



O que é ser uma pessoa idosa que apresenta queixas de memória: a percepção de mulheres atendidas em um Centro de Reabilitação Física

What it is like to be an older person with memory complaints: the perception of women seen at a Physical Rehabilitation Center

Rafaela Gulhak Moretto¹ 
Thais Schemberger Favarini¹ 
Camila Costanaro¹ 
Vilmar Malacarne² 
Keila Okuda Tavares¹ 

Resumo

Objetivo: Conhecer e compreender o que é ser uma pessoa idosa que apresenta queixas de memória, por meio do olhar de mulheres atendidas em um Centro de Reabilitação Física. **Método:** Estudo descritivo exploratório de caráter qualitativo com população composta por idosas acima de 60 anos que apresentavam alteração da função cognitiva, verificada por meio do instrumento Miniexame do Estado Mental (MEEM) e queixas subjetivas de memória. Foi aplicado um questionário para a caracterização das participantes e realizada uma entrevista semiestruturada áudio gravada baseada em uma pergunta orientadora. As entrevistas transcritas na íntegra foram analisadas com a Análise do Conteúdo de Bardin. **Resultados:** As 19 participantes apresentavam idade entre 62 e 84 anos, com média de 72,37 ($\pm 6,72$) anos. Por meio da leitura das falas relacionadas as respostas da pergunta orientadora e análise, foi possível identificar duas categorias: (1) sentimentos que as idosas vivenciam devido a queixa de memória; (2) situações da vida diária que são afetadas pela queixa de memória. **Conclusão:** Ser uma idosa que apresenta queixas de memória se mostra como algo difícil, promove diversas mudanças no cotidiano, altera situações que costumavam ser comuns, sendo necessárias readaptações tanto da idosa que sofre com a dificuldade de memória, quanto para os indivíduos que estão a sua volta.

Palavras-chave: Perda de Memória. Idosos. Disfunção Cognitiva.

Abstract

Objective: To understand what it is like to be an older person with memory complaints from the perspective of women seen at a Physical Rehabilitation Center. **Method:** A qualitative exploratory descriptive study was conducted involving a population of older women aged >60 years who had impaired cognitive function, as measured by the Mini-Mental State Examination (MMSE), and subjective memory complaints was carried

Keywords: Memory loss. Elderly. Cognitive Dysfunction.

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Departamento de Fisioterapia. Cascavel, PR, Brasil.

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Departamento de Pedagogia, Programa de Pós-Graduação em Educação. Cascavel, PR, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Keila Okuda Tavares
keila.tavares@unioeste.br

Recebido: 17/10/2022
Aprovado: 10/05/2023

out. A questionnaire was applied to characterize the participants and an audio-recorded semi-structured interview based on a guiding question was conducted. The transcribed interviews were analyzed using Bardin's Content Analysis. *Results:* The age of the 19 participants ranged from 62 to 84 years, with mean of 72.37 (± 6.72) years. Reading and analysis of the discourse produced in response to the guiding question revealed two categories: (1) feelings the older women experienced due to memory complaints; (2) daily life situations affected by memory complaints. *Conclusion:* Being an older woman with memory complaints was reported as challenging, promoting changes in daily life, impacting situations that used to be routine, and requiring readjustments both for the older individual with memory impairment and those around them.

INTRODUÇÃO

A memória pode ser definida como a capacidade de adquirir, armazenar e recuperar informações e experiências. É um processo cognitivo complexo, fundamental para a aprendizagem, adaptação e sobrevivência do ser humano, que permite que informações sejam mantidas na mente por longos períodos, e recuperadas quando necessário¹. A todo momento, esse recurso cognitivo é utilizado para realizar atividades no dia a dia, sendo um dos fatores que influenciam a independência na vida cotidiana².

A memória é uma das funções cognitivas mais afetadas durante o envelhecimento. Pode-se observar diminuição da velocidade de processamento, da capacidade de atenção, da capacidade de recordação episódica e de execução de diferentes tarefas com o envelhecer³⁻⁵. Entre pessoas idosas, queixas de memória são mais frequentes entre mulheres^{6,7}.

A percepção subjetiva de perda de memória ou queixa de memória na população idosa, pode estar associada a disfunção objetiva de perda de memória e deficit cognitivo, que por sua vez podem ser evidenciados por meio de testes específicos⁸.

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) é o instrumento de rastreio do *status* cognitivo para pessoas adultas e idosas mais utilizado no Brasil e no mundo. Estudos relacionados ao treino da memória aplicam o MEEM para avaliar e verificar a evolução de pessoas que apresentam esse comprometimento, apesar desse instrumento não avaliar somente a alteração de memória².

O envelhecimento pode afetar de forma negativa a qualidade de vida do idoso, principalmente quando associado a queixas de memória e declínio cognitivo. Tais fatores interferem diretamente na autonomia, autocuidado, interação social e funcionalidade. Pessoas idosas com essas alterações e vivências podem apresentar depressão, ansiedade, irritabilidade, agressividade, apatia, desânimo, angústia e medo².

No contexto da pandemia da covid-19, observou-se que manifestações neurológicas, incluindo o comprometimento cognitivo e mental, estão presentes durante a manifestação aguda da doença e a longo prazo. Dentre os sintomas de alteração cognitiva, a queixa de memória é uma das mais frequentes⁹.

Idade avançada, menor nível de escolaridade, presença de comorbidades, ter apresentado covid-19 grave, necessidade de admissão em Unidade de Tratamento Intensivo e presença de delírio, constituem fatores de risco para o desenvolvimento de comprometimento cognitivo a longo prazo⁹.

O isolamento social adotado como medida para o enfrentamento da pandemia da covid-19, acarretou alterações no cotidiano, nos relacionamentos familiares e sociais e na quantidade de atividades executadas pelas pessoas idosas. Tal fato está associado a declínio cognitivo e comprometimento de funções como a memória e a piora dos casos de alteração da memória pré-existentes¹⁰.

A identificação da queixa de memória entre pessoas idosas, sua avaliação objetiva e monitoramento da sua evolução, permite ao profissional da saúde planejar e aplicar abordagens voltadas para seu tratamento, com

objetivo de melhorar a independência e qualidade de vida dos acometidos. Além de, permitir a adaptação e complementação das abordagens empregadas para tratamento de doenças que acometem a pessoa idosa, tendo em vista melhor adesão e cumprimento das orientações, que são influenciadas pela capacidade do indivíduo processar, reter e armazenar informações².

A forma como a pessoa idosa lida com experiências de perda durante o envelhecer, entre elas a perda da memória, é influenciada por diferentes fatores como, cultura, religiosidade, suporte social, estratégias de enfrentamento e características pessoais^{11,12}.

A avaliação da percepção da pessoa idosa em relação ao impacto desse acometimento em seu cotidiano é importante para os profissionais das equipes de saúde. Ao conhecer essa percepção, esses profissionais podem utilizar as informações obtidas para complementar de forma mais individualizada e humanizada suas estratégias de tratamento.

Ao se considerar pessoas idosas, homens e mulheres apresentam percepções diferentes sobre o envelhecer e as modificações que isso acarreta¹¹. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é conhecer e compreender o que é ser uma pessoa idosa que apresenta queixas de memória, por meio do olhar de mulheres atendidas em um Centro de Reabilitação Física.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa descritiva exploratória qualitativa. A população do estudo foi composta por idosas acima de 60 anos atendidas no Centro de Reabilitação Física (CRF) de uma Universidade pública do Paraná, entre fevereiro e agosto de 2021, que apresentavam alteração da função cognitiva, verificada por meio do MEEM e relatos de queixas subjetivas de memória. Os critérios de exclusão foram: ser do sexo masculino, ter apresentado covid-19, idosas com diagnósticos de doenças cujo quadro clínico não permitissem comunicação verbal; idosas acamadas (dependentes); idosas com deficiência física.

As idosas foram contatadas por meio de ligação telefônica para agendar a primeira etapa da coleta de dados. No primeiro encontro presencial (que ocorreu em uma sala do CRF) foi aplicado um questionário

para caracterização das participantes contendo as variáveis: nome, idade, sexo, estado civil, se morava sozinha ou com outras pessoas, ocupação, renda familiar, escolaridade e religião. Tais variáveis foram analisadas por meio de estatística descritiva simples.

O MEEM foi usado para rastrear de forma mais objetiva mulheres idosas que apresentavam queixas subjetivas de memória. Ao se considerar o MEEM, a escolaridade é fator que influencia os escores obtidos¹³. No presente estudo foram adotados pontos de corte propostos por BRUCKI et al.¹⁴ para determinar a presença de deficit cognitivo: 20 pontos para pessoas analfabetas; 25 para pessoas com 1 a 4 anos de escolaridade; 26,5 para as com 5 a 8 anos; 28 para as com 9 a 11 anos; 29 para pessoas com mais de 11 anos. Dentre aquelas com pontuação que indicava deficit cognitivo, foi realizado segundo contato telefônico para comunicar os resultados e verificar a presença ou não de queixas subjetivas de memória. Para aquelas que referiram essa queixa, foi agendado um segundo encontro presencial para realizar uma entrevista semiestruturada áudio gravada baseada na pergunta orientadora: “*Para você, como é ser uma idosa que apresenta queixa de memória?*”.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e identificadas pela letra “E” de “entrevistada” seguidas por números (obedecendo a ordem de realização das entrevistas estabelecida por sorteio), para serem analisadas com a Análise do Conteúdo¹⁵.

Tanto no primeiro, como no segundo encontro presencial com as participantes, foram cumpridas as medidas sanitárias vigentes no CRF para tentar evitar o contato e a disseminação do coronavírus. A adoção dessas medidas foi necessária, tendo em vista que a coleta de dados ocorreu em 2021, período em que os atendimentos desse serviço de saúde estavam sendo retomados durante a pandemia.

A responsável pela coleta de dados e as participantes do estudo, para poder entrar no CRF, passaram por triagem de sinais e sintomas relacionada ao quadro clínico da covid-19, sendo solicitado como obrigatório durante a permanência dentro da sua estrutura física, o uso de álcool gel (70%) nas mãos, álcool líquido (70%) para assepsia de mesas e cadeiras, máscara facial e condutas de etiqueta respiratória.

Na sala reservada para a coleta de dados foi respeitado o distanciamento de dois metros entre pesquisadora e participante do estudo, bem como a permanência das janelas e porta aberta para permitir a ventilação do ambiente, mas com garantia de privacidade para o levantamento das informações necessárias.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Instituição de Ensino a qual pertence o CRF, sob o parecer número 3.990.370, que está de acordo com a Resolução nº 466/2012 e a nº 510/2016. As participantes da pesquisa cientes do conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinaram esse documento antes da aplicação do questionário.

RESULTADOS

Entre fevereiro e agosto de 2021 estavam em tratamento no local de estudo 79 pessoas idosas. Em relação a esse grupo, 58 (73,42%) eram mulheres e 21 (26,58%) homens. Todas idosas foram incluídas no estudo, sendo que 20 (34,48%) apresentaram alteração da função cognitiva de acordo com o MEEM.

As 20 idosas relataram queixas de memória, no entanto, uma delas se recusou a participar da entrevista semiestruturada, por motivos pessoais. As 19 entrevistadas apresentavam entre 62 e 84 anos, com média de 72,37 ($\pm 6,72$) anos. Em relação a pontuação no MEEM, a média foi de 19,58 ($\pm 4,02$) pontos. Na Tabela 1 são apresentadas as variáveis de caracterização das participantes.

Tabela 1. Dados de caracterização das participantes do estudo (N=19). Cascavel, PR, 2021.

Variáveis	n (%)
Estado civil	
Casada	9 (47,37)
Viúva	7 (36,84)
Solteira	3 (15,79)
Ocupação	
Aposentada	17 (89,47)
Dona de casa	2 (10,53)
Renda familiar mensal (em salário-mínimo)	
Até um	8 (42,11)
Um a dois	3 (15,78)
Três a cinco	8 (42,11)
Escolaridade	
Analfabeta	3 (15,79)
Ensino fundamental incompleto	3 (15,79)
Ensino fundamental completo	6 (31,58)
Ensino médio incompleto	1 (5,26)
Ensino médio completo	2 (10,53)
Ensino superior incompleto	2 (10,53)
Ensino superior completo	1 (5,26)
Pós-graduação completa	1 (5,26)
Religião	
Católica	14 (73,68)
Evangélicas	5 (26,32)

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.

Por meio da leitura das falas relacionadas as respostas da pergunta orientadora e sua análise, foi possível identificar duas categorias: a) sentimentos que as idosas vivenciam devido a queixa de memória; b) situações da vida diária que são afetadas pela queixa de memória.

Sentimentos que as idosas vivenciam devido a queixa de memória

A idosa que apresenta queixa de memória associa esse fato a adjetivos negativos, como “difícil”, “ruim”, “horrível”, “terrível”, “triste”.

“É o negócio mais ruim do mundo, porque eu sempre fui, eu sempre tive a memória boa [...]” (E14).

“[...] é triste, eu acho que a pior coisa é a pessoa “desmemoriada” (E18).

Foi possível observar que as idosas vivenciam sentimentos negativos frente sua dificuldade com a memória. Relatam se sentirem nervosas, angustiadas, envergonhadas, incomodadas e desanimadas. Sentimentos positivos, como se sentir feliz, são referidos quando conseguem lembrar de algo.

“É que me dá um nervoso sabe, de eu querer lembrar das coisas e eu não conseguir [...] passado umas horas eu lembro, daí eu fico toda feliz de ter lembrado” (E8).

“[...] é uma questão que a gente tem às vezes, fica meio envergonhada [...]” (E11).

“Dá uma angústia, dá um desânimo” (E18).

“Às vezes eu deixo uma coisa no lugar e eu esqueço, umas coisas fora do lugar na cozinha [...], incomoda” (E3).

Devido a queixa de memória, as idosas se sentem dependentes de outras pessoas para realizar tarefas que realizavam sozinhas, como ir ao médico ou sair de casa para seus afazeres.

“Eu acho muito terrível porque você precisa, acho que de uma pessoa, sempre tem um acompanhante

junto, principalmente para ir no médico, que ele passa os medicamentos e os horários de tomar certinho, e a gente precisa estar por dentro, bem certo” (E8).

“Depende dos outros para andar junto, não pode andar sozinho” (E11).

O medo faz parte do cotidiano das idosas que apresentam queixa de memória. As participantes relataram medo do seu quadro clínico relacionado a memória piorar, medo de no futuro ficar sozinha apresentando diminuição de memória, medo de estarem tendo essa alteração de maneira precoce ou até mesmo de se tornarem dependentes de outras pessoas.

“Eu tenho medo que um dia eu fique, como é que se diz, esquecida demais [...]. [...] Eu tenho medo assim, de não lembrar mais de nada [...]” (E5).

“[...] por enquanto, a gente, apesar dos esquecimentos um pouco, a gente é bem lúcida para sair, para se virar, mas é complicado menina, já pensou mais tarde no futuro como é que vai ser, daqui uns anos” (E8).

“Única preocupação minha é que penso que talvez a minha está chegando um pouco mais cedo, porque eu estou com 66 anos” (E4).

Algumas idosas demonstraram estar conformadas com a dificuldade de memória, pelo fato de acharem ser algo normal, relacionado ao envelhecimento.

“[...] eu sei que é natural, eu entendo que é natural da minha idade” (E10).

“Eu me conformo, eu me conformo um pouquinho, porque é fisiológico isso, não tem como fugir, é fisiológico e eu sei que isso vai chegar, entendeu” (E4).

Situações da vida diária que são afetadas pela queixa de memória

Durante as entrevistas, as idosas falaram sobre a intensidade e a frequência com que a dificuldade de memória se apresenta no seu cotidiano.

“Na verdade, eu esqueço de tudo” (E2).

“Eu esqueço muitas coisas” (E1).

“Não é muito frequente não, às vezes tem dias que eu passo um dia todinho sem, lembrando de tudo” (E19).

Esquecer onde estaria “guardado” algum objeto, foi algo recorrente nas falas das participantes do estudo.

“[...] eu troco as coisas do lugar e depois eu não me lembro que eu troquei aquela coisa de lugar sabe, [...]” (E14).

“Às vezes eu estou junto com o objeto que eu quero e eu não, saio procurando, depois vem ali e está ali” (E11).

“Eu esqueço, às vezes eu quero pegar uma coisa, eu vou lá e pego e fico pensando, o que eu tenho que pegar, aí eu volto, dou uma volta e depois eu me lembro” (E17).

“Às vezes eu pego minha bolsinha [...] e a gente guarda e depois esquece onde pôs” (E19).

As idosas entrevistadas referiram que não conseguem recordar se já realizaram ou não o que precisam fazer. Relatam que muitas vezes “misturam” tarefas, enquanto estavam realizando uma, iniciam outra, por esquecer o que estavam executando primeiro.

“Às vezes a gente sai e pensa que fez aquilo lá, e não fez, aí a gente volta e daqui a pouco a gente lembra, talvez [...]” (E3).

“Tem horas que eu pego um aparelho de pressão e verifico, termina aquilo e aí começo a limpar a casa, daí eu misturo tudo, eu quero fazer tudo numa hora só e vou esquecendo” (E7).

Em alguns casos as idosas esquecem coisas relacionadas ao cozinhar, pois vão preparar algum alimento/refeição e se esquecem do que estavam fazendo, precisando manter concentração total para concluir essa tarefa.

“Eu ponho o arroz cozinhar, se eu sair um pouquinho, eu virei na pia, eu esqueço o arroz, que meu fogão fica atrás, eu virei na pia para fazer outra coisa, o arroz eu já não lembro mais” (E2).

“Se eu sair de perto, esqueço e queima, eu não posso sair de perto, eu preciso ficar com aquela atenção sabe, desse jeito” (E7).

O relacionamento das idosas com outras pessoas sofre prejuízos, devido à dificuldade de memória, pois não lembram de informações que elas falaram, dizem coisas que antes não costumavam verbalizar, esquecem nomes de pessoas e de fatos que foram relatados a elas. Sendo que, algumas pessoas deixam de se comunicar com elas por esses motivos.

“[...] falar alguma coisa, combinar alguma coisa com a pessoa e não lembrar mais [...], ninguém mais conversa muito comigo, porque sabe que eu estou perdendo [...]. [...] Eu já não sei mais o nome de ninguém, eu preciso ler o nome, ou então escrever num papel, muito mal [...]” (E14).

“Às vezes até o nome de pessoas que são da família eu esqueço sabe, dá aquele branco assim, some [...]” (E8).

“Fala as coisas que, às vezes não é de falar” (E11).

As entrevistadas disseram que já passaram por situações em que tiveram dificuldade de localizar/reconhecer onde estavam, mesmo em locais frequentados por ela; e situações em que esqueceram o que foram fazer quando saíram de casa.

“A perda de memória é assim, tem horas que a gente não sabe onde está” (E7).

“Você sai em algum lugar, você vai na rua, você chega lá e não sabe o que foi fazer mais, volta para casa” (E2).

“Vai na cidade, você quer ir em um lugar e não vai, entra na outra loja, você quer ir naquela e não é aquela, é outra” (E11).

“Tinha vezes que eu pegava o ônibus, eu tinha que pensar onde que eu ia descer, eu não lembrava, é horrível” (E7).

Relataram se esquecer de compromissos, como consultas médicas, e não lembrar se já fizeram uso de medicamentos, ou se o fizeram no horário correto.

“Eu esqueci da minha consulta do dia primeiro que eu tinha agendado, para atualização da receita, esqueci, ninguém me lembrou e aí eu acabei esquecendo” (E7).

“É, o medicamento às vezes também, foge do horário também, não muito em seguida, mas acontece [...]. [...] Acontece de tomar e aí ficar pensando, será que tomei aquele, naquele horário?” (E3).

DISCUSSÃO

Por meio das falas das participantes do estudo foi possível perceber que ser uma idosa que apresenta queixas de memória é vivenciar sentimentos negativos e ter situações da vida diária afetadas devido a essa alteração. Apresentar queixa de memória foi descrito como algo “ruim”, “triste”, “difícil”, “desagradável” e “não desejado”, que por sua vez promove nervosismo, angústia, vergonha, incômodo, desânimo e medo.

As atividades de vida diária, desde as mais básicas (tarefas do cotidiano) até as mais complexas (planejar uma viagem, dirigir, praticar esporte, participar de movimentos comunitários, entre outras), podem sofrer alterações devido as queixas de memória. Tal fato pode dar origem a quadros depressivos pela perda da capacidade de realizar tarefas que antes eram possíveis¹⁶.

O desempenho geral da pessoa idosa nessas atividades está intimamente ligado a integridade de suas funções intelectuais. Quando a pessoa idosa não apresenta boas performances em relação ao desempenho cognitivo, aparecem sintomas como angústia, ira, culpa e constrangimento¹⁷.

Pessoas idosas que apresentam queixas subjetivas de memória são mais propensas a apresentar baixa autoestima, estresse e sintomas depressivos em relação a idosos sem essas queixas¹⁸. Quando a dificuldade com a memória começa a se manifestar, as queixas depressivas se mostram piores e mais presentes nos dois primeiros anos subsequentes ao seu início. Em outros casos, a diminuição cognitiva e de memória

causa diminuição da funcionalidade e do autocuidado, resultando em manifestações depressivas¹⁹.

Com o passar da idade, a perda de autonomia é fator importante para diminuição do bem-estar e qualidade de vida. E quando essa perda está associada a declínios funcionais e cognitivos o impacto na qualidade de vida se torna mais intenso²⁰.

O medo relacionado ao declínio cognitivo e suas consequências, pode estar relacionado a experiências prévias de dificuldade com a memória experimentadas por outras pessoas²¹. O contato com essa realidade promove o surgimento de apreensão em relação ao futuro, pois muitos indivíduos nessa faixa etária apresentam piora do quadro de forma rápida, limitações no dia a dia e acabam se tornando dependentes de outras pessoas²². Pessoas idosas com diminuição da memória tendem a ver seu futuro de maneira pessimista, pois para elas, existe a possibilidade de desenvolverem demência²³.

Na terceira idade, mulheres costumam passar grande parte de seu tempo em casa, atuando em tarefas domésticas como cozinhar, realizar a limpeza geral e organização do ambiente²⁴. Familiares cuidadores de pessoas idosas com dificuldade de memória relatam que elas se colocam em circunstâncias de risco relacionadas a situações como, ligar o botão do gás e esquecer de desligar e mexer panelas quentes no fogão²⁵.

Alguns dos sintomas do declínio cognitivo podem ser relacionados a dificuldades para lembrar nomes, não conseguir recordar palavras que gostariam de usar para descrever algo e onde colocaram objetos²⁶.

Pessoas idosas geralmente apresentam doenças crônicas que necessitam de tratamento medicamentoso. Quando essa população apresenta diminuição da memória, pode ocorrer fenômenos como o esquecimento relacionado a tomar o medicamento no horário correto ou se a medicação já foi utilizada²⁷.

Para lidar com tais problemas, pessoas idosas adotam estratégias como associar o horário de administração dos remédios com uma refeição, ou até mesmo utilizar bilhetes para evitar quadros de esquecimento. Esse acontecimento configura cenário de risco para saúde, pois pode promover adesão e qualidade insatisfatória dos tratamentos,

bem como complicações, devido ao prejuízo do autocuidado executado²⁸.

Muitas pessoas idosas com queixas de memória não procuram tratamento, devido ao fato de apresentarem a concepção de que problemas de memória resultam de um processo “normal”, associado ao envelhecer. Outras apresentam estigma em relação a diminuição da memória, a encarando como algo que deveria ser ocultado da família e pessoas com quem convive²⁹.

Uma maior atividade cerebral faz com que fatores relacionados ao envelhecimento cognitivo, como a diminuição de memória, sejam evitados, retardados ou diminuídos. Para isso, intervenções com resultados satisfatórios vêm sendo propostas, o que se mostra positivo para a saúde da pessoa idosa, pois tem o objetivo de melhorar o desempenho em atividades de vida diária³⁰.

O treino cognitivo se caracteriza por intervenções que são aplicadas para estimular o pensamento e a cognição, com diferentes graus de dificuldade e intensidade. Os objetivos do treino incluem manter ou melhorar a capacidade cognitiva e funcional para atividades de vida diária. Geralmente se caracteriza por tarefas padronizadas e estruturadas para treinar habilidades como atenção, memória, velocidade de processamento de informações e resolução de problemas³⁰. Podem ser aplicadas de maneira isolada por um profissional da saúde, ou de maneira multidisciplinar, incluindo profissionais de diferentes áreas³¹.

O treino cognitivo com uso de ábaco, instrumento lúdico que estimula atenção e raciocínio se destaca como estratégia para otimizar o potencial de reserva cognitiva de idosos, influenciando a memória³⁰. Outras estratégias podem ser utilizadas, como jogo da memória, memorização de figuras, diferenciação de cores, explicação do significado de expressões comuns, escrever lista de compras ou o máximo de objetos que vê em um cômodo, exercícios de lógica e linguagem como ler um texto com números simulando letras, textos com palavras embaralhadas, ler uma palavra de trás para frente, escrever o próprio nome ou desenhar com a mão não-dominante³².

Os grupos de apoio formais e informais são espaços de convívio social que potencializam as

competências das pessoas idosas, contribuindo para que exerçam seu papel na sociedade, superem dificuldades e mudem atitudes frente a situações de saúde-doença³³.

Para auxiliar no quesito intelectual e psicológico, grupos de apoio formais e informais mostram-se importantes, pois proporcionam reflexão sobre mudanças que acontecem nessa fase da vida. O fato de a pessoa idosa poder verbalizar seus sentimentos, ser acolhida e ouvida, resgata potencialidades adormecidas e valoriza sua autoestima, afastando situações como o isolamento e a solidão, melhorando o autocuidado e o relacionamento com familiares^{16,33}.

A adoção da avaliação periódica da capacidade cognitiva da pessoa idosa, para diagnóstico precoce de problemas como a diminuição de memória, é importante para que se possa investir na prevenção e tratamento precoce das queixas de memória².

O fato de a coleta de dados ter sido realizada no ano de 2021 limitou o número de idosas que poderiam ter sido abordadas na presente pesquisa. Neste período, o número de indivíduos, que estavam sendo submetidos a tratamento no local de estudo, era menor ao se comparar o período pré-pandêmico. Muitas pessoas, ao serem contatadas para serem submetidas a alguma abordagem no serviço de saúde onde foi realizada a pesquisa, recusaram a avaliação e atendimento devido ao medo de saírem de casa e se contaminar com o coronavírus.

A falta de contato com pessoas, mudança da rotina e redução de atividades funcionais e cotidianas durante o período de isolamento social na pandemia da covid-19, estão associadas a prejuízo na concentração e perda de memória¹⁰ e pode ter influenciado as respostas obtidas.

Além disso, pode ter ocorrido impacto negativo desse isolamento social na saúde mental das participantes e isso ter influenciado suas experiências com as queixas de memória. Pessoas submetidas a privação e restrição social vivenciam sentimentos negativos e podem apresentar sintomas relacionados ao estresse, ansiedade e depressão e o agravamento de transtornos mentais prévios^{10,34}. Sendo que, pessoas idosas são consideradas um grupo mais suscetível a essas alterações frente esse tipo de situação³⁵.

CONCLUSÃO

Ser uma idosa que apresenta queixas de memória mostra-se como algo difícil, promove mudanças no cotidiano, altera situações que costumavam ser comuns, sendo necessárias readaptações tanto da idosa, como dos indivíduos a sua volta.

Observou-se que a diminuição da memória está associada a vivência de sentimentos negativos, a dependência para tarefas que antes realizavam sozinhas e pensamentos de conformação por acreditarem ser um processo fisiológico do envelhecimento. As idosas referiram que iniciam tarefas e não terminam, que vivenciam dificuldade para se localizar em locais conhecidos e que apresentam prejuízos em suas relações interpessoais. Relataram esquecer onde algo está guardado, datas importantes, assuntos relacionados a medicações e compromissos relacionados a saúde.

Sugere-se para estudos futuros, a realização de pesquisas com o objetivo de conhecer e compreender o que é ser um homem idoso que apresenta queixas

de memória e pesquisas sobre a percepção e avaliação objetiva dessas queixas em pessoas idosas antes e após aplicação de treinos cognitivos, investigando seu desfecho sobre a diminuição de memória.

Editado por: Yan Nogueira Leite de Freitas

9 de 11

AUTORIA

- Rafaela Gulhak Moretto: Metodologia, Investigação, Análise Formal, Escrita - Primeira Redação
- Thais Schemberger Favarin: Metodologia, Investigação, Análise Formal, Escrita - Primeira Redação
- Camila Costanaro: Escrita - Revisão e Edição
- Vilmar Malacarne: Escrita - Revisão e Edição
- Keila Okuda Tavares: Administração do Projeto, Análise Formal, Conceituação, Escrita - Revisão e Edição, Supervisão

REFERÊNCIAS

1. Mourão Júnior CA, Faria NC. Memória. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2015;28(4):780-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528416>.
2. Gomes ECC, Souza SL, Marques APO, Leal MCC. Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(6):2193-202. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.24662018>.
3. Souto JJ, Silva GM, Almeida NL, Shoshina II, Santos NA, Fernandes TP. Age-related episodic memory decline and the role of amyloid- β : A systematic review. *Dement e Neuropsychol*. 2021;15(3):299-313. Disponível em: <https://10.1590/1980-57642021dn15-030002>.
4. Lima-Silva TB, Ordonez TN, Dos Santos G, Moreira APB, Verga CER, Ishibashi GA, et al. Effects of working memory training on cognition in healthy older adults: a systematic review. *Dement e Neuropsychol*. 2022;16(4):418-32. Disponível em: <https://10.1590/1980-5764-DN-2021-0119>.
5. Idowu MI, Szameitat AJ. Executive function abilities in cognitively healthy young and older adults: a cross-sectional study. *Front Aging Neurosci*. 2023;15:1-18. Disponível em: <https://10.1590/1980-5764-DN-2021-0119>.
6. Cui D, Wang D, Jin J, Liu X, Wang Y, Cao W, et al. Age- and sex-related differences in cortical morphology and their relationships with cognitive performance in healthy middle-aged and older adults. *Quant Imaging Med Surg*. 2023;13(2):1083-99. Disponível em: <https://10.21037/qims-22-583>.
7. Needham LP, Lu K, Nicholas JM, Schott JM, Richards M, James S-N. A comprehensive assessment of age of menopause with well-characterized cognition at 70 years: a population-based British birth cohort. *Maturitas*. 2023;170(2023):31-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.01.009>.
8. Martins NIM, Caldas PR, Cabral ED, Lins CCDSA, Coriolano M das GW de S. Cognitive assessment instruments used in elderly Brazilians in the last five years. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(7):2513-30. Disponível em: <https://10.1590/1413-81232018247.20862017>.

9. Nascimento MEB, Mello CM, Oliveira MMS, Farias MGN, Ximenes RV, Ferreira LC. Sequelas cognitivas em idosos após infecção pelo vírus Sars-Cov-2: uma revisão sistemática. *Brazilian J Heal Rev.* 2022;5(6):22750-9. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n6-073>.
10. Lins CFM, Costa ÍM, Moraes LD, Junior FWSB, Martins JCO. Ócio, lazer e tempo livre das velhices em quarentena: perspectivas psicossociais de um estudo brasileiro. *LICERE - Rev do Programa Pós-Graduação Interdiscip em Estud do Lazer.* 2020;23(3):341-68. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2020.2>.
11. Kreuz G, Franco MHP. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - revisão sistemática de literatura. *Arq Bras Psicol.* 2017;69(2):168-86. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v69n2/12.pdf>
12. Pearman A. The interpersonal context of memory complaints. *J Appl Gerontol.* 2021;40(11):1601-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0733464820970065>.
13. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxDkkgmCN4kNfVTv/?format=pdf&lang=pt>
14. Brucki SMD, Nitrin R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3 B):777-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2003000500014>.
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* 1ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
16. Dias EG, Andrade FB, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cad Saude Publica.* 2015;31(8):1623-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125014>.
17. Alvarenga MRM, Cerchiarri EAIN, Espíndola ACL, Martins PCS. Oficina de memória como estratégia de intervenção na saúde mental de idosos. *Estud Interdiscip sobre o Envelhec.* 2015;20(1):205-18. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.47080>.
18. Santos AT, Leyendecker DD, Costa ALS, Souza-Talarico JN. Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima. *Rev Esc Enferm da USP.* 2012;46(esp):24-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700004>.
19. Aichele S, Ghisletta P. Memory deficits precede increases in depressive symptoms in later adulthood. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2019;74(6):943-53. Disponível em: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/74/6/943/4827964>
20. Júnior GS, Okuno MFP, Oliveira LM, Barbosa DA, Alonso AC, Fram DS, et al. Qualidade de vida de idosos institucionalizados com e sem sinais de depressão. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl 2):135-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0316>.
21. Farina FR, Bennett M, Griffith JW, Lenaert B. Fear of memory loss predicts increased memory failures and lower quality of life in older adults: preliminary findings from a fear-avoidance of memory loss (FAM) scale. *Aging Ment Health.* 2022;26(3):486-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1856780>
22. Carter C, James T, Higgs P, Cooper C, Rapaport P. Understanding the subjective experiences of memory concern and MCI diagnosis: a scoping review. *Dementia.* 2023;22(2):439-474. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/14713012221147710>.
23. Bhang I, Mogle J, Hill N, Whitaker EB, Bhargava S. Examining the temporal associations between self-reported memory problems and depressive symptoms in older adults. *Aging Ment Health.* 2020;24(11):1864-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1647135>
24. Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):560-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>.
25. Nascimento HG, Figueiredo AEB. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(4):1381-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01212019>.
26. Wasef S, Laksono I, Kapoor P, Tang-Wei D, Gold D, Saripella A, et al. Screening for subjective cognitive decline in the elderly via subjective cognitive complaints and informant-reported questionnaires: a systematic review. *BMC Anesthesiol.* 2021;21(277):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01493-5>
27. Freitas JGA, Nielson SE de O, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2015;13(1):75-84. Disponível em: <https://doi.org/10.33517/rue2022v17n1a8>.

28. Silva CH, Spinillo CG. Dificuldades e estratégias no uso de múltiplos medicamentos por idosos no contexto do design da informação. *Estud em Des.* 2016;24(3):130-44. Disponível em: <https://doi.org/10.35522/eed.v24i3.377>.
29. Justiss MD, Boustani M, Fox C, Katona C, Perkins AJ, Healey PJ, et al. Patients' attitudes of dementia screening across the Atlantic. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(6):632-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.2173>.
30. Lima-Silva TB, Barbosa MEC, Zumkeller MG, Verga CER, Prata PL, Cardoso NP, et al. Cognitive training using the abacus: a literature review study on the benefits for different age groups. *Dement Neuropsychol.* 2021;15(2):256-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-020014>.
31. Gil G, Busse AL, Shoji FT, Martinelli PD, Mercadante EF. Efeitos de um programa de estimulação cognitiva multidisciplinar intergeracional. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2015;18(3):533-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14165>.
32. Santos CEV, Ribeiro AO, Lunkes LC. Effects of cerebral gymnastics in cognition and subjective welfare of institutionalized elderly people. *Fisioter em Mov.* 2019;32:1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.032.AO06>.
33. Schoffen LL, Santos WL. A importância dos grupos de convivência para os idosos como instrumento para manutenção da saúde. *Rev Educ Científica Sena Aires.* 2018;7(3):160-70. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097095>
34. Pereira MD, Oliveira LC, Costa CFT, Bezerra CMO, Pereira MD, Santos CKA, et al. A pandemia da COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2020;9(7):e6592974548. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1279/1990>
35. Pecoits RV, Rosa AAS, Peruzzo JV, Flores MC, Gehlen MC, Morello MS, et al. O impacto do isolamento social na saúde mental dos idosos durante a pandemia da Covid-19. *Rev Assoc Med Rio Grande Do Sul.* 2021;65(1):101-8. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/20322/2/O_impacto_do_isolamento_social_na_sade_mental_dos_idosos_durante_a_pandemia_da_Covid19.pdf.