

Produção científica e atuação profissional:

Aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional

Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2021

Produção científica e atuação profissional:

Aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional

Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Produção científica e atuação profissional: aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional

Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P964 Produção científica e atuação profissional: aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional / Organizadora Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-476-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.761212809>

1. Fisioterapia. 2. Terapia ocupacional. I. Ferrari, Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa (Organizadora). II. Título.

CDD 615.82

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária. A fisioterapia e a terapia ocupacional fazem parte dessas equipes e a cada dia que passa a inserção e o papel do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional crescem e são imprescindíveis no trabalho multiprofissional.

Olhar para o paciente através dos olhos de uma equipe e trabalho multiprofissional torna o atendimento humanizado e os resultados positivos e satisfatórios são vistos mais rapidamente.

Neste E-book “Produção científica e atuação profissional: Aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional” trazemos como objetivo a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que compõe seus capítulos. O volume abordará de forma categorizada, interdisciplinar e multiprofissional, através de demandas atuais de conhecimento, trabalhos, pesquisas, e revisões de literatura nas áreas de fisioterapia e terapia ocupacional.

Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para a exposição e divulgação dos resultados científicos.

Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa Ferrari

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO PULMONAR EM TEMPOS DE COVID- 19

Érika Lopes Muniz da Silva
Ana Clara Silva Dourado
Cinara de Souza Nunes
Bianca Lima Machado
Ingrid Liberato Schoellkopf
Wesley Salviano de Souza
Gabriela Ataidés de Oliveira
Flávia Miquetichuc Nogueira Nascente
Luciana Zaranza Monteiro
Albênica Paulino dos Santos Bontempo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128091>

CAPÍTULO 2..... 16

COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS DOS PACIENTES COM POLITRAUMATISMO EM UM HOSPITAL EM SANTO ANDRÉ: ESTUDO RETROSPECTIVO

Cintia Freire Carniel
Bruna Santiago
Michael da Silva Siqueira
Tatiana Gonçalves dos Reis
Cláudia Lunardi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128092>

CAPÍTULO 3..... 30

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA MÁXIMA DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

Odinésio Felipe da Silva Oliveira
Alexandra Batista da Silva
Carla Jeane Aguiar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128093>

CAPÍTULO 4..... 41

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA NO CONTEXTO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NA ÊNFASE EM CUIDADOS CRÍTICOS

Mariane Inês Bolson Moro
Bruna Luciano Farias
Raphael Maciel da Silva Caballero

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128094>

CAPÍTULO 5..... 55

A PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Caliandre Izuel Custódio Castro

Ketlen de Paula Souza

Adália Lopes da Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128095>

CAPÍTULO 6..... 68

EFEITOS DOS EXERCÍCIOS FISIOTERAPEUTICOS EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Sérgio Henrique da Rocha Sousa

Waylla Marya da Rocha Soares

Jaína da Silva Araújo

Luana da Cruz da Silva Santos

Liana Osório Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128096>

CAPÍTULO 7..... 76

CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Gabriela Cavalcanti de Vitta

Cintia Freire Carniel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128097>

CAPÍTULO 8..... 87

O PALHAÇO: UM PROFISSIONAL DA ARTETERAPIA QUE CONTRIBUI PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Denise Garófalo Fonseca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128098>

CAPÍTULO 9..... 100

PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES DE IDOSOS PERANTE A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

Thais Torri Bottari

Aline Sarturi Ponte

Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7612128099>

CAPÍTULO 10..... 114

ANÁLISE DOS ASPECTOS COGNITIVOS DE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO RIO GRANDE DO SUL, RS, BRASIL

Eduardo Jardim Fagundes Villas Bôas

Miriam Cabrera Corvelo Delboni

Aline Sarturi Ponte

Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280910>

CAPÍTULO 11..... 133

ANÁLISE DAS REDES DE APOIO SOCIAL DE IDOSO ATIVOS

Danielle dos Santos Cutrim Garros
Camila Megumi Kanashiro Azevedo
Camila Boarini dos Santos
Aila Narene Dawache Criado Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280911>

CAPÍTULO 12..... 145

O USO DA PLATAFORMA *TIMOCCO*® COM CLIENTE NEUROLÓGICO ADULTO NA TERAPIA OCUPACIONAL – ESTUDO DE CASO

Gilma Corrêa Coutinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280912>

CAPÍTULO 13..... 155

O USO DA TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DA ESPASTICIDADE APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Diogo Ramon Nascimento de Oliveira
Inajara Meireles Barbosa Paiva
Renata Figueiredo Anomal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280913>

CAPÍTULO 14..... 166

A ARTETERAPIA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA NA SAÚDE

Tânia Mara Mattiello Rossetto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280914>

CAPÍTULO 15..... 172

USO DE ÓLEOS ESSENCIAIS COMO PRINCÍPIO ATIVO EM LOÇÕES FITOTERÁPICAS

Elis Regina Pastre de Carvalho
Magaly Jandrey
Aline Cristina Giachini
Alexsandra Correia Baumgartner
Ricardo Awane Nóbile
Jocimar Tomaz
Juliano Ferreira de Lima
Gesiel Motta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280915>

CAPÍTULO 16..... 180

SUICÍDIO: A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA PREVENTIVA

Ana Laura Passos de Magalhães
Sulthane Joshua Santos Sousa
Anna Paula Nogueira de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280916>

CAPÍTULO 17..... 183

EFEITOS DO EXERCÍCIO DE VIBRAÇÃO DE CORPO INTEIRO NOS SINTOMAS DA OSTEoarTRITE DE JOELHO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Rayssa Menezes de Carvalho
Luciana Pinheiro Miguel
Leonardo de Sousa Silva
Bianca de Moraes Tomaz
Carlos Alberto Maia Ponte
Marcia Cristina Moura-Fernandes
Mariel Patricio de Oliveira Junior
Marco Antonio de Souza Gama
Ana Carolina Coelho-Oliveira
Francisco José Salustiano da Silva
Mario Bernardo-Filho
Danúbia da Cunha de Sá-Caputo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280917>

CAPÍTULO 18..... 201

EFEITOS DA HIDROTERAPIA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR FIBROMIALGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Paula Lemos Ribeiro
Maria Beatriz Cardoso Magalhães Damasceno
Mariana dos Anjos Furtado de Sá

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.76121280918>

SOBRE O ORGANIZADORA 210

ÍNDICE REMISSIVO..... 211

CAPÍTULO 10

ANÁLISE DOS ASPECTOS COGNITIVOS DE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO RIO GRANDE DO SUL, RS, BRASIL

Data de aceite: 01/09/2021

Data de submissão: 28/08/2021

Eduardo Jardim Fagundes Villas Bôas

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Santa Maria, RS, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-5244-133X>.

Miriam Cabrera Corvelo Delboni

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Santa Maria, RS, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5049-4561>.

Aline Sarturi Ponte

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Santa Maria, RS, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4775-3467>

Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Santa Maria, RS, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-3778-1598>.

RESUMO: O envelhecimento da população mundial traz novos desafios para as diferentes áreas, em especial para a saúde fazendo emergir discussões sobre como promover o bem-estar no envelhecimento humano. O objetivo deste é analisar os aspectos cognitivos de idosos participantes de um grupo de convivência. Este estudo é de natureza descritiva, quantitativa; a amostra foi composta por idosos frequentadores do grupo de convivência do Serviço Social do Comércio (Sesc). Para a coleta de dados foi utilizado uma entrevista

semiestruturada e o *Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised (ACE-R)*. Participaram nove idosos, observa-se que a maioria são mulheres (66,6%), a média de idade foi de 71 anos, a maioria tem companheiro (55,6%), ensino fundamental completo (55,5%), dois filhos (44,4%) e mantem contato regular com estes (88,8%), a maioria tem renda acima de cinco salários mínimos (44,4%), o meio de locomoção mais referido foi a pé (77,7%). Em relação a condições cognitivas os idosos participantes apresentaram resultados satisfatórios no ACE-R. Os idosos participantes relacionaram a cognição a memória, ao conhecimento, as experiências vividas, a organização da rotina, aos sentimentos e a interação social. Consideram a sua memória relativamente boa e atribuem este resultado a sua participação em um grupo de convivência. Referem que este espaço é motivador, que contribui para a socialização, auto estima, diversão e para conhecer pessoas e lugares novos. Sendo assim, percebe-se que os idosos participantes apresentaram desempenhos significativos em relação à cognição, indicando que a participação em grupos de convivência pode melhorar o desempenho cognitivo dos idosos.

PALAVRAS - CHAVE: Cognição. Idosos. Grupos de convivência.

ANALYSIS OF THE COGNITIVE ASPECTS OF ELDERLY PARTICIPANTS IN A COEXISTENCE GROUP OF A CITY IN THE CENTRAL REGION OF RIO GRANDE DO SUL, RS, BRAZIL

ABSTRACT: The world's ageing population brings new challenges for different areas, in particular for health, bringing out discussions on how to promote well-being in human ageing. The objective of this is to analyze the cognitive aspects of elderly participants in a coexistence group. This study is of descriptive, quanti-qualitative nature; the sample was composed by elderly participants of the coexistence group of the Commerce Social Service (Sesc). For the collection of data it was used a semi-structured interview and the Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised (ACE-R). Nine elderly people participated, it is observed that the majority are women (66.6%), the average age was 71 years, the majority has a partner (55.6%), complete primary education (55.5%), two children (44.4%) and maintains regular contact with them (88.8%), the majority has income above five minimum wages (44.4%), the most referred means of locomotion was on foot (77.7%). Regarding cognitive conditions, the elderly participants presented satisfactory results in the ACE-R. The elderly participants related cognition to memory, knowledge, lived experiences, routine organization, feelings and social interaction. They consider their memory relatively good and attribute this result to their participation in a coexistence group. They say that this space is motivating, that it contributes to socialization, self esteem, fun and to meet new people and places. Thus, it is perceived that the elderly participants presented significant performances in relation to cognition, indicating that the participation in coexistence groups can improve the cognitive performance of the elderly.

KEYWORDS: Cognition. Elderly. Coexistence groups.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial traz novos desafios para as diferentes áreas de conhecimento, em especial para a da saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2015) a população mundial com mais de 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050, trazendo à tona discussões sobre como prevenir as doenças crônicas e promover o bem-estar da terceira idade (OMS, 2005).

Diante desta alteração demográfica fez-se necessário pensar políticas que visem o bem-estar e qualidade de vida da população que está envelhecendo. Frente a esta realidade, em 2005 a OMS criou a Política do Envelhecimento Ativo com a finalidade de auxiliar os governantes a pensar em estratégias para melhorar a qualidade de vida da população, especialmente das pessoas idosas (OMS, 2005).

Atualmente o termo envelhecimento ativo é entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança. Segundo a definição apresentada pela OMS, a palavra “ativo” não se refere somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho, mas expressa a possibilidade de os idosos disporem de uma participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis. Assim, o envelhecimento ativo tem como objetivo promover a

saúde mental e as relações sociais, aumentando a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas, com foco na autonomia e independência durante o processo de envelhecimento (OMS, 2005).

Sabe-se que as capacidades funcionais são influenciadas pelas perdas dos processos cognitivos, como o tempo de reação, a memória de curto prazo, a memória de trabalho e a atenção. Spirduso (2005), aponta que estimular o processo cognitivo é essencial para promover a independência, autonomia e qualidade de vida dos idosos. Lousa (2016), acrescenta que a estimulação cognitiva permite o desenvolvimento das habilidades cognitivas necessárias para controlar e regular os pensamentos, emoções e ações, ressaltando que o funcionamento cognitivo do idoso está relacionado ainda com a sua saúde e bem-estar psicológico, sendo este um fator importante para o processo de envelhecimento ativo. Dentre os benefícios da estimulação cognitiva tem-se que as atividades promotoras de estimulação mental contribuem para a prevenção do declínio cognitivo (CHARIGLIONE; JANCZURA, 2013) e reduzem os riscos de desenvolvimento da doença de Alzheimer (WILSON et al, 2002).

Rabelo e Neri (2013), ressaltam que as intervenções em grupos são importantes para o cuidado com a população idosa, pois auxiliam no enfrentamento dos desafios do envelhecimento e na descoberta de suas potencialidades. Como benefícios deste tipo de intervenção Mendizábal e Cabornero (2004), apontam as trocas sociais, aprendizagens, estímulos das capacidades cognitivas, apoio emocional, favorecimento de sentimentos positivos, compartilhamento de preocupações, dúvidas e medos, proporcionando assim soluções criativas para os problemas enfrentados no cotidiano dos idosos.

Os grupos de convivência se originaram a partir das experiências desenvolvidas na Europa nos anos 60 (PORTELLA, 2004). Já no Brasil, a primeira experiência de grupos de convivência ocorreu no Serviço Social do Comércio – SESC/Carmo em 1963, cuja cidade pioneira foi São Paulo (OLIVEIRA; CABRAL, 2004). Assim, Oliveira e Cabral (2004) apontam que o Serviço Social do Comércio (SESC) é um dos precursores desses grupos no Brasil, sendo um dos principais expoentes que mais crescem em relação ao número de instituições voltadas para o desenvolvimento de atividades com idosos. Camarano e Pasinato (2004) também se reportam à iniciativa pioneira do SESC São Paulo quanto à criação dos grupos de convivência de idosos no Brasil. De acordo com os autores, o SESC implementou centros de convivência em 25 estados brasileiros, o que representa um atendimento à cerca de 100 mil idosos.

A partir da década de 70, os grupos de convivência se multiplicaram no Brasil. De acordo com os autores, estes grupos podem ser tanto em centros de convivência, como clubes, associações comunitárias, paróquias, centros de saúde, grupos da terceira idade e instituições de ensino. Os grupos de convivência de idosos são espaços organizados e propícios à promoção da saúde e qualidade de vida, reconhecendo-os sobretudo no que diz respeito ao acesso às políticas sociais e aos direitos garantidos por lei (BORGES et al.,

2008).

Diante das reflexões apresentadas, este estudo tem como objetivo analisar os aspectos cognitivos de idosos participantes de um grupo de convivência.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, quanti-qualitativa. Este estudo respeitou os preceitos éticos apontados na Resolução n. 466/12, sendo submetido e protocolado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade onde este foi realizado e aprovado sob parecer número 3.046.810.

Este estudo foi realizado em uma unidade do Serviço Social do Comércio (Sesc) de um município do interior do Rio Grande do Sul. Neste espaço são realizadas atividades com foco na cultura, esporte, turismo, saúde, educação e ação social. Dentro das ações sociais do Sesc, encontra-se o Sesc Maturidade Ativa, que foi criado em 2003. Este grupo de convivência tem como objetivo promover a qualidade de vida e o envelhecimento ativo de idosos. No programa, os participantes reúnem-se para conviver, se divertir, confraternizar, aprender, desenvolver seus potenciais, além de realizar trabalhos comunitários e solidários. Trata-se de um movimento social organizado que tem por missão construir um novo significado social para o envelhecimento, valorizando o papel do idoso na sociedade contemporânea e estimulando a realização de trabalhos comunitários e a prática da responsabilidade social individual (SESC, 2017).

O grupo de Maturidade Ativa do Sesc conta com 125 idosos matriculados, sendo que destes apenas 80 possuem um cadastro ativo e participam das atividades oferecidas pela instituição. Dentro das possibilidades de atividades regulares oferecidas pelo grupo, estão: jogo de bocha, câmbio, canastra, dança, oficina de percussão, coral e Terapia Ocupacional. Estas atividades são ofertadas durante a semana, em ambos os turnos.

Para delinear a amostra do estudo foram respeitados os seguintes critérios de inclusão: i) idosos com idade igual ou acima de 60 anos; ii) de ambos os sexos, iii) participantes do grupo de convivência Maturidade Ativa do Sesc a mais de 6 meses; iv) que aceitem participar do estudo e; v) que tivessem disponibilidade e aceitassem receber a visita do pesquisador para apresentar a proposta do estudo e realização da coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: i) apresentem condições sensoriais e cognitivas incompatíveis aos questionamentos do estudo; ii) idade inferior a 60 anos e; iii) não disponibilidade e aceitação em receber a visita do pesquisador.

A amostra deste estudo é uma amostra não probabilística intencional, sendo assim os participantes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e com a disponibilidade para participar da coleta de dados. Ressalta-se que antes de iniciar a coleta os objetivos do estudo foram apresentados ao grupo de idosos e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE).

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2018 e os instrumentos utilizados foram um questionário sócio demográfico, uma entrevista semiestruturada e o *Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised* (ACE-R). A coleta de dados foi realizada em três etapas, para possibilitar uma melhor compreensão por parte dos idosos e para evitar situações de desconforto ou sensação de cansaço para os mesmos. Assim, agrupou-se as questões que tangem ao perfil sócio demográfico na etapa 1, as questões que tangem os aspectos subjetivos às queixas de idosos quanto a sua cognição na etapa 2, e as questões que tangem os domínios cognitivos (atenção e orientação, memória, fluência, linguagem e habilidades visuais/espaciais) na etapa 3, sendo esse último medido pelo instrumento ACE-R.

Na etapa 1, questionário sócio demográfico, este avalia os indicadores de um envelhecimento bem-sucedido (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). Neste questionário são coletados dados demográficos relativos à: idade, sexo, número de filhos e netos. Com relação aos dados sociais, o levantamento compreende: escolaridade, trabalho, profissão, situação previdenciária, renda familiar, arranjo conjugal, meio de transporte, religião, condição de moradia, limitação física, condição de saúde, administração de casa e capacidade para movimentação de conta bancária.

Na etapa 3, foi realizada uma entrevista semiestruturada. Nesta foram coletados os seguintes dados: i) o que você entende por cognição?; ii) você tem alguma queixa relacionada a sua cognição (memória, atenção, concentração)?; iii) como você descreve a sua memória nos dias de hoje? Dê uma nota; iv) quais os benefícios que a participação no grupo de convivência lhe proporciona?; v) você considera que o grupo ajuda a melhorar os aspectos cognitivos? Por que? e; vi) o que você entende por diversão (lazer)? Quais as principais atividades de lazer?

Na etapa 3, utilizou-se o ACE-R, foi traduzido, validado e revisado e adaptado transculturalmente para a população idosa brasileira em 2007. O ACE-R é um instrumento sensível para detectar demência em estágio leve, principalmente na discriminação entre Doença de Alzheimer e Demência Frontotemporal (CARVALHO; CARAMELLI, 2007).

O ACE-R consiste de uma bateria de avaliação cognitiva breve, que varia de 0 a 100 pontos, sendo 78 pontos a nota de corte para diagnóstico de Doença de Alzheimer. Possui cinco domínios, cada um com uma pontuação específica, que são eles: Atenção e Orientação (pontuação total de 18 pontos e nota de corte de 17 pontos); Memória (pontuação total de 26 pontos e nota de corte de 15 pontos); Fluência (pontuação total de 14 pontos e nota de corte de 8 pontos); Linguagem (pontuação total de 26 pontos e nota de corte de 22 pontos) e Visuo-Espacial (pontuação total de 16 pontos e nota de corte de 13 pontos) (CARVALHO; CARAMELLI, 2007).

Os dados quantitativos foram armazenados no *Microsoft Office Excel* 2010 e a análise foi processada no *Software Statistica* 9.1. Foi realizada a análise descritiva dos

dados, considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados qualitativos foram analisados seguindo os conceitos da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009). Para preservar as identidades dos participantes, os trabalhadores foram codificados como “Participantes 1”, “Participante 2”, “Participante 3” e assim consecutivamente com todos os entrevistados.

3 | RESULTADOS

Participaram deste estudo nove idosos frequentadores de um Grupo de Maturidade Ativa de uma unidade do Sesc. Destes a maioria dos idosos participantes é do sexo feminino (66,6%), as faixas etárias predominantes foram de 67 a 72 (33,3%) e 73 a 77 (33,3%) anos de idade, sendo que a média de idade foi de 71 anos. Em relação a situação civil a maioria dos participantes tinha um companheiro (55,6%). Ao serem questionados sobre o nível de escolaridade, observa-se que a maioria tem ensino fundamental (55,5%). A maioria dos participantes tem dois filhos (44,4%) e mantém contato regular com os filhos (88,8%). A maioria dos participantes tem a renda acima de cinco salários mínimos. Em relação a saúde, a maioria referir ter algum problema de saúde (66,6%) (Tabela 1).

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	6	66,6
Masculino	3	33,4
Faixa etária		
55 a 60	1	11,1
61 a 66	1	11,1
67 a 72	3	33,3
73 a 77	3	33,3
78 a 82	1	11,1
Estado civil		
Possui companheiro	5	55,6
Não possui companheiro	4	44,4
Escolaridade		
Ensino fundamental	5	55,5
Ensino médio	3	33,4
Superior	1	11,1
Quantidade de filhos		
Nenhum	1	11,1
Um	3	33,4
Dois	4	44,4

Quatro	1	11,1
Contato com os filhos		
Filhos visitam	8	88,8
Não tem filhos	1	11,1
Renda		
Até 1 salário Mínimo	3	33,4
De 1 a 2 salários mínimos	1	11,1
De 3 a 4 salários mínimos	1	11,1
Acima de 5 salários mínimos	4	44,4
Tem problema de saúde		
Sim	6	66,6
Não	3	33,4

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos idosos participantes (n=9).

Fonte: elaborada pelos autores.

Na Tabela 2 pode-se observar a relação entre a idade e o sexo dos participantes. A maioria dos idosos participantes deste estudo tem idade entre 67 e 72 (33,3%) anos e 73 e 77 anos (33,3%) e a maioria são mulheres (Tabela 2).

Idade	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
55 a 60	1	11,1	0	0	1	11,1
61 a 66	1	11,1	0	0	1	11,1
67 a 72	2	22,2	1	11,1	3	33,3
73 a 77	2	22,2	1	11,1	3	33,3
78 a 82	0	0	1	11,1	1	11,1
Total	6	66,6	3	33,3	9	100

Tabela 2 – Relação entre Idade e Sexo (n=9).

Fonte: elaborada pelos autores.

Os nove idosos participantes foram questionados sobre o meio de locomoção que utilizam, pode-se observar a prevalência do deslocamento a pé (77,7), seguida do ônibus (66,6), carro (44,4) e táxi (11,1), conforme descrito na Tabela 3. Ressalta-se que todos os idosos participantes deste estudo referiram manter um estilo de vida ativo.

Locomoção	Frequência (n)	Porcentagem (%)
A pé	7	77,7
Ônibus	6	66,6
Carro	4	44,4
Táxi	1	11,1

Tabela 3 – Meios de locomoção referidos pelos idosos participantes.

Fonte: elaborada pelos autores.

Na Tabela 5, estão descritas as pontuações alcançadas pelos participantes nos cinco domínios, pode-se observar que a pontuação mínima foi de 69 e a máxima foi de 99 pontos. A maioria dos idosos (P1, P2, P3, P5, P6, P7 e P9) alcançou pontuação acima de 85 pontos, este resultado demonstra que os participantes em um bom desempenho cognitivo.

Dentre os cinco domínios, observa-se que quase todos os idosos obtiveram escores mais elevados ou pontuação máxima nos domínios da Atenção e Orientação e da Linguagem. No domínio de A Atenção e Orientação apenas dois participantes (P4 e P8) não obtiveram a pontuação máxima, ambos erraram os cálculos existentes. Em relação a memória nenhum participante obteve o escore máximo de 26 pontos, sendo que as melhores pontuações foram de 25 pontos, e houve dois entrevistados (P4 e P8) que apresentaram pontuação baixa, de 7 pontos e 11 pontos.

Na fluência verbal apenas dois entrevistados (P1 e P2) obtiveram o maior número de pontos, os outros obtiveram scores aceitáveis. Ressalta-se que, por terem um tempo limite para falar, possam não ter obtido o seu máximo desempenho. Quanto a linguagem todos os idosos participantes obtiveram um ótimo desempenho, com três escores máximos (P1, P2, P3) com 26 pontos. Neste domínio houve uma diferença máxima de 3 pontos para o entrevistado com menor pontuação (P4 = 23 pontos.). No domínio visual-espacial quatro idosos participantes (P1, P3, P4 e P9) obtiveram a pontuação máxima, outros quatro ficaram com notas muito boas (P2, P6, P7 e P8).

Ao compara as pontuações do ACE-R com o sexo, pode-se observar pouca diferença das pontuações entre mulheres e homens. A média das pontuações finais dos participantes demonstrou que os participantes com escores mais baixos são do sexo feminino, que também impulsionou a média geral deste gênero para baixo. Os participantes do sexo masculino apresentaram média da pontuação final superior, e estão em 10 pontos acima da média final do sexo feminino, em relação a todos os aspectos do instrumento ACE-R (Tabela 5).

Domínios	Feminino						Masculino		
	P2	P4	P5	P6	P8	P9	P1	P3	P7
Atenção e Orientação	18	16	18	18	16	18	18	18	18
Memória	25	7	25	25	11	24	25	24	23
Fluência-Verbal	14	8	10	10	6	11	14	12	10
Linguagem	26	23	24	23	24	25	26	26	24
Visual-Espacial	13	16	8	14	12	16	16	16	12
Pontuação	96	70	85	90	69	94	99	96	87
Média pontuação final	84						94		

Tabela 5 – Compara as pontuações do ACE-R com o sexo (n=9).

Fonte: elaborada pelos autores.

A partir dos relatos dos participantes foram criadas quatro Categorias, são elas: Categoria 1 – entendimento sobre cognição (Quadro 01); Categoria 2 – auto avaliação sobre a própria memória (Quadro 02); Categoria 3 – percepção sobre o impacto da participação no grupo em relação aos aspectos cognitivos (Quadro 03) e; Categoria 4 – percepção sobre os benefícios da participação dos grupos de convivência (Quadro 04).

A partir das falas destacadas no Quadro 1 pode-se compreender o entendimento dos idosos participantes sobre a cognição.

Extrato da entrevista	Participante
“Eu entendo que cognição, são as experiências que vivemos, é o conhecimento que obtivemos sobre determinados assuntos.”	P1
“Acredito que a cognição seja tudo, desde o acordar e a consciência, e o conhecimento que adquirimos, e nos previnem segundo nossas experiências.”	P2
“Acho que cognição, é a memória, envolvendo os sentimentos, e o corpo físico, e o que já conhecemos, e como entendemos tudo isso.”	P3
“Eu entendo por cognição, que é a organização do dia-a-dia, como que atuamos na nossa rotina, e tudo que influência.”	P4
“Cognição é como está a mente da pessoa, conseguir ler, ou interpretar algo que acontece com ela, faz parte da cognição.”	P5
“Cognição para mim, é tudo que conhecemos hoje, e como usamos esse conhecimento a nosso favor, como levar o garfo na boca para se alimentar, e também saber como interagir com todo o meio.”	P6
“Interagir, interpretar ações, fazem parte da cognição, todo tipo de pensamento, é uma forma de cognição mesmo sendo uma reação. Conhecer pessoas, estimula muito nossa cognição”	P7
“A consciência de todos os nossos atos, de todas atitudes, e também do que é vontade da pessoa, que ela adquiriu tendo cognição.”	P8
“Capacidade de movimentar, o que faz com que tenha consciência do que está fazendo, e sabendo tudo que escolhe por vontade.”	P9

Quadro 1 – Categoria 1: Entendimento sobre cognição.

Fonte: elaborada pelos autores.

Os relatos apresentados no Quadro 2, descrevem a percepção dos idosos sobre a sua memória.

Extrato da entrevista	Participante
“Acredito que minha memória esteja ótima. Nota 9.”	P1
“Dou nota 9 para minha memória pois ela está perfeita, mas pela idade sempre que esqueço alguma coisa.”	P2
“Minha memória é muito boa, dou uma nota 8, só não dou mais porque ela já foi melhor.”	P3
“Muito boa, 8 de nota eu dou.”	P4
“Olha, já foi muito melhor, mas como falamos é muita atividade para pensar, eu me daria uma nota 7,5.”	P5
“Muito boa, mas andou me traindo, nota 8.”	P6
“Considero minha memória muito boa, mesmo que de nos últimos tempos anda meio diferente, daria uma nota 8.”	P7
“Eu acho que minha memória está muito boa, daria 9 de nota para ela.”	P8
“Acho que minha memória está muito boa, mesmo as vezes me esquecendo, 8 seria minha nota.”	P9

Quadro 2 – Categoria 2: Memória nos dias de hoje/Nota que daria.

Fonte: elaborada pelos autores.

No Quadro 3, observa-se a percepção dos idosos e relação ao impacto da participação no grupo em relação à cognição.

Extrato da entrevista	Participante
“Sim. Pois acontece uma mudança na rotina, o convívio, e as atividades.”	P1
“Com certeza. Antes de frequentar o grupo parecia que estava regredindo.”	P2
“Sem dúvida. Aprender a viver com as diversidades, mudando e tentando entender as diferenças, e assim prestando mais atenção em como eu faço as coisas”	P3
“De fato. As expectativas com quais quer novas atividades do grupo, quando temos compromissos, além dos já costumeiros nos motivam a estar sempre atentos e não esquecer nada.”	P4
“Claro. São muitas atividades, e eu me envolvo em tudo que posso, para sair de casa, daí já faço novas amizades, mas sem esquecer das antigas, pois o grupo ajuda muito a conviver com todos, e todas essas atividades me fazem estimular a cognição.”	P5
“Certamente, pois no grupo posso tirar dúvidas com amigos e eles comigo, e lá posso trocar ideias, e eu acho um ótimo estímulo.”	P6
“Seguramente. Pois lá posso trocar ideias, conviver, fazer novas amizades e tudo isso me proporciona diversão.”	P7
“Impactam muito. Todas as atividades ajudam, na cognição, mas dependem das pessoas levar isso a sério.”	P8
“Ah isso fica bem claro pra mim, porque lá cada uma das atividades estimula de uma maneira diferente, como nas oficinas, atividades, passeios, participação de jogos e semanas voltadas para essas atividades e para públicos certos.”	P9

Quadro 3 – Categoria 3: Você considera que o grupo ajuda a melhorar os aspectos cognitivos? Por que?

Fonte: elaborada pelos autores.

A partir dos relatos dos idosos participantes, apresentados no quadro 4, pode-se observar os benefícios proporcionados pela participação no grupo.

Extrato da entrevista	Participante
“Para mim o principal benefício é a socialização, pois antes tinha muita dificuldade, assim tenho uma integração com o grupo, e gosto de conhecer pessoas diferentes.”	P1
“A diversidade, a socialização e a integração são os principais benefícios que o grupo proporciona.”	P2
“Participação em atividades, viagens, o grupo também proporciona convivência com pessoas bem diferentes, estimula a memória com os dias das atividades, socialmente é importante para mim.”	P3
“São inúmeros os benefícios que os grupos proporcionam, eu fui fundadora de alguns grupos de terceira idade na cidade e sei o quanto isso motiva as pessoas, inclusive a mim.”	P4
“São muitos os benefícios, é muito bom participar, pois são pessoas da mesma idade com vários interesses em comum, mas muitas vezes com opiniões diferentes, mas todos procurando se respeitar para conviver com todos, acho isso muito bom.”	P5
“Conhecer pessoas, sair, viajar, dançar, conhecer e fazer novas atividades, existem muito mais, mas não recordo, me motiva a sair de casa.”	P6
“Discussões saudáveis, novas amizades, conhecer lugares e pessoas novas, conhecer ideias novas, conviver, falo muito isso, pois, depois que comecei a frequentar o grupo que mudei bastante.”	P7
“Em todos os sentidos é muito bom, eu tenho um motivo para sair de casa, e aumenta meu conhecimento de muitas coisas.”	P8
“Proporciona, amizades, conhecimento, diversão, autoestima, e muitos outros benefícios, mas generalizando são estes.”	P9

Quadro 4 – Categoria 4: Benefícios proporcionados pela participação no grupo

Fonte: elaborada pelos autores.

4 | DISCUSSÃO

Sabe-se que existe uma diversidade de fatores determinantes que atuam no processo de envelhecimento dos indivíduos, e a compreensão das evidências que se tem sobre os determinantes econômicos, comportamentais e sociais podem sugerir como os indivíduos e as populações envelhecem, o que acaba sendo essencial para a elaboração de políticas e programas na área da saúde. Além disso, a OMS (2005) aponta fatores transversais como a cultura e o sexo, que contribuem para a compreensão sobre o envelhecimento ativo.

A maioria dos participantes deste estudo são mulheres, este dado corrobora os dados apresentados em seis estudos nacionais (SILVA et al., 2013; CRUZ et al. 2016; FARIAS-ANTÚNEZ et al. 2018; SOUZA et al. 2018; ARAÚJO et al., 2019; MENDES et al. 2020). Os dados apresentados pelo IBGE (2018), reforçam esta discussão, demonstrando

que as mulheres são maioria expressiva na população idosa brasileiras, sendo 16,9 milhões de mulheres idosas, que representa 56% deste grupo populacional, enquanto os homens idosos são 13,3 milhões, que representa 44% desta população. Sendo assim, percebe-se que a expectativa de vida nas mulheres é mais longa do que os homens (LEITE et al., 2012).

A predominância de mulheres idosas pode estar relacionada a fatores culturais. Estudos realizados por Bertolini e Simonetti (2014), Botton, Cúnico e Strey (2017), e Araújo et al (2019) demonstram que a prevalência de mulheres na população idosa brasileiras pode estar associada ao fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde, enquanto que os homens não têm este hábito, apresentando uma intensidade de procura por de serviços de saúde bem menor. Sendo assim, percebe-se que os homens são mais propensos às práticas curativas e menos aptos à prevenção. Outro ponto que merece destaque é a carência de investimentos em políticas públicas para o cuidado com a saúde do homem.

Acrescenta-se que não existem no Brasil programas de saúde voltados especificamente para o homem adulto como há para crianças, mulheres e idosos nem ações educativas tão massivas quanto à prevenção do câncer de próstata como os programas de adesão ao tratamento do câncer de mama e de colo do útero. Além disso, como tradicionalmente é legado à mulher o papel de acompanhar crianças, idosos e outros adultos em atendimentos clínicos e hospitalares, a mulher teria maior sensibilidade à necessidade de consultar um médico mediante qualquer suspeita de problemas de saúde.

Em relação a faixa etária, pode-se observar que a média de idade foi de 71 anos. Estes dados corroboram com os dados do IBGE (2018), pois atualmente o Brasil possui 12,4 milhões de pessoas acima de 70 anos, que corresponde a 5,9% da população total, e isto representa evidências de que a expectativa de vida dos brasileiros está aumentando. Quanto ao estado civil observou-se que a maioria dos idosos possuem companheiros, este dado corrobora os apresentados por Araújo et al (2019), estes apontam que 46% da sua amostra eram casados.

O idosos participantes deste estudo tinham ensino fundamental. Esta realidade também está descrita no estudo de Araújo et al (2019), neste 47% da amostra tinham ensino fundamental. Esta é a realidade da população brasileira conforme os dados apontados pelo IBGE (2016). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), mais de 15,5 mil pessoas com mais de 60 anos se inscreveu no Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM), e há 5 anos o número de inscritos era 70% menor (PNAD, 2018). Isto demonstra que a realidade dos idosos que possuía baixa escolaridade vem se modificando, mesmo que ainda com pouca representatividade. Ressalta-se que a educação ao longo de toda a vida e na velhice é considerada um instrumento fundamental à determinação de uma velhice bem-sucedida.

A maioria dos idosos participantes tem filhos. A família é uma das instituições mais importantes e eficientes no tocante ao bem-estar das pessoas e à distribuição de

recursos. As famílias estão sendo cada vez mais requeridas para cuidar dos segmentos vulneráveis, como no caso dos idosos (CAMARANO, 2002), mas nem sempre a família consegue suprir esta necessidade de cuidado. Na análise do caso das famílias brasileiras, Camarano (2002) ressalta que a queda generalizada da fecundidade, o aumento também generalizado da participação das mulheres nas atividades econômicas (a tradicional cuidadora dos segmentos dependentes da família), bem como as mudanças expressivas nos arranjos familiares (separações, coabitação, aumento da proporção de mulheres que nunca se casaram e/ou que nunca tiveram filhos). Isso tem dificultado e irá dificultar ainda mais a atuação das famílias enquanto promotoras de apoio à população idosa.

Os dados apresentados neste estudo demonstram que a maioria dos idosos recebe acima de 5 salários mínimos, o que contraria os dados do relatório da PNAD (2018) e o estudo de Melo *et. al* (2014), que identificou que a maioria dos idosos recebem aposentadoria ou pensão em até 1 salário mínimo. Varela et al (2015), em seu estudo relaciona a escolaridade a renda e a qualidade de vida e segundo os dados apresentados neste estudo quanto menor a renda e a escolaridade, pior é a qualidade de vida das pessoas.

Quanto a apresentar problemas de saúde, pode-se observar que a maioria dos idosos participantes tem problemas de saúde. De acordo com o IBGE (2018), três em cada quatro idosos sofrem de alguma doença crônica, sendo as principais: Parkinson, Alzheimer, Acidente Vascular Cerebral, Osteoporose, Hipertensão Arterial, Diabetes, Artrose e Catarata. Araújo et al (2019), em seu estudo ressaltou que as morbidades mais prevalentes foram: dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e artrite/artrose. Frente a esta realidade compreende-se que o investimento em ações da atenção básica em saúde pode proporcionar a população espaços de educação em saúde como medida de prevenção os fatores de risco (Vasconcelos et al., 2017). Para Figueiró Neto et al. (2008) os fatores socioeconômicos e culturais como escolarização, condições de saúde e valor da aposentadoria são os que mais determinam a situação de cada pessoa no decorrer da idade.

A partir dos dados apresentados pode-se observar que a maioria dos idosos participantes se locomove a pé, dado este que corrobora os estudos de mobilidade e acessibilidade de idosos conduzida por Pizzol e Ribeiro (2005), que identificaram em seus resultados, que 42% idosos circulavam com transporte público e 36% da população circulavam a pé. De forma semelhante Pilger *et al.* (2011) também identificaram em seus estudos que a forma mais comum de meio de transporte individual entre os idosos é andar a pé. Portanto, resgata-se a relevância da autonomia de locomoção para os idosos em função desses poderem manifestar o seu desejo em realizar atividades sociais, culturais, políticas e econômicas que podem ser consideradas essenciais para a qualidade de vida dos idosos.

Em relação aos dados do ACE-R, pode-se observar que os participantes apresentam um bom desempenho cognitivo. O processo de envelhecimento populacional

está associado ao declínio da habilidade cognitivas, a realidade que envolve estes fatores tornou-se uma preocupação mundial (CRONIN, et al., 2013). Ressalta-se que a cognição pode ser caracterizada por um conjunto de funções e processos, que proporcionam as pessoas refletir sobre os seus atos e agir de forma inteligente (ROSA, 2016). Sendo assim, o envelhecimento ativo e a longevidade estão associados a uma boa funcionalidade cognitiva, permitindo aos idosos autonomia e a capacidade de autocuidado, com estas condições os mesmos podem tomar as suas próprias decisões sobre como viver de forma independente e com segurança (IRIGARAY; SCHNEIDER; GOMES, 2011).

A Categoria 1 apresenta o entendimento dos idosos participantes sobre cognição, a partir das falas selecionadas no quadro 1, pode-se observar que estes associam a cognição as experiências vividas, ao conhecimento adquirido (leitura, interpretação), a memória envolvendo os sentimentos e o corpo físico, a organização do dia-a-dia, realização das atividades de vida diária e as interações sociais. Tamai e Abreu (2011), ressaltam que a cognição representa a capacidade das pessoas adquirir e usar a informação a fim de se adaptar às demandas do meio onde vive ou está inserido.

Quando questionados sobre como percebem a sua memória, identificou-se que os idosos percebem que sua memória está relativamente boa. Este resultado pode sugerir que os idosos participantes de grupos de convivência tem uma incidência de queixa sobre cognição muito baixa. Observa-se que os idosos consideram que a sua participação em grupo de convivência tem uma repercussão positiva em relação as suas condições cognitivas. Destaca-se este dado pelo relato realizado pelo idoso participante (P5) “[...] o grupo ajuda muito a conviver com todos e todas as atividades me fazem estimular a cognição”, que demonstra efeitos positivos da participação do idoso no grupo de convivência e corrobora a argumentação Argimon e Stein (2005) e Oliveira *et al.* (2006) sobre o fato dos idosos engajados em ambientes de convivência coletiva apresentarem um melhor desenvolvimento em relação às suas condições cognitivas.

O grupo de convivência são espaços que proporcionam trocas de informações e conhecimentos, melhoria na qualidade de vida dos idosos, troca de experiências, que por sua vez aumentam as relações interpessoais e o diálogo. As atividades de um Grupo de Convivência buscam estreitar as relações sociais e, ainda, oportunizam a prática de ações de educação em saúde (BRUNET, et al., 2013). Estes podem utilizar atividades cognitivas, lúdicas, laborais, artesanias, culturais, culinárias, religiosas, exercícios físicos, entre outras, pois atividades são muito proveitosas, em especial entre idosos (GARCIA et al., 2006).

Em relação às pessoas idosas, os encontros grupais têm importância significativa no sentido de promover a reconstrução de sua identidade, que pode estar comprometida, e propiciar a construção e/ou resgate do vínculo (ZIMERMAN, 2000). As atividades e as experiências oportunizadas pelo grupo propiciam ao sujeito a exploração de suas potencialidades, promovendo a prevenção e tratamento de transtornos psicossociais, como a depressão (GARCIA et al., 2006).

Dentre os principais benefícios relatados pelos idosos estão: motivar a sair de casa, socialização, integração, realizar viagens para conhecer lugares e pessoas novas, convivência com pessoas diferentes, respeitar as pessoas, partilhar interesses em comum, conhecer e fazer novas amizades, diversão, autoestima e aumentar o conhecimento. Esses relatos confirmam os impactos positivos percebidos pelos idosos que participam de grupos em relação à cognição. Estes dados corroboram estudo realizado por Lima e Oliveira (2015), estes autores destacam que os grupos de convivência promovem o estímulo de competências de comunicação e o incremento das redes sociais dos idosos, que são relevantes para a qualidade de vida na terceira idade.

Assim, há de se considerar que, em alguns casos, um determinado grupo de idosos, como no caso dos que participam de grupos de convivência, podem apresentar características distintas que podem propiciar condições melhores de saúde e educação que afetariam, por exemplo, os fatores biológicos, psicológicos e culturais. Percebeu-se neste estudo que os idosos frequentadores deste grupo de convivência específico possuem uma renda e escolaridade elevadas em relação à população de idosos no Brasil. Adverte-se que tal fato não pode ser generalizado para os idosos que participam de qualquer tipo de grupo de convivência, uma vez que o perfil deste grupo de convivência é mais voltado para idosos que possuíam ou mantinham algum contato com o segmento do comércio.

5 | CONCLUSÃO

Pode-se observar neste estudo a maioria de idosos participantes do sexo feminino, corroborando os dados nacionais que apontam a prevalência de mulheres na população idosa brasileira; que tem um companheiro; com ensino fundamental completo; que mantém contato regular com os filhos; tem uma renda acima de cinco salários mínimos, contrariando os dados nacionais que apontam que a maioria da população idosa brasileira recebe em média um salário mínimo.

Em relação a locomoção, pode-se observar que a maioria dos idosos participantes desloca-se a pé, dados este que ressalta a importância da discussão sobre acessibilidade física e arquitetônica considerando o processo de envelhecimento, a segurança e a manutenção da autonomia e independência deste grupo populacional. Quanto aos problemas de saúde, a maioria referiu que tem algum tipo de comprometimento.

Para os idosos participantes a cognição está relacionada ao conhecimento, as experiências, memórias, sentimento, interação social, atividades diárias, organização da rotina e sentimentos. Os idosos consideram as suas habilidade e capacidades cognitivas relativamente boas e estes dados pode ser confirmando pelos resultados do ACE-R, onde todos apresentam resultados satisfatórios.

Os idosos consideram que a sua participação em grupos de convivência contribui positivamente para a preservação das suas habilidade e capacidades cognitivas e

apontam como benefícios a socialização, a motivação, conhecer pessoas e lugares novos, autoestima, diversão, respeito e partilha entre os participantes e conviver com pessoas diferentes. Ressalta-se que este estudo não tem a intenção de inferir que todos os idosos que participem de grupos de convivência não terão prejuízos de cognitivos, mas sugerir que estes ao desempenharem atividades prazerosas em grupos de convivência dividindo e aprimorando novos conhecimentos certamente terão maiores benefícios em relação as suas funções cognitivas.

Destaca-se que os grupos de convivência para idosos em Terapia Ocupacional têm um enfoque de suma importância, visto que, além de propor atividades para idosos em grupo, o terapeuta ocupacional pode fazer com que o idoso desenvolva o desejo da criação e elaboração de novos projetos de vida valorizando seu histórico ocupacional e suas capacidades cognitivas preservadas para que assim possam se manter ativos no processo de envelhecer com qualidade. Sugere-se, portanto, que o profissional de Terapia Ocupacional possui habilidades e competências necessárias para o desenvolvimento de um trabalho eficaz de estimulação e manutenção das capacidades cognitivas em idosos participantes de grupos de convivência, pois em sua formação a valorização das potencialidades dos idosos se faz presente e eficaz em sua intervenção.

Sugere-se que outros estudos com amostra maior sejam realizados com esta temática a fim de serem produzidas mais evidências acerca da participação de idoso em grupo de convivência e a contribuição desta para a preservação das capacidades e habilidades cognitivas dos idosos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I.C.D, et al. **Perfil Sociodemográfico e Qualidade de Vida de Idosos de um Centro de Referência do Idoso do Oeste Paulista**. *Colloq Vitae*, v. 11, n. 1, p. 17-23, 2019.

ARGIMON, I.I.L. **Aspectos cognitivos em idosos**. *Aval. Psicol.* v.5, n.2, p. 234-245, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70; 2009.

BERTOLINI, D.N.P.; SIMONETTI, J.P. **O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde**. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 722-727, 2014.

BOTTON, A.; CÚNICO, S.D.; STREY, M.N. **Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias**. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 25, n.1, 67-72, 2017.

BORGES, P.L.C, et al. **Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, 2008.

BRUNET, A.E, et al. **Práticas sociais e significados do envelhecimento para mulheres idosas**. *Pensando fam*, v. 17 n. 1, p. 99-109, 2013.

CAMARANO, A.A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T.O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A. **Os novos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, p. 253-292, 2004.

CARVALHO V.A.; CARAMELLI P. **Adaptação brasileira do Exame Cognitivo de Addenbrooke-Revisado**. *Dement. Neuropsychol.* v.1, n.2, p. 212-216, 2007.

CHARIGLIONE, P.F.; JANCZURA, G.A. **Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados**. *Psico-USF Bragança Paulista*, v.18, n.1, p. 13-22, 2013.

CRONIN, H, et al., **Health and aging: development of the irish longitudinal study on ageing health assessment**. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 61, n. 2, p. 269-278, 2013.

CRUZ, D.T, et al. **Prevalência de incapacidade funcional e fatores sociodemográficos associados em idosos de Juiz de Fora (MG)**. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 19, n. Especial 22, p. 09-28, 2016.

FARIAS-ANTÚNEZ, S, et al. **Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul**, 2014. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-14, 2018.

FIGUEIRÓ NETO, B.; REZENDE, L.B.; PIRES, L.B. **O perfil dos idosos sul matogrossenses e suas demandas setoriais**. 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/7812368/O-Perfil-Dos-Idosos-sue-Suas-Demandas-Setoriais>>. Acessado em: 01 nov. 2018.

GARCIA, M.A.A, et al. **Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos**. *Rev Latino-am Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 175-182, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**. 2016. Acesso em: 20 mai 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=downloads>. Acessado em: 01 nov. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Principais aspectos da amostragem das pesquisas domiciliares, Diretoria de Pesquisas IBGE**: Rio de Janeiro, 2018.

IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H.; GOMES, I. **Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos**. *Psicol Reflex Crít*, v. 24, n. 4, p. 810-818, 2011.

LEITE, M.T, et al. **Cognitive and health conditions in elderly participants in recreation and leisure activities centers**. *Rev. Gaúcha Enferm*, v. 33, n. 4, p. 64-71, 2012.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. **Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LIMA, M. P. de; OLIVEIRA, A. L. D. **Intervenção em grupo com pessoas de idade avançada: a importância da relação.** Revista E-Psi, v.5, n.1, p. 1-17, 2015.

LOUSA, E.F.C.F. **Benefícios da estimulação cognitiva em idosos:** um estudo de caso. 2016. 33f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica – Ramo das Terapias Cognitivo Comportamentais) – ISMT, Coimbra, 2016.

MELO, N.C.V.; FERREIRA, M.A.M.; TEIXEIRA, K.M.D. **Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade.** Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica, v. 25, n.1, p.4-19, 2014.

MENDIZÁBAL, M.R.L.; CABORNERO, J.A.C. **Grupo de debate para idosos:** guia prático para coordenadores dos encontros. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

MENDES, S.O, et al. **Validade e confiabilidade da Escala Índice de Katz Adaptada.** Research, Society and Development, v. 9, n. 4, p. 1-19, 2020.

OLIVEIRA, M.; CABRAL, B. **O lazer nos grupos de convivência para idosos:** prática renovada de sociabilidade. In: 7º Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica/ 4º Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação (p. 1632-1638). Anais... São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba. 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Resumo 2015:** Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acessado em: 01 nov. 2018.

PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Relatório 2018.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=o-que-e>. Acessado em: 01 nov. 2018.

PILGER C.; MENON, M.H.; MATHIAS T.A.F. **Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde.** Rev Latinoam Enferm, v.19, n. 5, p. 1-9, 2011.

PIZZOL K.M.S.A.; RIBEIRO E.L. **O cotidiano urbano: uso e mobilidade nos passeios públicos em quatro bairros de João Pessoa - PB.** Geografia, v. 14, n. 2, p. 145-156, 2005.

PORTELLA, M.R. **Grupos de Terceira Idade:** a construção da utopia do envelhecer saudável. Passo Fundo: UPF, 2004.

RABELO, D.F.; NERI, A.L. **Intervenções psicossociais com grupos de idosos.** Revista Kairós Gerontologia, v.16, n.6, p. 217-224, 2013.

ROSA, G.P.S. **Atenção, compreensão da leitura, consciência textual e aprendizagem.** Porto Alegre: Deslmiaries da Linguagem. Anais... IX Colóquio de Linguística, Literatura e Escrita Criativa. 2016. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/coloquio-de-linguistica-literatura-e-escrita-criativa/2016/assets/26.pdf>. Acessado em: 18 de maio de 2018.

SESC, Serviço Social do Comércio. **Relatório de Gestão 2017**. Disponível em: <https://issuu.com/90406/docs/relatorio_2017_ok>, Acessado em: 18 de maio de 2018.

SILVA, E.F, et al. **Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 1029-1040, 2013.

SIQUEIRA, A.B, et al. **Impacto funcional da intervenção hospitalar de pacientes idosos**. *Revista de Saúde Pública*. n. 38, p. 687-694, 2004.

SOUZA, N.F.S, et al. **Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 1-16, 2018.

TAMAI, S.A.B.; ABREU, V.P. Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: FREITAS, E.V.; PY, L. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.1363-1371.

VARELA, F.R.A, et al. **Quality of life evaluation of frail elderly in Campinas**. *Rev Assoc Med Bras*, v. 61, n. 5, p. 423-430, 2015.

VASCONCELOS, M.I.O, et al. **Educação em Saúde na Atenção Básica: uma Análise das Ações com Hipertensos**. *Rev. APS*, v. 20, n. 2, p. 253-262, 2017.

WILSON, R.S, et al. **Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease**. *Journal of the American Medical Association*, v. 287, n. 6, p. 742-748, 2002.

ZIMERMAN, D,E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre, Artmed Editora, 2000.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente Vascular Encefálico 12, 154, 155, 163

Apoio 12, 101, 103, 108, 110, 111, 112, 113, 116, 126, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 166

Arteterapia 11, 12, 87, 88, 89, 166, 167, 168, 169, 171

Ataxia 145, 146, 148, 152, 153, 154

Atelectasia 7, 16, 18, 22, 26, 27, 28

C

Capacitação de Recursos Humanos em Saúde 41

Coronavírus 1, 2, 4, 11, 12, 13

Covid-19 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

Criatividade 166, 168, 171

Cuidados paliativos 10, 11, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 87, 88, 89, 90, 97, 98

Cuidados Pós Reanimação 76

D

Doença Renal Crônica 10, 30, 31, 39, 40, 68, 74

E

Educação de Pós-Graduação 41

Equipe de Assistência ao Paciente 41

Exercício 13, 4, 6, 7, 8, 35, 46, 49, 70, 72, 73, 74, 75, 93, 141, 183, 184, 186, 187, 194, 195, 196, 210

Exercício de vibração de corpo inteiro 13, 183, 184, 194

F

Fibromialgia 13, 109, 201, 202, 203, 205, 206, 208, 209

Fisioterapia 2, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 23, 24, 26, 28, 29, 41, 43, 44, 45, 47, 48, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 85, 102, 112, 133, 148, 155, 157, 159, 161, 163, 164, 184, 186, 189, 208, 209, 210

Fisioterapia Pediátrica 76

Fisioterapia respiratória 1, 2, 4, 6, 8, 11, 29

Fitoterápicos 172, 173

H

Hemodiálise 10, 30, 33, 34, 35, 37, 39, 40, 70, 71, 72, 73, 74, 75

Hidroterapia 13, 201, 203, 204, 205, 206, 208

I

Idoso 12, 88, 91, 93, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 116, 117, 127, 129, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143

Idosos 11, 87, 100, 102, 104, 112, 114, 129, 130

Insuficiência Renal 11, 30, 31, 38, 68, 69, 70, 71, 75

Insuficiência Renal Crônica Terminal 30

L

Loção 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178

M

Multiprofissional 41, 42, 43, 44, 45, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 210

O

Óleo de alecrim 172

Osteoartrite de joelho 13, 183, 184, 194, 199

P

Paciente Oncológico 55, 59, 60, 64, 65

Palhaço 11, 87, 89, 90, 92, 96, 97

Parada Cardiorrespiratória 76, 79, 83, 84, 85, 86

Plataforma vibratória 184, 187, 188, 189, 193, 194

Práticas Integrativas em Saúde 166

Pressão Expiratória Máxima 8, 30, 34, 35, 37

Pressões Respiratórias Máximas 30

Prevenção 13, 17, 18, 25, 56, 65, 68, 70, 82, 105, 109, 111, 112, 116, 125, 126, 127, 141, 180, 182, 186

Q

Qualidade de Vida 11, 13, 7, 8, 10, 11, 38, 40, 54, 57, 58, 59, 60, 63, 65, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 87, 88, 90, 97, 99, 101, 109, 113, 115, 116, 117, 126, 127, 128, 129, 130, 134, 135, 141, 142, 143, 146, 147, 156, 161, 162, 185, 186, 201, 202, 203, 205, 206, 208, 209, 210

R

Reabilitação 10, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 18, 28, 39, 60, 72, 102, 132, 145, 146, 147, 148, 152, 153, 154, 155, 164, 165, 168, 184, 194, 206, 210

reabilitação pulmonar 1, 3, 6, 7, 8

Reabilitação Pulmonar 10, 1, 6

Realidade Virtual 145, 146, 147, 152, 153, 154

Reanimação 76, 77, 78, 81, 83, 84, 86

Rede social 133, 141, 142, 144

S

Saúde Mental 8, 72, 94, 116, 166, 167, 168, 169, 170, 181, 182

Suicídio 12, 180, 181, 182

T

Terapia 2, 9, 10, 12, 2, 5, 6, 8, 12, 14, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 43, 44, 49, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 86, 87, 89, 100, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 117, 129, 133, 143, 145, 146, 148, 149, 152, 154, 155, 157, 161, 162, 164, 168, 180, 182, 189, 190, 206, 208, 210

Terapia Ocupacional 2, 9, 12, 12, 65, 100, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 117, 129, 133, 143, 145, 146, 148, 149, 152, 182, 189

Timocco 145, 146, 148, 154

Traumatismo múltiplo 16

U

Unidade de terapia intensiva 2, 25, 26, 28, 55, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 210

Produção científica e atuação profissional:

Aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2021

Produção científica e atuação profissional:

Aspectos na fisioterapia e na terapia ocupacional

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2021