

RUTE EVARISTO

Curso Livre de Capacitação

Envelhecimento Ativo: Estimulação Cognitiva, Psicomotora e Qualidade de Vida da Pessoa Idosa

Apostila independente · Duração: 5 horas

Material de capacitação para estudo autônomo, formação continuada e aplicação responsável em contextos educacionais, familiares e profissionais.

1. Envelhecimento Ativo: Estimulação Cognitiva, Psicomotora e Qualidade de Vida da Pessoa Idosa

1. 1. Apresentação

Esta apostila aborda envelhecimento normal, reserva cognitiva, estimulação, mobilidade, quedas, participação, autonomia e planejamento de atividades. Destina-se a cuidadores, educadores, agentes comunitários, familiares e estudantes em curso livre de cinco horas.

No Brasil, pessoa idosa é quem tem 60 anos ou mais. Essa definição não descreve saúde ou necessidade de cuidado. Pessoas da mesma idade têm histórias, corpos, identidades, condições de saúde, redes, escolaridade, renda e desejos diferentes. O envelhecimento é heterogêneo, resultante de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais [2] [9].

Envelhecimento ativo não exige produtividade, independência ou vigor permanentes. Busca ampliar saúde, participação, segurança, aprendizagem, convivência e dignidade conforme valores e possibilidades. A OMS relaciona envelhecimento saudável à capacidade funcional, a possibilidade de fazer o que a pessoa valoriza, com ou sem apoio e tecnologia assistiva [1].

As propostas são educativas e preventivas. Não substituem avaliações ou intervenções de profissões regulamentadas. Atividades podem favorecer bem-estar e prática, mas não diagnosticam, reverterem doenças nem impedem declínio. Sinais de risco ou mudança importante exigem conversa, registro privado e encaminhamento.

1. 2. Objetivos

Ao final, o participante deverá distinguir envelhecimento normal de sinais que merecem investigação; explicar reserva cognitiva sem determinismo; planejar atividades cognitivas, psicomotoras e sociais adaptadas; reconhecer riscos de quedas; e construir plano seguro, inclusivo e avaliável.

Também deverá reconhecer limites profissionais e respeitar preferências, consentimento, acessibilidade, contexto, segurança, privacidade e diversidade.

1. 3. Como estudar e limites do curso livre

Reserve cerca de uma hora para cada módulo, incluindo leitura, reflexão e aplicação. Compare os conceitos com situações reais e use as tabelas como revisão, nunca como teste clínico.

O curso não habilita a diagnosticar, prescrever exercício, alterar medicação, interpretar testes, reabilitar ou conduzir urgências. Dor intensa, falta de ar incomum, desmaio, confusão, perda de força, trauma, alteração de fala ou piora rápida exigem interromper e buscar atendimento; em risco imediato, acione emergência.

“Normal” não é sinônimo de “obrigatório” ou “sem importância”. Mudança nova, progressiva, angustiante ou que comprometa atividades deve ser acolhida e investigada. Um bom resultado em uma atividade também não exclui doença: é preciso considerar história, funcionalidade e contexto.

2. Módulo 1 — Envelhecimento normal, funcionalidade e qualidade de vida

2. 0. 1. Conceitos essenciais

Envelhecimento normal é o conjunto de mudanças esperadas sem que isso implique doença. Variam a velocidade e a expressão: pode haver menor rapidez para recuperar informação, mais tempo para aprender, redução de força ou flexibilidade e mudanças no sono, visão ou audição. Em geral, compreensão, identidade, aprendizagem e participação permanecem, com possíveis adaptações.

Doença não se define por idade ou esquecimento isolado. Perda progressiva que interfere em dinheiro, medicação, deslocamento ou autocuidado, desorientação, mudança abrupta, quedas repetidas, tristeza persistente, isolamento novo ou dificuldade de fala exigem escuta e avaliação, mas não fecham diagnóstico.

Funcionalidade é a interação entre capacidades da pessoa e ambiente. Autonomia é o direito e a possibilidade de decidir sobre a própria vida, expressando preferências e consentimento. Independência é realizar tarefas sem ajuda direta. Uma pessoa pode precisar de auxílio para tomar banho e ainda decidir o horário, a roupa e quem a ajudará. Confundir autonomia com independência leva a retirar decisões de quem tem direito de participar delas. Qualidade de vida é percebida pela pessoa e pode envolver saúde, conforto, relações, espiritualidade, prazer, segurança, sentido e liberdade. Pessoas com a mesma condição podem avaliá-la de modo diferente; por isso, metas são negociadas. “Ir à praça encontrar amigas” pode ser mais significativo que “melhorar a marcha”. Uma abordagem centrada na pessoa pergunta o que importa, quais barreiras existem e que apoio é aceitável. Não se deve infantilizar, falar apenas com o acompanhante ou presumir incapacidade. Raça, gênero, território, renda, escolaridade, deficiência, orientação sexual, língua e religiosidade podem produzir barreiras diferentes. Acessibilidade pode exigir letra ampliada, contraste, áudio, Libras, linguagem simples, espaço para cadeira de rodas ou pausas. Etarismo é o conjunto de estereótipos, preconceitos e discriminações baseados na idade [1] [10]. Combatê-lo exige reconhecer competências, oferecer desafios reais e perguntar antes de ajudar.

2. 0. 2. Aplicação prática: conversa de linha de base

Antes de propor atividade, converse sobre rotina, interesses, tarefas valorizadas, disposição, dores, visão, audição, apoios, medo de cair e rede. Peça autorização para anotar e explique o acesso. Não faça testes em público nem compare desempenhos. Transforme a conversa em meta significativa, como “participar de roda de leitura por 30 minutos semanais, com fonte ampliada e pausa”. A meta pode ser revisada sem culpa. A recusa é respeitada, salvo risco grave que exija encaminhamento.

Dimensão	O que observar sem diagnosticar	Adaptação ou ação responsável
Comunicação	Preferência por falar, escrever, sinalizar ou usar tecnologia; necessidade de mais tempo	Falar de frente, reduzir ruído, confirmar entendimento e oferecer recursos visuais
Mobilidade	Uso de bengala, andador, cadeira de rodas, dor, cansaço ou medo de cair	Deixar passagem livre, ajustar o ritmo e encaminhar limitações novas
Cognição cotidiana	Organização de uma tarefa familiar, orientação e uso de pistas	Dividir etapas, usar agenda e evitar corrigir em público
Autonomia	Escolhas expressas, consentimento e limites pessoais	Oferecer opções reais, pedir permissão e não decidir pela pessoa
Contexto	Renda, transporte, segurança, rede social e acesso digital	Preferir materiais de baixo custo e articular recursos comunitários

2. 0. 3. Checklist de revisão do módulo 1

Item	Sim	Precisa ajustar
A pessoa definiu o que é importante para ela?	☒	☒
A proposta distingue apoio à independência de retirada de autonomia?	☒	☒
A comunicação foi adaptada a visão, audição, linguagem e letramento?	☒	☒
Foram evitados infantilização, comparação e estereótipos de idade?	☒	☒
Existe encaminhamento para mudanças novas ou sinais de alerta?	☒	☒

3. Módulo 2 — Reserva cognitiva e estimulação cognitiva

3. 0. 1. Conceitos essenciais

Reserva cognitiva é a capacidade de adaptar processos mentais e redes para lidar de modo diferente com envelhecimento, alterações cerebrais ou lesões. Pessoas com alterações semelhantes podem ter desempenhos diferentes.

Educação, trabalho, leitura, música, problemas, atividades sociais e físicas associam-se à reserva, mas associação não é garantia nem prova de causalidade [6].

É útil diferenciar três ideias: reserva cognitiva é adaptação funcional; reserva cerebral é característica estrutural; e manutenção cerebral é preservação de estruturas e redes. Elas se relacionam, mas não são sinônimas. Educação formal é apenas uma medida parcial e reflete oportunidades desiguais; baixa escolaridade não indica ausência de estratégias complexas desenvolvidas no trabalho, no cuidado ou na vida comunitária.

Estimulação cognitiva oferece experiências variadas e significativas que envolvem atenção, linguagem, memória, orientação e raciocínio. Treino cognitivo pratica função específica com repetição e progressão. Reabilitação cognitiva é intervenção individualizada e profissional para metas funcionais; os termos não são sinônimos.

A evidência indica melhora média em medidas cognitivas, mas os efeitos variam, os estudos são heterogêneos e melhora em uma tarefa não garante transferência para a vida [7]. Pode-se afirmar que a estimulação apoia prática, confiança, interação e tarefas trabalhadas. Não se deve prometer prevenção de demência ou recuperação. A hipótese de maior resiliência com atividades diversas é plausível, não determinante.

3. 0. 2. Aplicação prática: atividade significativa em três níveis

Trabalhe orientação e memória sem transformar a pessoa em prova. Ela escolhe tema familiar, organiza cartões com imagens, palavras ou objetos usando pistas e relaciona a tarefa à vida, como montar lista de compras. Observe estratégias, fadiga e prazer, sem nota pública.

Outras opções incluem ler notícia de interesse, narrar fotografia, jogar com regras negociadas, calcular compras, produzir mapa de lugares ou ensinar uma habilidade. Ajuste a dificuldade para gerar desafio possível, não fracasso repetido, e alterne tarefas individuais e coletivas.

Use pistas graduais: tempo, instrução curta, duas opções ou exemplo. Evite entregar a resposta. Apoie estratégias, valide erros e encerre antes da exaustão, registrando preferências e adaptações.

Privacidade é parte da estimulação. Não peça relatos íntimos para “exercitar a memória”. Imagens, áudios e registros exigem consentimento específico; em atividades digitais, explique coleta, gravação e uso de dados. A pessoa pode retirar o consentimento.

Elemento do planejamento	Pergunta orientadora	Exemplo de ajuste
Meta funcional	O que a pessoa quer fazer melhor ou com mais prazer?	Organizar compromissos da semana
Funções envolvidas	Atenção, linguagem, memória, planejamento ou flexibilidade?	Usar agenda e ordenar compromissos
Significado	O tema se relaciona à história e aos interesses da pessoa?	Compromissos de uma atividade comunitária
Acessibilidade	O que dificulta ver, ouvir, manipular ou compreender?	Fonte grande, alto contraste, áudio e caneta grossa
Dose	Por quanto tempo a pessoa sustenta interesse e energia?	20 minutos, com pausa, duas vezes na semana
Avaliação	Que mudança observável será acompanhada?	Menos ajuda para consultar a agenda

3. 0. 3. Checklist de estimulação responsável

Item	Sim	Não ainda
A atividade tem relação com uma meta escolhida pela pessoa?	☒	☒
O desafio pode ser ajustado sem constrangimento?	☒	☒
Foram diferenciadas estimulação educativa, treino e reabilitação profissional?	☒	☒
A linguagem evita promessas de cura ou prevenção garantida?	☒	☒
Há consentimento, privacidade e possibilidade de recusa?	☒	☒

4. Módulo 3 — Psicomotricidade, mobilidade e atividade física

4. 0. 1. Conceitos essenciais

Psicomotricidade integra movimento, percepção, emoção, atenção, planejamento e ambiente. Levantar, virar-se e alcançar um copo exige perceber espaço, organizar movimento, ajustar força e equilíbrio. A prática favorece participação segura, não é apenas exercício.

Mobilidade é deslocar-se e mudar de posição. Depende de força, equilíbrio, coordenação, flexibilidade, visão, dor, energia, calçado, ambiente e oportunidade. Andador, barra ou cadeira podem ampliar mobilidade e autonomia quando indicados e ajustados.

A OMS recomenda atividade física regular, menos sedentarismo e combinação de atividade aeróbica, fortalecimento e equilíbrio, considerando condições crônicas e deficiência [4]. É recomendação populacional, não avaliação individual. Começar pouco, progredir e adaptar é mais seguro que impor meta; dança, jardinagem, caminhada e jogos podem contar.

A intensidade pode ser percebida pela fala: em esforço moderado, a pessoa conversa, mas não canta confortavelmente. É apenas orientação. Dor no peito, desmaio, falta de ar desproporcional, confusão, perda súbita de força ou dor aguda exigem parar e buscar avaliação. Nunca altere medicação nem prescreva exercício para doença específica.

4. 0. 2. Aplicação prática: circuito funcional acessível

Um circuito supervisionado pode incluir transferência de peso com apoio, levantar e sentar, alcançar objetos em zona segura e percurso curto com contraste. Cada estação pode ser sentada, em pé ou apoiada, sem competição.

O mediador demonstra, explica em frases curtas e pergunta como a pessoa percebe o esforço. Não puxa o corpo nem toca sem permissão. O espaço deve ser iluminado, sem tapetes soltos e com cadeira disponível. Use contrastes, pistas sonoras, demonstrações visuais ou exercícios sentados conforme a deficiência e a orientação profissional.

Registre o que foi feito, a ajuda necessária, o esforço e a resposta no dia seguinte. Só progrida em repetição, tempo, complexidade ou distância quando houver segurança e concordância. Qualidade e confiança importam mais que quantidade.

Componente	Exemplo de atividade	Adaptação e critério de segurança
Equilíbrio	Transferir peso, tocar alvos, caminhar em linha larga	Apoio estável, perto de cadeira e sem dupla tarefa inicialmente
Força funcional	Levantar e sentar, empurrar parede, carregar objeto leve	Altura de cadeira ajustada e amplitude sem dor
Coordenação	Passar bola, tocar sequências, acompanhar ritmo	Ritmo lento, objetos grandes e possibilidade de pausa
Orientação espacial	Percurso com cones, localizar objetos, virar em etapas	Contraste, iluminação e instruções visuais ou táteis
Consciência corporal	Perceber postura, respiração e apoio dos pés	Linguagem não julgadora, respeitando cultura e privacidade

4. 0. 3. Checklist antes e depois da prática

Verificação	Antes	Depois
A pessoa entendeu a proposta e consentiu?	☒	☒
O calçado, dispositivo e ambiente estão seguros?	☒	☒
Existe cadeira ou apoio ao alcance?	☒	☒
A intensidade foi compatível com fala, esforço e condição do dia?	☒	☒
Foram registrados dor, tontura, fadiga ou mudança incomum?	☒	☒

5. Módulo 4 — Quedas: prevenção, resposta e encaminhamento

5.0.1. Conceitos essenciais

Queda é chegar involuntariamente ao chão ou nível inferior; não é inevitável com a idade. Pode combinar equilíbrio, fraqueza, visão, tontura, urgência urinária, calçado, obstáculos, iluminação, medicamentos, medo e falta de apoio. Prevenir é modificar riscos sem culpar.

A diretriz NICE recomenda perguntar ativamente sobre quedas, investigar detalhes do evento e oferecer avaliação abrangente a pessoas com critérios como duas ou mais quedas no último ano, lesão que exigiu atendimento, perda de consciência, incapacidade de levantar ou fragilidade [5]. A avaliação pode incluir marcha, equilíbrio, força, visão, audição, cognição, humor, nutrição, hidratação, continência, pressão deitada e em pé, medicamentos, calçados, pés, osteoporose e condições que influenciam a vida diária. O curso livre não realiza essa avaliação clínica, mas ensina a reconhecer quando encaminhar.

Após queda, pergunte por dor intensa, sangramento, deformidade, pancada na cabeça, perda de consciência, confusão, falta de ar, fraqueza ou anticoagulante. Não levante à força. Suspeita de lesão ou alteração neurológica exige emergência; mesmo sem ferimento, quedas repetidas ou medo requerem avaliação.

A casa não deve ser proibitiva. Reduza risco preservando escolha: retire tapetes soltos, melhore iluminação, libere circulação, aproxime objetos e instale barras adequadas. Dispositivos precisam de avaliação e instalação correta; acessibilidade pública é responsabilidade coletiva.

O medo de cair pode levar à restrição de atividade, perda de força e maior dependência. Exercícios progressivos de equilíbrio e força, conduzidos por profissionais treinados e adaptados a metas, são uma estratégia importante [5]. O medo também precisa ser escutado. A pessoa pode começar em ambiente conhecido, com companhia escolhida, trajeto curto e plano para pedir ajuda.

5.0.2. Aplicação prática: mapa de risco sem culpabilização

Com autorização, faça uma caminhada observacional pelo ambiente. Não fotografe a casa sem consentimento. Convide a pessoa a indicar onde se sente insegura e quais soluções aceita. Classifique cada item como risco ambiental, corporal, medicamentoso, sensorial ou comportamental. Encaminhe os achados clínicos à equipe de saúde e priorize mudanças simples que a pessoa consiga manter.

Situação observada	Possível risco	Ação inicial	Encaminhamento
Tapete escorrega na passagem	Ambiental	Retirar ou fixar adequadamente	Terapia ocupacional se houver barreiras complexas
Tontura ao levantar	Corporal ou medicamentoso	Sentar, levantar devagar e registrar episódio	Avaliação de saúde; não alterar remédio por conta própria
Dificuldade para enxergar degrau	Sensorial	Melhorar iluminação e contraste	Avaliação oftalmológica quando indicada
Duas quedas em um ano	Multifatorial	Suspender atividades de risco sem apoio	Avaliação abrangente e programa individualizado
Medo de sair de casa	Psicológico e social	Planejar saída gradual e acompanhada	Profissional de saúde e recurso comunitário

5.0.3. Checklist de prevenção de quedas

Pergunta de segurança	Sim	Encaminhar ou ajustar
Houve queda no último ano?	☒	☒

A pessoa consegue explicar como ocorreu e se machucou?	☒	☒
Há tontura, desmaio, confusão ou fraqueza nova?	☒	☒
O ambiente tem iluminação, passagem e apoio adequados?	☒	☒
Existe plano de emergência e contato escolhido pela pessoa?	☒	☒

6. Módulo 5 — Participação social, autonomia e plano de atividades

6.0.1. Conceitos essenciais

Participação social é envolver-se em relações, cultura, trabalho, educação, espiritualidade, lazer e decisões significativas. Pode ocorrer presencialmente, por telefone ou internet. Não se deve obrigar a socializar, mas remover barreiras. Solidão é experiência subjetiva; isolamento é baixa frequência ou qualidade de contato. Participar pode favorecer humor, sentido e estímulo cognitivo, mas não há fórmula universal. Considere transporte, segurança, discriminação, cuidado familiar, custos, conectividade, deficiência e horários. Ausência de participação pode indicar barreiras, não desinteresse. Autonomia aparece em decisões pequenas e grandes. Pergunte o que a pessoa quer manter, retomar, experimentar ou evitar. Apoio não substitui capacidades. Idade, diagnóstico ou deficiência não presumem incapacidade; envolva a pessoa e busque avaliação competente quando necessário. Plano de atividades é ferramenta flexível: contém meta real, atividade, frequência, duração, apoio, adaptações, sinais de interrupção e revisão. Avalie prazer, esforço, segurança, participação e ajuda; comentários da pessoa são dados centrais.

6.0.2. Aplicação prática: plano de quatro semanas

Comece por prioridade escolhida, como visitar irmã, cozinhar, caminhar, cantar, usar mensagens ou ir à biblioteca. Divida em passos: escolher horário, planejar transporte, chegar ao portão, fazer percurso acompanhado e decidir se repete ou modifica. Combine dimensões sem sobrecarregar: uma receita envolve memória, planejamento, movimento, identidade e convivência. Inclua descanso e flexibilidade para dor, sono ruim, calor, luto ou compromissos. Adaptar não é fracassar. Registre apenas o necessário, usando código quando possível e guardando o material com segurança. Compartilhe informações somente com autorização e finalidade explicada, respeitando proteção de dados e sigilo profissional.

Semana	Meta escolhida	Atividade e dose	Apoio ou acessibilidade	Indicador de participação
1	Retomar contato com amiga	Telefonar por 10 minutos, uma vez	Lembrete visual e ambiente silencioso	A pessoa escolhe horário e relata prazer
2	Melhorar segurança no trajeto	Percurso até o portão, duas vezes	Calçado adequado, acompanhante escolhido	Realiza com confiança e pausa quando precisa
3	Participar da comunidade	Visitar grupo por 20 minutos	Transporte acessível e saída combinada	Decide permanecer, adaptar ou voltar
4	Consolidar rotina	Combinar atividade social e caminhada leve	Revisão do plano e alternativa em dia de chuva	Identifica o que quer manter ou mudar

6.0.3. Checklist do plano centrado na pessoa

Critério	Sim	Revisar
A meta foi escolhida ou aceita pela pessoa?	☒	☒

Há pelo menos uma alternativa acessível e de baixo custo?	☒	☒
O plano respeita energia, dor, cultura, gênero, religião e privacidade?	☒	☒
Foram definidos apoio, pausa, sinais de interrupção e encaminhamento?	☒	☒
A revisão considera prazer e autonomia, não apenas desempenho?	☒	☒

7. Estudo de caso — Situação-problema

Dona Lúcia, 76 anos, quer voltar à feira. Evita sair após uma queda na calçada e quase queda ao levantar à noite. Diz que a cabeça está lenta no barulho. Tem baixa escolaridade, foi cozinheira, participa de igreja, ensina receitas, usa óculos, bengala antiga e três medicamentos. A filha responde por ela e propõe aplicativo que promete prevenir demência. A sala tem tapete solto, cadeiras sem braços e pouca luz.

A meta é participação e autonomia, não pontuação. Cozinha e fé indicam conhecimentos e vínculos para atividades significativas; escolaridade não mede capacidade. Lentidão no ruído pode envolver atenção, audição, ansiedade ou fadiga. Queda, quase queda, tontura e medicamentos justificam investigação e encaminhamento.

Perguntas para estudo:

1. Quais informações devem ser escutadas diretamente de Lúcia antes de envolver a filha no planejamento?
2. Quais sinais exigem encaminhamento clínico ou interrupção de uma atividade?
3. Como adaptar o ambiente da sala e o trajeto até a feira?
4. Que atividade cognitiva, psicomotora e social poderia ser construída a partir dos interesses de Lúcia?
5. Como conversar sobre o aplicativo sem humilhar a filha nem prometer prevenção de demência?

Encaminhamento: pedir consentimento e ouvir Lúcia; investigar queda, trauma, tontura, consciência, visão, audição, dor, medo e capacidade de levantar; encaminhar para revisão de saúde e medicamentos, sem alterações por conta própria. Retirar tapete, melhorar luz, ajustar cadeiras e avaliar bengala. Planejar saída gradual, rota acessível, acompanhante escolhido e retorno. Criar atividade de receitas com ordenar etapas, conversar, objetos seguros e troca de saberes.

Sobre o aplicativo, reconheça que pode ser prazeroso, mas promessas comerciais exigem cautela. Intervenções têm efeitos variáveis e não autorizam prometer prevenção de demência [7]. A filha pode apoiar acessibilidade, mas Lúcia decide se usa, por quanto tempo e quais dados compartilha.

8. Síntese

Envelhecer normalmente envolve mudanças, mas não determina incapacidade. A funcionalidade emerge da relação entre capacidades, ambiente, apoio e oportunidades. Autonomia consiste em decidir; independência consiste em fazer sem ajuda. Apoiar uma pessoa pode ampliar sua independência sem retirar seu poder de escolha.

A reserva cognitiva é um modelo de adaptação associado a experiências de vida, mas não é um “estoque” individual que garante proteção. Estimulação cognitiva deve ser significativa, acessível, progressiva e sem promessas terapêuticas. A psicomotricidade integra movimento, percepção, emoção e ambiente. Mobilidade pode ser favorecida por prática, segurança, dispositivos assistivos e mudanças ambientais.

Quedas devem ser investigadas sem culpabilização. Queda repetida, lesão, perda de consciência, dificuldade para levantar, tontura ou alteração nova justificam avaliação. Programas de força e equilíbrio precisam ser adaptados e conduzidos por profissionais habilitados quando o risco exige. Participação social não é obrigação; é possibilidade de pertencer, decidir e exercer papéis valorizados.

Um plano responsável começa pelo que importa para a pessoa. Define passos pequenos, adaptações, apoio, privacidade, segurança e revisão. A pergunta central não é “quanto a pessoa produziu?”, mas “ela conseguiu viver algo importante com mais escolha, participação, segurança ou prazer?”.

9. Questionário final

1. Múltipla escolha. Qual alternativa diferencia corretamente autonomia e independência?

a) Autonomia é fazer tudo sozinho; independência é obedecer às orientações. b) Autonomia é decidir sobre a própria vida; independência é realizar tarefas sem ajuda direta. c) Autonomia só existe sem doença; independência é sinônimo de saúde. d) Autonomia é capacidade física; independência é capacidade financeira.

1. Verdadeiro ou falso. A reserva cognitiva é uma garantia individual de que a pessoa não terá declínio cognitivo, desde que tenha estudado ou mantido atividades intelectuais.

2. Resposta curta. Explique por que uma melhora em uma tarefa de memória não prova que a estimulação cognitiva preveniu demência.

3. Associação. Relacione os termos às descrições:

I. Estimulação cognitiva. II. Treino cognitivo. III. Reabilitação cognitiva. () Intervenção individualizada e profissional voltada a metas funcionais. () Experiências variadas, significativas e socialmente mediadas. () Prática estruturada de uma habilidade ou função específica.

1. Múltipla escolha. Qual conduta é mais adequada durante uma atividade psicomotora?

a) Aumentar a dificuldade sempre que a pessoa errar. b) Segurar o corpo sem avisar para evitar qualquer movimento.

c) Demonstrar, pedir consentimento, adaptar o apoio e observar sinais de fadiga ou dor. d) Comparar o desempenho dos participantes para incentivar competição.

1. Resposta curta. Cite quatro fatores, individuais ou ambientais, que podem contribuir para quedas.

2. Verdadeiro ou falso. Se a pessoa idosa caiu uma vez, é melhor proibir caminhadas e saídas até que não tenha mais medo.

3. Estudo de situação. Uma pessoa relata duas quedas no último ano e não conseguiu levantar sozinha após a última. Qual deve ser a prioridade do facilitador?

4. Múltipla escolha. Qual indicador é mais coerente com um plano centrado na pessoa?

a) Número de exercícios concluídos, mesmo com dor. b) Cumprimento de uma meta imposta pela família. c) Participação, prazer, segurança e ajuda necessária conforme a meta escolhida. d) Comparação do tempo de caminhada com o de pessoas mais jovens.

1. Produção de plano. Escreva uma meta de quatro semanas que combine participação social com uma atividade cognitiva ou psicomotora. Inclua dose, adaptação, apoio e forma de revisão.

10. Gabarito comentado

1. b. Autonomia se refere à decisão, ao consentimento e à expressão de preferências. Independência se refere à execução sem ajuda direta; uma pessoa pode precisar de auxílio e continuar decidindo.

2. Falso. Reserva cognitiva é um conceito de adaptação associado a experiências e fatores diversos. As associações não determinam o destino individual nem garantem ausência de declínio.

3. Uma resposta adequada reconhece que efeitos podem ser específicos à tarefa praticada, variar entre pessoas e depender do desenho da intervenção. A evidência não autoriza transformar melhora em teste ou desempenho em promessa de prevenção de demência.

4. A ordem correta é III, I, II. Reabilitação é individualizada e profissional; estimulação é ampla, significativa e social; treino é estruturado e focal.

5. c. A prática deve combinar consentimento, demonstração, adaptação, apoio e observação de segurança. Aumentar dificuldade ou tocar sem permissão pode gerar risco e desrespeito.

6. São exemplos: alterações de equilíbrio ou força, tontura, visão reduzida, medicamentos, calçado inseguro, tapetes soltos, pouca iluminação, obstáculos, medo de cair e dificuldade para acessar apoio. Bastavam quatro, desde que pertinentes.

7. Falso. Proibição pode aumentar sedentarismo, perda de força e isolamento. O adequado é investigar a queda, reduzir riscos, encaminhar quando necessário e retomar atividades de forma gradual e segura.

8. A prioridade é encaminhar para avaliação abrangente de quedas, sem tentar diagnosticar ou treinar sozinho. Também é necessário verificar sinais de urgência relacionados à queda mais recente, registrar o relato com privacidade e reduzir riscos imediatos no ambiente.

9. c. O plano deve acompanhar a meta da própria pessoa e incluir participação, prazer, segurança e apoio, não apenas quantidade ou comparação.

10. A resposta é aberta. Deve conter uma meta significativa e observável, atividade realista, frequência e duração, adaptações de acessibilidade, apoio consentido, sinais de interrupção e revisão com participação da pessoa. Um exemplo aceitável seria visitar a biblioteca por 20 minutos uma vez por semana, usando transporte acessível e fonte ampliada, enquanto a pessoa escolhe e comenta um texto para conversar com alguém do grupo.

11. Referências

- WHO's work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030) — [acesso online](#)
- Saúde da Pessoa Idosa — Ministério da Saúde — [acesso online](#)
- Portaria nº 2.528/2006 — Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa — [acesso online](#)
- WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour — [acesso online](#)
- Falls: assessment and prevention in older people — NICE guideline NG249 — [acesso online](#)
- Defining Cognitive Reserve and Implications for Cognitive Aging — [acesso online](#)
- The Effects of Cognitive-Based Interventions in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis — [acesso online](#)
- Falls — World Health Organization fact sheet — [acesso online](#)
- Lei nº 10.741/2003 — Estatuto da Pessoa Idosa — [acesso online](#)
- Global report on ageism — World Health Organization — [acesso online](#)
- Social connection and healthy ageing — World Health Organization — [acesso online](#)
- Estatuto da Pessoa Idosa — Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania — [acesso online](#)
- Caderneta Brasileira da Pessoa Idosa — Ministério da Saúde — [acesso online](#)
- Dementia — World Health Organization — [acesso online](#)
- Saúde mental — Ministério da Saúde — [acesso online](#)

Nota de atualização. Diretrizes e páginas institucionais podem ser atualizadas. Consulte a versão vigente, a regulamentação profissional aplicável e os serviços locais antes de implementar atividades com pessoas em situação de risco.



Rute Evaristo

— APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO —

CNPJ: 66.532.914/0001-01 - 66532914000101

Curso Livre de Capacitação

Envelhecimento Ativo: Estimulação Cognitiva, Psicomotora e Qualidade de Vida da Pessoa Idosa

Certificamos que

Nome do aluno

Duração: 5h

RUTE EVARISTO
APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO

— CNPJ: 66.532.914/0001-01 - 66532914000101 —