


## Desenvolvimento de um programa de aprendizagem integrativa para idosos com demência residentes na comunidade\*

Thomas Kwok Shing Wong<sup>1,2,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-3803-0833>


Yang Yunhua<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-7462-4164>

Chen Jinghan<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4626-6501>

Carmen Ka Man Lee<sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6625-5749>

Zhou Ying<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7084-8379>


Jiang Liping<sup>6</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2782-7051>

Tang Qiubi<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9481-7841>

Joanne Wai Yee Chung<sup>1,7</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9884-9800>

**Objetivo:** desenvolver um programa de aprendizagem integrativa para pessoas com demência. **Método:** foi realizado um estudo metodológico com a técnica Delphi para desenvolver o programa de aprendizagem, seguido de um teste de viabilidade. Um grupo de especialistas foi convidado para desenvolver o programa de aprendizagem integrativa com base no *framework* da neuroplasticidade e da aprendizagem. Um teste de viabilidade foi realizado para avaliar a implementação do programa em dois centros após treinamento do pessoal que dirige o programa. Transcrições literais de conferências de casos foram codificadas, analisadas e agrupadas em temas e subtemas por consenso. **Resultados:** não houve indicação de modificação de conteúdo durante o período de implementação do programa. Qualitativamente, os idosos participantes apresentaram melhora nas comunicações, emoções, conexão consigo e com os outros e bem-estar. **Conclusão:** o programa de aprendizagem integrativa foi implementado sem intercorrências com resultados promissores. O programa está adequado para ser submetido a pesquisas em grande escala relacionadas com sua eficácia em vários centros a fim de obter evidências mais robustas.

**Descritores:** Demência; Neuroplasticidade; Aprendizagem; Enfermagem Psiquiátrica; Serviços de Saúde Comunitária; Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

\* Este artigo refere-se à chamada temática "Nursing Now and Nursing in the Future". Apoio Financeiro da Ginger Innovative Programs for Old People Grants, Processo 20160612, China.

<sup>1</sup> Guangzhou Medical University, Guangzhou, Guangdong, China.

<sup>2</sup> Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, Guangdong, China.

<sup>3</sup> Hong Kong Nang Yan College of Higher Education University, Hong Kong, China.





<sup>4</sup> Will Way Wellbeing RD Ltd, Hong Kong, China.

<sup>5</sup> Tung Wah College, Hong Kong, China.

<sup>6</sup> Xin Hua Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University, Shanghai, China.

<sup>7</sup> The Education University of Hong Kong, Hong Kong, China.

### Como citar este artigo

Wong TKS, Yang Y, Chen J, Lee CKM, Zhou Y, Jiang L, Tang Q, Chung JWY. Development of an integrative learning program for community dwelling old people with dementia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3486. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4794.3486>

## Introdução

Cuidar de idosos com demência é um desafio global. Cerca de 5% dos idosos do mundo (47 milhões) sofre de demência e estima-se que a cifra aumentará para 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050<sup>(1)</sup>. Em outras palavras, haverá um novo caso de demência diagnosticado globalmente a cada 3 segundos. A gravidade do problema pode ser evidenciada tomando a China como exemplo, pois o país possui a maior população com demência do mundo<sup>(2)</sup>. A prevalência de demência senil (entre pessoas com 65 anos ou mais) vem aumentando, de 5% em 2013 para 5,56% em 2017. Considerando o continente chinês, Hong Kong e Taiwan, foi relatado que o número de pessoas com 60 anos ou mais sofrendo de demência era de 9,48 milhões em 2018<sup>(3)</sup>. As estimativas de prevalência de demência para a população do norte da China, centro da China, sul da China, oeste da China, Hong Kong e Taiwan foram de 5,5% (3,52 milhões), 5,2% (3,79 milhões), 4,8% (1,48 milhões), 7,2% (0,69 milhões), 7,2% (0,07 milhões) e 6,0% (0,15 milhões), respectivamente<sup>(3)</sup>. Considerando que a China apresenta uma taxa de prevalência de demência comparativamente alta, sua assombrosa dimensão populacional trará um grande número de pacientes com demência, com um grande fardo para a comunidade. Diante desse problema global, a OMS tem considerado a demência uma prioridade de saúde pública global<sup>(4)</sup> e tem tomado medidas para ajudar os países a conter o problema.

O número de anos saudáveis [anos de vida ajustados à deficiência (AVAD)] perdidos é enorme, já que a demência é a quinta causa de morte em escala mundial. Foi relatado que cerca de 28,8 milhões [intervalo de incerteza de 95% (UI) 24,5–34,0] AVADs perdidos foram atribuídos à demência<sup>(5)</sup>. A demência também tem impactos devastadores nas famílias e amigos das pessoas que sofrem da doença. Os familiares costumam ser os cuidadores principais das pessoas com demência. É um trabalho não remunerado, por 24 horas diárias, que causa não apenas cansaço físico e psicológico, mas também um enorme custo financeiro. Foi relatado que a previsão sobre a perda de salários para o caso de cuidadores domiciliares *ad honorem* aumentaria de 5 bilhões de dólares canadenses em 2008 para 55 bilhões de dólares canadenses em 2038<sup>(6)</sup>. Além da perda de remuneração, há também custos elevados e intangíveis para os cuidadores de pessoas com demência, considerando a presença de estresse, fadiga, depressão e ansiedade. Do ponto de vista social, o impacto da demência nos gastos relacionados com a assistência médica e/ou social e com demandas por serviços de enfermagem também não deve ser subestimado. Conforme relatado, o gasto global total com tratamentos de demência em 2015 foi

de US\$ 818 bilhões<sup>(7)</sup>. Foi projetado que, até 2030, esse gasto aumentará para US\$ 2 trilhões. Da mesma forma, outro estudo estimou que as perdas econômicas anuais causadas pela demência somente na China Continental foram de 83,5 - 97,4 bilhões de yuans, e o consumo de serviços de saúde cognitivos atingiu 51,3-59,8 bilhões de yuans por ano<sup>(8)</sup>.

A patogênese da demência é complexa e os cientistas ainda estão desvendando seus mitos sob diferentes perspectivas, incluindo o mecanismo fisiológico da doença, a neurologia, o desempenho comportamental e outros aspectos associados<sup>(9-10)</sup>. Até o momento, nenhuma conclusão foi alcançada e o debate mais controverso de todos é determinar se a demência é causada pela disfunção dos circuitos neurais no cérebro<sup>(11)</sup> ou pelo mau funcionamento do sistema cerebrovascular<sup>(12)</sup>. Os defensores da teoria da disfunção nos circuitos neurais do cérebro acreditam que os sinais prejudiciais das placas neuríticas e do emaranhamento das fibras nervosas em certas áreas do cérebro causam a degradação gradual do sistema colinérgico do cérebro, inclinando-se pelo uso de drogas à base de galantamina para melhorar as funções do sistema colinérgico dos portadores<sup>(13)</sup>. Por outro lado, aqueles que acreditam que a causa é a disfunção do sistema cerebrovascular, consideram que a homocisteína elevada afeta a reatividade sistólica dos vasos sanguíneos da artéria cerebral que, por sua vez, leva ao declínio cognitivo e à degeneração neurológica, motivo pelo qual as pessoas são aconselhadas a tomar ácido fólico e vitamina coenzima para reduzir os níveis de homocisteína<sup>(14)</sup>. No entanto, a abordagem farmacológica atual pode apenas atrasar o progresso da doença. A terapia medicamentosa não cura a demência<sup>(1,4)</sup>.

Nas últimas décadas, os cientistas e médicos têm explorado vários tratamentos não farmacológicos para a demência para reduzir a incapacidade, aliviar e/ou controlar os sintomas comportamentais e mentais, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas e seus cuidadores<sup>(2,6,15)</sup>. Até agora, nenhum tratamento eficaz foi identificado<sup>(1,4)</sup>.

Atualmente, a maioria, se não todos, os modelos de atendimento adotam uma abordagem biomédica para lidar com a demência. A maior parte dos programas focados na demência são orientados para a medicina ocidental, por exemplo, orientação para a realidade, terapia de reminiscência, estimulação multissensorial, treinamento de habilidades para a vida diária e musicoterapia; abordagens complementares, como a inclusão das abordagens da Medicina Chinesa, ainda não foram adotadas.

Ao levar em consideração essas experiências, a equipe tentou aplicar o conceito de neuroplasticidade e aprendizagem no cuidado da demência, partindo da premissa de que as pessoas têm a capacidade de

aprender coisas novas por meio de práticas repetidas. Em outras palavras, elas podem reconstruir sua capacidade gradualmente por meio do processo de reabilitação de fluxo lento.

Estudos recentes sustentam que o cérebro tem plasticidade<sup>(16-17)</sup>, o que significa que as células cerebrais podem mudar sua estrutura e funções de acordo com as condições exigidas. *In vivo*, estudos mostraram que a estrutura física do cérebro de camundongos modificou-se por conta de suas experiências diárias em ambientes enriquecidos<sup>(18)</sup>. Todas as células cerebrais, incluindo as de cérebros danificados, têm neuroplasticidade<sup>(19)</sup> e, especialmente, os neurônios adultos apresentam capacidade de neurogênese<sup>(16)</sup>. Um cérebro adulto apresenta grande plasticidade latente. Acredita-se que a prática repetida possibilite a reorganização das redes cerebrais que podem melhorar o desempenho funcional por meio de treinamento intensivo<sup>(20)</sup>.

A aprendizagem é um processo de aquisição de habilidades, conhecimentos, atitudes e valores. As experiências “aprendidas” moldariam o cérebro por meio da neuroplasticidade. Assim, a neuroplasticidade é vital para o aprendizado à medida que novos neurônios são formados no hipocampo e no cerebelo do cérebro adulto por meio da neurogênese, portanto, novas lembranças podem ser criadas e lembranças mais antigas podem ser modificadas<sup>(21)</sup>. O cérebro pode ser reconectado apenas aprendendo, pensando e praticando. Uma maneira de alcançar a mudança é ativar o aprendizado por meio do estabelecimento de metas e práticas com atenção plena positiva na busca por recompensas enquanto o cérebro cria novos caminhos<sup>(16-17)</sup>; e é sempre desejável ter um ambiente positivo para que a neuroplasticidade surja e a aprendizagem aconteça, quando o córtex pré-frontal medial está associado a uma atitude saudável, feliz e positiva que pode ser conseguida voltando ao momento presente através da atenção plena, uma forma de exercitar o córtex pré-frontal<sup>(22-23)</sup>. Para aprimorar ainda mais a mudança, a aplicação de atenção plena demonstrou aumentar a flexibilidade e a atenção na aprendizagem<sup>(24)</sup> e a conexão daqueles de estão aprendendo com o ambiente<sup>(25-26)</sup>.

Para preencher a lacuna de conhecimento e prática no tratamento atual da demência, decidimos desenvolver um programa de aprendizagem integrativa com base nos conceitos de neuroplasticidade e aprendizagem. Espera-se que o programa ajude os idosos com demência a controlar seus sintomas por meio de uma abordagem transdisciplinar. Podemos aprender coisas novas (por exemplo, habilidades, emoções e conhecimentos) devido à neuroplasticidade inata. A aprendizagem pode ser conduzida combinando contatos grupais e pessoais. A aprendizagem em grupo permite interação e estimulação,

ao passo que a aprendizagem centrada na pessoa orienta-se às necessidades individuais. Para que o aprendizado ocorra, precisamos praticar repetidamente; isso otimiza nossas redes neurais com base na neuroplasticidade. Assim sendo, o objetivo do estudo foi desenvolver o programa de aprendizagem integrativa para pessoas com demência.

## Método

Trata-se de um estudo metodológico em que um programa de aprendizagem integrativa baseado na neuroplasticidade e no referencial de aprendizagem foi desenvolvido por um painel de especialistas utilizando a técnica Delphi, seguido de um teste de viabilidade de sua implementação por meio de uma abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas individuais com os participantes e análise temática das transcrições textuais. A aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da agência financiadora foi obtida antes do início do estudo.

## O desenvolvimento do programa de aprendizagem integrativa

A técnica Delphi foi empregada para obter consenso sobre as melhores intervenções terapêuticas possíveis para idosos com demência entre os membros do painel de especialistas<sup>(27-30)</sup>. O painel consistiu em 8 profissionais de saúde, incluindo uma enfermeira especialista em gerontologia, uma enfermeira registrada, um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, um praticante de medicina chinesa, um praticante de *mindfulness*, um nutricionista e um neurocientista. Todos eles tinham mais de 10 anos de experiência em suas próprias áreas.

Um membro de nossa equipe de pesquisa explicou aos especialistas individualmente a finalidade do painel e a importância de compartilhar opiniões e trocar ideias. Os intercâmbios subsequentes focalizaram a estrutura conceitual, as necessidades das pessoas com demência, os componentes da operação do programa e o protocolo de intervenção. Os especialistas não se reuniram, mas forneceram suas opiniões por meio de e-mails ou gravações de áudio. As opiniões foram coletadas, organizadas e os pontos de vista foram apresentados de forma conjunta, iterativamente a cada especialista para sua consideração<sup>(28)</sup>. O debate sobre cada tópico terminou quando os especialistas estiveram plenamente de acordo com as suas análises sem que novos pontos de vista fossem apresentados. Após a conclusão de cada rodada, um resumo foi enviado a todos os especialistas para verificação. Com essa abordagem iterativa, foram necessárias 12 rodadas de intercâmbio para desenvolver o protocolo completo de aprendizagem integrativa.

Para dissipar quaisquer expectativas irrealistas e facilitar a aprendizagem, é necessário incluir o treinamento em habilidades para definição de metas no programa de aprendizagem integrativa. Foi acordado entre os especialistas que as pessoas com demência têm diferentes necessidades e expectativas, e vários níveis de dificuldade e capacidade para atendê-las, quer seja básico (iniciante)

ou avançado (especialista). Portanto, o painel formulou uma lista de necessidades de desenvolvimento que são necessárias e essenciais para a qualidade de vida das pessoas com demência. A meta de desenvolvimento de cada necessidade também foi identificada a partir de uma seqüência escalonada de iniciante a especialista e do quadro conceitual de neuroplasticidade e aprendizagem (Figura 1).

Necessidades de Desenvolvimento	Nível iniciante	Nível intermediário	Nível Especialista
Linguagem	Palavra única/duas palavras	Sentenças simples	Expressões para atender às próprias necessidades
Habilidades motoras	Movimento único seguindo instruções	Série de movimentos com um bom motivo	Movimentos livres (incluindo habilidades motoras)
Aritmética	Número	Cálculo	Aplicação diária
Comunicação	Resposta	Interação	Comunicação empática
Cuidados pessoais	Assistência permanente	Assistência mínima	Independente
Relacionando-se consigo mesmo	Consciência corporal	Consciência espacial	Orientação
Relacionando-se com outros	Reconhecendo os outros	Dirigindo-se aos outros	Morando com outras pessoas
Emoções	Reconhecimento	Consciência de pertença	Expressão

Figura 1 - Necessidades e metas de desenvolvimento em uma escala de iniciante a especialista para pessoas com demência

O painel revisou alguns programas comuns de tratamento de demência usados em instituições locais. Embora esses programas tenham incluído muitas modalidades de tratamento contemporâneas, não foram apontados os resultados. O painel também comentou que as modalidades de tratamento poderiam ter sido suficientes, mas a abordagem fragmentada pode prejudicar sua eficácia. Eles concluíram que deve ser adotada uma abordagem multimodal integrada e estruturada, juntamente com o gerenciamento de emoções para o programa de aprendizagem integrativa. Os tratamentos multimodais do programa eram sessões estruturadas que empregavam estímulos físicos, cognitivos, sociais e emocionais para intervir na demência. As modalidades selecionadas para o programa incluíram orientação de realidade, treinamento de habilidades de vida diária, terapia de reminiscência, estimulação multissensorial, programa de prevenção de queda, atividades de *mindfulness*, exercícios meridianos, programa de saúde cerebral (Quatro Artes do Acadêmico Chinês que se referem a cítara, go, caligrafia e pintura) e educação para a saúde. Foi acordado que os gerentes de caso, cuidadores e participantes tivessem liberdade para escolher entre os tratamentos ou ser designados para

um regime de tratamento do tipo “correspondência” “misturar e combinar” para adequá-lo aos traços de sua personalidade, a fim de melhorar suas habilidades e atender às suas próprias necessidades.

Com base no resultado do exercício Delphi acima indicado, os especialistas analisaram rapidamente o conteúdo e os detalhes de cada um, seguidos de discussões antes que as resoluções fossem tomadas por consenso. O consenso foi alcançado para um protocolo padrão, de 3 dias de duração, e um protocolo de 5 dias. O protocolo de 5 dias foi uma versão estendida do protocolo de 3 dias, o que permitiu aos participantes praticar mais em um determinado tempo. A Figura 2 mostra o protocolo de aprendizagem integrativa de 3 dias. As intervenções usando o protocolo foram realizadas por gerentes de caso, que poderiam ser enfermeiras, terapeutas ocupacionais ou outros profissionais de saúde. Esses gerentes de caso não pertenciam a nossa equipe de pesquisa. Para garantir a competência dos gerentes de caso, cada um teve que participar de um *workshop* de treinamento de 3 dias, com um dia para teorias, outro dia para treinamento prático por 3 membros do Painel de Especialistas (a enfermeira gerontóloga, a enfermeira e a terapeuta ocupacional), sendo o último dia destinado à garantia de qualidade.

Hora	Dia 1	Dia 2	Dia 3
9:00-9:30	Preparação para informações referidas à orientação para a realidade, por exemplo hora, lugar, pessoas, notícias, clima, etc. Comunicação com a equipe para informar-se sobre novidades relativas aos participantes Saudação aos participantes e observação das condições gerais Observar e avaliar as tarefas de higiene dos participantes para sugerir qualquer modificação vinculada com a segurança/treinamento/ambiental		
9:30-10:00	Atividades de orientação sobre a realidade		
10:00-11:00	Programa de exercícios físicos e meridianos <i>Atividades ativas e passivas e mobilização com massagem suave</i>	Programa de saúde cerebral Atividades relacionadas com tarefas de mesa, por exemplo artes e ofícios / tarefas com lápis / atividades de treinamento cognitivo / tarefas orientadas a objetivos e regras com produtos finais	<i>Mindfulness</i>
11:00-11:30	Programa de relaxamento <i>Música e aromaterapia, alongamento suave / exercícios respiratórios / almofada quente</i>	Estimulação multissensorial / Programa de reminiscência	Programa de prevenção de quedas / educação em saúde <i>Jogo interativo / grupo de exercícios</i>
11:30-12:00	Almoço Avaliação de alimentação / Avaliação de segurança / Educação em saúde		
12:00-12:30			
12:30-13:00	Programa de habilidades para a vida diária - <i>Treinamento individual / avaliação funcional / consulta</i>		
13:00-13:30	Comunicação com a equipe sobre acompanhamento Documentação e planejamento		

Figura 2 - O protocolo de aprendizagem integrativa de 3 dias

### Teste de viabilidade do programa de aprendizagem integrativa usando uma abordagem qualitativa

O teste de viabilidade, que durou 6 meses, foi realizado em centros de atendimento comunitário administrados pela mesma organização sem fins lucrativos (OSFL) e a rotina e os cuidados eram os mesmos em todos os centros. Os centros estavam localizados em diferentes distritos onde os residentes viviam em habitações públicas. Dois centros foram sorteados da OSFL aleatoriamente. Foram recrutados dos centros idosos elegíveis com demência por amostragem de conveniência. Os critérios de inclusão foram: pessoas com 65 anos ou mais, membros de centros de cuidados comunitários, com diagnóstico de demência e comprometimento cognitivo leve (determinado pelo Teste de Avaliação Cognitiva de Montreal para Demência, pontuação MoCA 12,7-20,1 dependendo do nível de educação)<sup>(31)</sup>. Aqueles que moravam sozinhos apresentavam dificuldades de comunicação como barreiras de linguagem, surdez, disfasia e/ou disartria grave, tinham participado recentemente de outro programa de demência,

com histórico conhecido de doenças psicóticas como esquizofrênica, psiquiátrica ou com doenças cerebrais orgânicas, como tumores cerebrais, foram excluídos. Todos os participantes continuaram com suas rotinas diárias e medicamentos durante o período da pesquisa. O consentimento foi obtido tanto dos idosos elegíveis quanto de seus familiares.

Os dados qualitativos foram baseados nas transcrições literais das conferências mensais de casos. As transcrições literais das conferências de caso foram utilizadas para a análise temática. Esses registros na íntegra foram transcritos e codificados para análise de conteúdo, com base na estrutura conceitual do programa de aprendizagem integrativa. Um assistente de pesquisa primeiro identificou palavras/segmentos em cada transcrição e, em seguida, condensou-os em unidades significativas. Dois membros de nossa equipe de pesquisa abstraíram todas as unidades de significado condensadas em subtemas que foram subsequentemente verificados por três especialistas externos.

## Resultados

O resultado do Programa de Aprendizagem Integrativa foi informado para facilitar a consulta. Os gerentes de casos seguiram estritamente o protocolo desenvolvido a partir do programa e não foram relatadas modificações durante todo o período de implementação.

Os dados demográficos não mostraram diferenças significativas em gênero e idade entre os 2 centros. Porém, houve diferenças estatisticamente significativas no nível educacional ( $p = 0,006$ ) e na duração da demência ( $p = 0,001$ ) entre os dois centros (Tabela 1).

Tabela 1 - As informações demográficas dos participantes por centro. Hong Kong, 2018 (N = 57)

Fator Demográfico	Centro 1*		Centro 2*		Total		Z	valor p
	N	%	N	%	n	%		
<b>Sexo<sup>†</sup></b>								
Feminino	34	68,0	5	71,4	39	68,4	0,033	1,000
Masculino	16	32,0	2	28,6	18	31,6		
<b>Idade<sup>‡</sup></b>	N	Média (DP)	N	Média (DP)	n	Média (DP)	Z	valor p
	39	85,1 (6,59)	6	84,7 (8,71)	45	85,0 (6,79)	-0,084	0,933
<b>Nível Educacional</b>	N	%	n	%	n	%	Z	valor p
Analfabeto	25	65,8	2	28,6	27	60,0	12,346	0,006 <sup>§</sup>
Nível Primário	13	34,2	3	42,9	16	35,6		
Nível Secundário	0	0,0	1	14,3	1	2,2		
Nível Terciário	0	0,0	1	14,3	1	2,2		
<b>Duração do Diagnóstico</b>	N	%	n	%	n	%	Z	valor p
3 meses	11	22,0	0	0,0	11	19,3	14,763	0,001 <sup>§</sup>
5 meses	26	52,0	0	0,0	26	45,6		
11 meses	13	26,0	7	100,0	20	35,1		

\*O Centro 1 é um centro residencial e o Centro 2 é uma creche; <sup>†</sup>O Teste Exato de Fisher foi usado devido à existência de células com contagem esperada inferior a 5; <sup>‡</sup>O teste U de Mann-Whitney foi usado devido ao pequeno tamanho da amostra; <sup>§</sup>Todos os valores de p foram considerados estatisticamente significativos quando  $p \leq 0,05$

Um total de doze registros literais foram coletados, seis de cada centro. Para proteger a privacidade daqueles que não participaram do estudo, a equipe estudou apenas as informações relacionadas aos participantes. Partindo do quadro conceitual, a comunicação e o bem-estar estavam relacionados à neuroplasticidade e ao aprendizado, e as habilidades para a vida refletiam a neuroplasticidade, enquanto a conectividade refletia a aprendizagem com

atenção plena. A Figura 3 mostra os resultados da análise de conteúdo. Para garantir a confiabilidade do processo analítico, a equipe convidou três profissionais experientes no cuidado ao idoso (cada um com pelo menos 5 anos de experiência no cuidado ao idoso) para se juntarem como especialistas em conteúdo para verificar os resultados após os subtemas serem identificados. Eles discutiram os conteúdos, subtemas e temas até chegarem a um consenso.

Tema	Subtema	Unidades de significado	Exemplos de significado de palavras/segmentos
Comunicação (aprendizagem, neuroplasticidade)	Comunicação ativa	Disposição	Comunicar-se com outras pessoas, não apenas membros da família, mas também terapeutas
		Iniciação	Cumprimentar os terapeutas e outros membros do grupo Responder perguntas
	Habilidades de comunicação	Meios de expressão	Aumento gradual nas habilidades de expressão oral, contato visual e expressão facial e vocabulário, volume. Mais contatos visuais e expressões faciais.
		Confiança na expressão	Capaz de participar de atividades em grupo durante todo o processo e teve prazer em cooperar em todas as atividades de treinamento.
Habilidades de vida (neuroplasticidade)	Habilidades de atividade	Responder com confiança	Disposto a participar das atividades de treinamento e seguir as instruções
	Desempenho funcional	Melhor autocuidado e mobilidade	Maior gama de ações e movimentos
Bem-estar (aprendizagem, neuroplasticidade)	Impacto psicológico	Temperamento positivo	Uma mudança de temperamento ao longo de semanas
	Emoção	Alegria	O riso aumentou gradualmente, e a maioria das pessoas começou a expressar abertamente seu prazer e atividades favoritas
Conectividade (aprendizagem)	Consigo mesmo e com os outros	Consciência	Demonstrou compreensão de si mesmo e consciência da própria busca por uma vida melhor nas sessões de reminiscências. Consolar os outros
	Para com os outros	Ativo e interativo	Alguns tomaram a iniciativa de cumprimentar e conversar com o terapeuta.

Figura 3 - Análise de conteúdo das conferências de caso. Hong Kong, 2018

## Discussão

Os participantes mostraram mudanças comportamentais evidentes que forneceram uma perspectiva minuciosa sobre os efeitos do programa, em termos qualitativos. Nos estágios iniciais do programa, alguns participantes muitas vezes saíam mais cedo ou eram frequentemente convidados a ir ao banheiro e esta situação melhorou significativamente depois que eles entraram em contato várias vezes com o gerente de casos. A maioria dos participantes pôde participar de atividades em grupo durante todo o processo e ficou feliz em cooperar com todas as atividades de treinamento. Essa mudança comportamental sustenta a hipótese de que as pessoas com demência têm a capacidade ou o desejo de melhorar por seus próprios meios.

Os participantes durante o período de 6 meses estavam cada vez mais dispostos a se comunicar com outras pessoas, não apenas com seus familiares, mas também com os gerentes de caso, seus pares e a equipe institucional. Além disso, eles começaram a utilizar uma gama mais ampla de habilidades de expressão oral com mais vocabulário. Isso estava de acordo com a ideia

defendida pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido de incentivar as pessoas com disfunção cognitiva a se comunicarem com outras pessoas tanto quanto possível, a fim de diminuir o impacto da demência. Todos os participantes dos programas de 3 e 5 dias mostraram maior confiança para se expressar, usar técnicas de contato visual, utilizar expressões faciais e aumentar o volume da voz ao responder às perguntas.

Após a intervenção do programa de aprendizagem integrativa, a maioria dos participantes nos dois centros estava mais confiante, apresentava maior capacidade de reação e tinha maior amplitude de movimentos, ao fazer exercícios para membros inferiores. Sua disposição de participar das atividades de treinamento e seguir as instruções também melhorou com o tempo. Da mesma forma, foi relatado que seu desempenho funcional (por exemplo, autocuidado e mobilidade) melhorou. A equipe acredita que o fato de não permitir essa "orientação ou incentivo" afetaria a avaliação geral do desempenho funcional, pois "orientação ou incentivo" é o que esse grupo de idosos precisa.

Vários fatores reduziram as taxas de participação de alguns participantes, o que afetou os resultados. Por

exemplo, alguns participantes não conseguiram ingressar em algumas atividades devido a uma infecção que exigia isolamento. Durante um surto de influenza no período do programa, algumas atividades em grupo foram restritas e, como resultado, os participantes afetados só puderam comparecer a sessões de prática pessoal. Para concluir todas as sessões conforme programado, o tempo real de participação dos participantes afetados teve que ser reduzido e, portanto, poderia ter influenciado seu desempenho no programa.

Nos estágios iniciais da intervenção, os participantes mostraram dificuldade em controlar seu temperamento. Suas expressões emocionais, de alguma forma, chamaram a atenção dos gerentes de caso (selecionados entre os terapeutas) que, após refletir sobre o assunto, permitiram a realização de ajustes oportunos nas atividades relacionadas para melhor atender às necessidades dos participantes. Com o passar do tempo, as risadas na sala aumentaram gradativamente, e a maioria dos participantes começou a expressar prazer e preferência na execução das atividades, estabelecendo uma relação terapêutica de confiança com os gerentes de caso, desenvolvendo-se um bom relacionamento entre as duas partes.

O aumento no prazer dos participantes também pode ser verificado nos registros literais. Nas sessões de reminiscência, os participantes estavam gradualmente mais dispostos a compartilhar detalhes de seu passado com outras pessoas, como lembrar suas origens, como passaram sua infância, qual era sua comida favorita, o que os impressionou mais e assim por diante, levando-os a começarem a pensar por si próprios e a estarem cientes da sua própria busca por uma vida melhor. A terapia da reminiscência foi muito eficaz em um evento antes do Festival do Meio do Outono. Os participantes estavam ansiosos para adivinhar os preços de uma variedade de diversos *mooncakes*. Alguns começaram a comparar os preços com os de antigamente e a avaliar se valia a pena comprar os bolinhos. Além disso, alguns participantes até tomaram a iniciativa de compartilhar a velha prática de fazer prestações mensais para o "*Moon Cake Club*" devido aos baixos salários no passado, e ao ocaso do "*Moon Cake Club*" etc.

A maioria dos participantes tornou-se mais ativa e interativa nas atividades, e alguns por sua própria vontade começaram a cumprimentar e conversar com os gerentes de caso, chamá-los corretamente pelo nome e, gradualmente, envolver-se em algumas conversas diárias, o que não acontecia na parte inicial da intervenção.

O programa de aprendizagem integrativa focou em melhorar as habilidades dos participantes para implementar o cuidado integral da pessoa, de modo a permitir que os cuidadores institucionais atendam melhor às suas necessidades. Foi configurado para realização

de intervenções físicas, cognitivas, sociais e emocionais, bem como alguns planos de intervenção repetitivos. Os planos de intervenção repetitivos centraram-se no desenvolvimento do sentido de familiaridade, segurança e capacidades do idoso, de forma a aumentar a sua participação, aprendizagem e desenvolvimento em todas as suas áreas funcionais. Os gerentes de caso eram sensíveis a quaisquer possíveis efeitos platô que os participantes pudessem apresentar, mudando a intensidade ou o tipo de componentes de atividade nas sessões de treinamento afetadas.

O programa enfatiza a autodeterminação, estabelecimento de metas e senso de controle. A equipe acredita que as pessoas devem ter uma compreensão de si mesmas antes de poderem controlar sua demência. O ser de uma pessoa se manifesta na forma de comportamentos que evoluem a partir de interações de diferentes traços de personalidade. No caso das pessoas idosas, esses traços de personalidade teriam sido moldados em grande parte por suas experiências de vida e teriam uma base bastante sólida. Sua compreensão de si mesmos se reflete em seus comportamentos. Portanto, a chave para fornecer bons cuidados às pessoas com demência é ter um entendimento compartilhado das metas mutuamente aceitáveis entre os gerentes de caso, os cuidadores e os idosos envolvidos.

Esse entendimento compartilhado significa que todos precisam ter um papel ativo no programa, não apenas os destinatários dos cuidados idosos<sup>(15)</sup>. Além disso, é crucial que os gerentes de caso, cuidadores e os idosos tenham a mesma compreensão sobre o "ser" da pessoa idosa. Esse entendimento comum ajuda a formular metas mutuamente aceitáveis. Nesse modelo, as pessoas com demência eram os membros ativos no centro de cuidado, enquanto os membros da equipe compartilhavam as funções e responsabilidades de cuidar. O cuidado transdisciplinar adotou uma abordagem em que os gerentes de caso foram escolhidos de uma equipe de enfermeiras, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, médicos MTC, médicos ocidentais e especialistas em tratamento da dor com base nas necessidades de cuidados.

Dada a experiência positiva que tivemos neste estudo metodológico, nos comprometemos a realizar ativamente um estudo multicêntrico para ajustar a implementação deste programa de tratamento transdisciplinar de forma a beneficiar mais pessoas com demência. O mais importante é que este estudo abre uma perspectiva alternativa no tratamento da demência para pesquisadores, pessoas com demência e seus cuidadores.

## Conclusão

Este estudo metodológico revelou a viabilidade de uma abordagem integrativa no cuidado ao idoso com



demência. A demência é considerada uma epidemia global com enormes custos potenciais. É estereotipada por seus impactos progressivos e irreversíveis na saúde e no bem-estar do indivíduo. O trabalho preliminar relatado neste artigo lançou luz sobre a possibilidade de reabilitar idosos com demência por meio do programa de aprendizagem integrativa desenvolvido a partir das teorias de neuroplasticidade e aprendizagem. Alguns efeitos positivos do programa refletidos nos resultados das observações e julgamentos dos terapeutas foram evidenciados em conferências de casos. Como se trata apenas de um teste de viabilidade, a equipe de pesquisa considerou a necessidade de uma avaliação mais robusta e em grande escala do programa necessária e para uma melhor aceitação. O programa integrativo pode exemplificar as contribuições da enfermagem para atender às necessidades de saúde em casos de demanda crescente utilizando um modelo de cuidado liderado por enfermeiros.

## Agradecimentos

Agradecemos aos participantes e suas famílias por participarem do estudo relatado. Sem sua paciência e apoio nunca teríamos concluído o estudo.

## Referências

- World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2020 Jan 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=D6561050D5540AFA59F5CFC5212A056D?sequence=1>
- Chen Z, Yang X, Song Y, Song B, Zhang Y, Liu J, et al. Challenges of Dementia Care in China. *Geriatrics*. 2017;2(1):7. doi: <http://doi.org/10.3390/geriatrics2010007>
- Wu YT, Ali GC, Guerchet M, Prina AM, Chan KY, Prince M, et al. Prevalence of dementia in mainland China, Hong Kong and Taiwan: an updated systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2018;47(3):709-19. doi: <http://doi.org/10.1093/ije/dyy007>
- World Health Organization. Towards a dementia plan: A WHO guide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. [cited 2020 Jan 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272642/9789241514132-eng.pdf?ua=1>
- GBD 2016 Dementia Collaborators. Global, regional, and national burden of Alzheimers disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18(1):88-106. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30403-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30403-4)
- Canadian Nurses' Association. Dementia in Canada: Recommendations to support care for Canada's Aging population: Brief prepared for the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology [Internet]. Ottawa: Canadian Nurses' Association; 2016 [cited 2020 Jan 14]. Available from: [https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/dementia-in-canada\\_recommendations-to-support-care-for-canadas-aging-population.pdf?la=en&hash=4813DCAB22E1C116011B8B6C18F235213BD5A3CB](https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/dementia-in-canada_recommendations-to-support-care-for-canadas-aging-population.pdf?la=en&hash=4813DCAB22E1C116011B8B6C18F235213BD5A3CB)
- Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina AM, Winblad B, et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimers Dement*. 2017;13(1):1-7. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.07.150>
- Song Y, Wang J. Overview of Chinese research on senile dementia in mainland China. *Ageing Res Rev*. 2010;Suppl 1:S6-12. doi: <http://doi.org/10.1016/j.arr.2010.08.007>
- Charidimou A, Viswanathan A. Multiple neuropathologies and dementia in the aging brain: A key role for cerebrovascular disease? *Alzheimers Dement (N Y)*. 2016;2(4):281-2. doi: <http://doi.org/10.1016/j.trci.2016.11.001>
- Shen Y, Ye B, Chen P, Wang Q, Fan C, Xiang M. Cognitive Decline, Dementia, Alzheimer's Disease and Presbycusis: Examination of the Possible Molecular Mechanism. *Frontiers Neurosci*. 2018;12. doi: <http://doi.org/10.3389/fnins.2018.00394>
- Gratwicke J, Jahanshahi M, Foltynie T. Parkinson's disease dementia: a neural networks perspective. *Brain*. 2015;138(6):1454-76. doi: <http://doi.org/10.1093/brain/awv104>
- Humpel C. Chronic mild cerebrovascular dysfunction as a cause for Alzheimers disease? *Exp Gerontol*. 2011;46(4):225-32. doi: <http://doi.org/10.1016/j.exger.2010.11.032>
- Freund-Levi Y, Jedenius E, Tysen-Bäckström AC, Lärksäter M, Wahlund L, Eriksdotter M. Galantamine versus Risperidone treatment of neuropsychiatric symptoms in patients with probable dementia: An open randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014;22(4):341-8. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.05.005>
- Hainsworth AH, Yeo NE, Weekman EM, Wilcock DM. Homocysteine, hyperhomocysteinemia and vascular contributions to cognitive impairment and dementia (VCID). *Biochim Biophys Acta*. 2016;1862(5):1008-17. doi: <http://doi.org/10.1016/j.bbadis.2015.11.015>
- Bosco A, Schneider J, Coleston-Shields DM, Orrell M. Dementia care model: Promoting personhood through co-production. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;81:59-73. doi: <http://doi.org/10.1016/j.archger.2018.11.003>

16. Lillard AS, Erisir A. Old dogs learning new tricks: Neuroplasticity beyond the juvenile period. *Dev Rev.* 2011;31(4):207-39. doi: <http://doi.org/10.1016/j.dr.2011.07.008>
17. Lunghi C, Sale A. A cycling lane for brain rewiring. *Curr Biol.* 2015;25(23):1122-r1123. doi: <http://doi.org/10.1016/j.cub.2015.10.026>
18. Caruso C. New Experiences Help Speed Up Brain Development in Mice: Researchers unravel how new neurons connect to existing neural networks [Internet]. *Scientific American.* 2016 [cited 2019 Mar 15]. Available from: <https://www.scientificamerican.com/article/new-experiences-help-speed-up-brain-development-in-mice/>
19. Särkämö T, Ripollés P, Vepsäläinen H, Autti T, Silvennoinen HM, Salli E, et al. Structural Changes Induced by Daily Music Listening in the Recovering Brain after Middle Cerebral Artery Stroke: A Voxel-Based Morphometry Study. *Front Hum Neurosci.* 2014;8:245. doi: <http://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00245>
20. Marzouk S. S182 Introduction to neuroplasticity and its application in neurorehabilitation. *Clin Neurophysiol.* 2017;128(9):e237. doi: <http://doi.org/10.1016/j.clinph.2017.07.192>
21. Adlaf EW, Vaden RJ, Niver AJ, Manuel AF, Onyilo VC, Araujo MT, et al. Adult-born neurons modify excitatory synaptic transmission to existing neurons. *eLife.* 2017;6. doi: <http://doi.org/10.7554/eLife.19886>
22. Manuella J, Vercelli U, Nani A, Costa T, Cauda F. Mindfulness meditation and consciousness: An integrative neuroscientific perspective. *Conscious Cogn.* 2016;40:67-78. doi: <http://doi.org/10.1016/j.concog.2015.12.005>
23. Dahlgaard J, Jørgensen MM, Velden AMVD, Sumbundu A, Mehlsen MY. Mindfulness, Health, and Longevity. In: Rattan SIS, Kyriazi M, editors. *The Science of Hormesis in Health and Longevity.* (Ch22). 2019. Chapter 22, p. 243-55. doi: <http://doi.org/10.1016/B978-0-12-814253-0.00022-X>
24. Langer EJ. Mindful learning. *Curr Dir Psychol Sci.* 2000;9(6):220-3. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.00099>
25. Wang X, Geng L, Zhou K, Ye L, Ma Y, Zhang S. Mindful learning can promote connectedness to nature: Implicit and explicit evidence. *Conscious Cogn.* 2016;44:1-7. doi: <http://doi.org/10.1016/j.concog.2016.06.006>
26. Tang Y, Geng L, Schultz PW, Zhou K, Xiang P. The effects of mindful learning on pro-environmental behavior: A self-expansion perspective. *Consc Cogn.* 2017;51:140-8. doi: <http://doi.org/10.1016/j.concog.2017.03.005>
27. Mcpherson S, Reese C, Wendler MC. Methodology Update: Delphi studies. *Nurs Res.* 2018;67(5):404-10. doi: <http://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000297>
28. Flostrand A. Finding the future: Crowdsourcing versus the Delphi technique. *Bus Horiz.* 2017;60(2):229-36. doi: <http://doi.org/10.1016/j.bushor.2016.11.007>
29. Hasson F, Keeney S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. *Technol Forecast Soc Change.* 2011;78(9):1695-704. doi: <http://doi.org/10.1016/j.techfore.2011.04.005>
30. Rowe G, Wright G. The Delphi technique: Past, present, and future prospects — Introduction to the special issue. *Technol Forecast Soc Change.* 2011;78(9):1487-90. doi: <http://doi.org/10.1016/j.techfore.2011.09.0021>
31. Wong A, Au LWC, Mok VCT, Tang, AKY. What's in the web for family physicians – mild cognitive impairment and dementia. *Hong Kong Pract.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 25];40(1). Available from [https://www.hkcfp.org.hk/Upload/HK\\_Practitioner/2018/hkp2018vol40Mar/Internet.html](https://www.hkcfp.org.hk/Upload/HK_Practitioner/2018/hkp2018vol40Mar/Internet.html)

#### Contribuição dos autores:

**Concepção e desenho da pesquisa:** Thomas Kwok Shing Wong, Chen Jinghan, Carmen Ka Man Lee, Zhou Ying, Jiang Liping, Joanne Wai Yee Chung. **Obtenção de dados:** Yang Yunhua, Chen Jinghan, Carmen Ka Man Lee, Tang Qiubi, Tang Qiubi, Joanne Wai Yee Chung. **Análise e interpretação dos dados:** Thomas Kwok Shing Wong, Yang Yunhua, Chen Jinghan, Carmen Ka Man Lee, Tang Qiubi, Joanne Wai Yee Chung. **Análise estatística:** Thomas Kwok Shing Wong, Yang Yunhua, Chen Jinghan, Carmen Ka Man Lee, Tang Qiubi, Joanne Wai Yee Chung. **Obtenção de financiamento:** Thomas Kwok Shing Wong. **Redação do manuscrito:** Joanne Wai Yee Chung. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Thomas Kwok Shing Wong, Zhou Ying, Jiang Liping, Joanne Wai Yee Chung. **Outros (Acesso ao local para estudo piloto):** Zhou Ying.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 25.08.2020

Aceito: 26.05.2021

Editora Associada:  
Evelin Capellari Cárnio


**Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Joanne Wai Yee Chung

E-mail: [joannechung@eduhk.hk](mailto:joannechung@eduhk.hk)

 <https://orcid.org/0000-0001-9884-9800>