntica. 2006;

PÉREZ, C. A.; CARRAL, J. M. C. Benefits of physical exercise for older adults with Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*, v. 29, n. 6, p. 384-391, nov.-dez. 2008. Disponível Portal Periódicos CAPES [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6WG2-4V34H7N-8-1&\\_cdi=6810&\\_user=687336&\\_pii=S0197457207004004&\\_origin=search&\\_coverDate=12%2F31%2F2008&\\_sk=999709993&view=c&wchp=dGLbVIW-zSkzk&md5=a39ac9fe2ef8b6c8e737dcfd0a6772d2&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WG2-4V34H7N-8-1&_cdi=6810&_user=687336&_pii=S0197457207004004&_origin=search&_coverDate=12%2F31%2F2008&_sk=999709993&view=c&wchp=dGLbVIW-zSkzk&md5=a39ac9fe2ef8b6c8e737dcfd0a6772d2&ie=/sdarticle.pdf). Acesso em 25 de julho de 2010;

PICCOLO, G. M. “O universo lúdico proposto por Caillois”. Universidade Federal de São Carlos. *Revista Digital* - Buenos Aires, Ano 13, n.127, dez/2008. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd127/o-universo-ludico-proposto-por-caillois.htm>. Acesso em 24 de agosto de 2010;

POPPEL E. & VON STEINBÜCHEL N. (1992). Neuropsychological rehabilitation from a theoretical point of view. *In* N Von Steinbüchel DY, Von Cramon, E Poppel (orgs). *Neuropsychological Rehabilitation* (p. 83 – 119). Berlin: Springer-Verlag. ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. *Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática*. São Paulo. Editora artes médicas. 2006;

PRIGATANO GP. (1997). Learning from our successes and failures: Reflections and comments on “Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be”. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3:497-499. *Apud* ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. *Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática*. São Paulo. Editora artes médicas. 2006;

PROENÇA, D. J. “Critérios para o uso de jogos pedagógicos”. Enegep 2003. XXIII. Pp.1-8. Encontro nacional de engenharia de produção. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. Outubro de 2003. Disponível em [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003\\_TR1104\\_1643.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR1104_1643.pdf). Acesso em setembro de 2010;

RIBEIRO, L. da C. C.; ALVES, P. B.; MEIRA, E. P. “Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento”. Minas Gerais. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. V.8, n.2, pp. 220-227. 2009. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/8202>. Acesso em 13 de dezembro de 2009;

ROSA, L. C. dos S. *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003. *Apud* Góes, A. R. M.; do Carmo, L, H, M. “Cuidadora de Portador de Transtorno Mental. Um Foco de Análise”. *Serviço Social em Revista*. Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina. V. 7, n.2. Jan/Jul 2005. Disponível em <http://www.ssrevista.uel.br/c-v7n2.htm>. Acesso em 5 de agosto de 2010;

SACKS, O. *Alucinações musicais - Relatos sobre a música e o cérebro*. Companhia das letras. São Paulo. 2007;

SANTIN, S. *Educação Física: da alegria do lúdico à opressão do rendimento*. Porto Alegre: EST/ESEF-UFRGS. *Apud* CAVALCANTI, K. B.; DA SILVA, C. C.; DO AMARAL, M. R. F; Linhares, I. L. L.; “Contemplando o jardim das delícias de Bosch: um diálogo com Huizinga e Caillois”. 14 ENAREL. UNISC. Santa Cruz do Sul – RS - Brasil. 2002. Disponível em

[http://www.redcreacion.org/documentos/enarel14/Mt\\_el04.html#\\_ftn1](http://www.redcreacion.org/documentos/enarel14/Mt_el04.html#_ftn1). Visitado em 17 de agosto de 2010;

SCHWARTZ, J.M.; BEGLEY, S. *The mind & the brain: neuroplasticity and the power of mental force*. New York: HarperCollins, 2002. *Apud* ORTEGA, F. “Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral”. Botucatu. *Interface*. V.13, n.31, pp. 247-260. Out./Dez 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci_arttext). Acesso em 25 de julho de 2010;

SELLTIZ, C.; JAHODA; DEUTSCH; COOK. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. Capítulo 7: Coleta de dados II Questionários e entrevistas. Tradução de Dante Moreira Leite. 3ª reimpressão. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo. 1974;

SPAR, J. E.; LA RUE, A. “Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica”. Lisboa. Climepsi. 2005. *Apud* CANCELA, D. M. G. *O processo de envelhecimento*. Trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto. 2007. Disponível em “O portal dos psicólogos” <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Acesso em 25 de julho de 2010;

STRAUSS, A; CORBIN, J. *Pesquisa Qualitativa – Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª. Porto Alegre. Ed. Artmed. 2008;

TEICHERT, N.W. *The brain fitness exercises being tested improve seniors' mental abilities*. 2005. Disponível em: [www.sacbee.com/content/news/story/13790575p-14632268c.html](http://www.sacbee.com/content/news/story/13790575p-14632268c.html). Acesso em: 1 jun. 2006. *Apud* ORTEGA, F. “Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral”. Botucatu. *Interface*. V.13, n.31, pp. 247-260. Out./Dez 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci_arttext). Acesso em 25 de julho de 2010;

TINTNER R.J; WEINER MF; BONDE FJ (1990). *The dementia Workup*. In *The dementias: diagnosis and Management* (ed. M.F. Weiner). American Psychiatric Press, Washington, D.C. *Apud* ALMEIDA, Osvaldo P.; NITRINI, Ricardo, *et al. Demência*. 2ª tiragem: abril, 1998. São Paulo: Fundação Byk, 1995;

ULLMAN, D.G. The mechanical Design Process. McGraw-Hill Professional, 2002. *Apud* CAMPOS, F.; MALCHER, F.; MOURA, L.; XIMENES, M. “Redesign de jogos clássicos”. SBGames2008 - VII Simposion on computer Games and Digital Entertainment. Universidade Federal de Pernambuco. Belo Horizonte. Minas Gerais. Novembro. 2008. Disponível em <http://200.169.53.89/download/CD%20congressos/2008/SBGames/HTML/anais/ad/papers/p07.pdf>. Acesso em 13 de outubro de 2010;

VIEIRA, E.B. Manual de Gerontologia. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. *Apud* NETTO, F. L. de M.. “Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso”. Periódico Pensar a prática. V. 7, n.1, pp. 75-84. Mar/2004. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/viewFile/67/6>. Acesso em 13 de dezembro de 2009;

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. 4ª Ed. Brasileira. São Paulo-SP. Martins Fontes Editora LTDA. 1991. Disponível em 4 *Shared - Free file sharing* [http://www.4shared.com/get/5IvJw-dL/Vygotsky\\_-\\_A\\_formao\\_social\\_da\\_.html;jsessionid=20029A77D0B513EC356C4416E1AC9584.dc](http://www.4shared.com/get/5IvJw-dL/Vygotsky_-_A_formao_social_da_.html;jsessionid=20029A77D0B513EC356C4416E1AC9584.dc) 214. Acessado em 23 de dezembro de 2010;

VYGOTSKY, L.S. Obras escogidas V Fundamentos de defectología. Editorial Pedagógica. Moscú. 1983;

WANNMACHER, L. “Demência: evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos”. *In Uso racional de medicamentos. Temas selecionados*. Brasília. OPAS. 2005. V.2, n.4. *Apud* WANNMACHER, L. “Medicina Paleativa: cuidados e medicamentos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados”. Brasília. *Ministério da saúde*. V. 5, n.1. Dezembro de 2007. Disponível em [http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/V5N1\\_DEZ2007\\_MEDICINA\\_PALIATIVA.pdf](http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/V5N1_DEZ2007_MEDICINA_PALIATIVA.pdf). Acesso em 10 de agosto de 2010;

WEILLER, C.; RIJNTJES, M. Learning, plasticity, and recovery in the central nervous system. *Exp. Brain Res.*, v.128, n.1-2, p.134-8, 1999. *Apud* ORTEGA, F.

“Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral”. Botucatu. *Interface*. V.13, n.31, pp. 247-260. Out./Dez 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400002&script=sci_arttext). Acesso em 25 de julho de 2010;

WILSON, B.A. – Reabilitação das Deficiências Cognitivas, In: NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; MANSUR, L.L. Neuropsicologia das Bases Anatômicas à Reabilitação. Clínica Neurológica HCFMUSP, São Paulo, pp. 314-43, 1996. Apud ÁVILA, R.; MIOTTO, E. “Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer”. *Revista de Psiquiatria Clínica*. V.29, n.4, pp.190-196. 2002. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n4/pdf/190.pdf>. Acesso em 14 de setembro de 2010;

WILSON, B.A.. 1989. *Models of cognitive rehabilitation*. In: RL Woo, P Eames (orgs.) *Modelo of Brain Injury rehabilitation* (pp.147-141). London: Chapman e Hall. Apud ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. *Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática*. São Paulo. Editora artes médicas. 2006;

WILSON, B.A.. 1997. *Cognitive Rehabilitation: how it is and how it might be (Critical Review)*. JINS, 3:487-496. Apud ABRISQUETA-GOMES, J.; DOS SANTOS, F. H. *Reabilitação Neuropsicológica da teoria à prática*. São Paulo. Editora artes médicas.2006;

YACUBIAN, Juliana. “Grupos Psicoeducacionais para familiares”. *ABRATA (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e portadores de Trandornos afetivos)*. 2009. Disponível em <http://www.abrata.org.br/site/artigos/artigos.asp?vLink=artigos&artigoId=12>. Acesso em 05 de maio de 2010.