



ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO
NEPP- NÚCLEO DE ESTUDOS, PESQUISA E PROJETOS
CAP - COORDENAÇÃO DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
PROGRAMA BOLSA DE APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL

PALOMA VIANNA RIBEIRO VIEIRA

**AS ORIENTAÇÕES À FAMILIARES/CUIDADORES COMO
POTENCIALIZADOR NO CUIDADO DO PACIENTE COM DOENÇA
DE ALZHEIMER: A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL**

Niterói
2018

PALOMA VIANNA RIBEIRO VIEIRA

AS ORIENTAÇÕES À FAMILIARES/CUIDADORES COMO POTENCIALIZADOR
NO CUIDADO DO PACIENTE COM DOENÇA DE ALZHEIMER: A
INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Monografia apresentada ao NEPP/CAP como
requisito básico para obtenção do certificado do
Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional
da Associação Fluminense de Reabilitação.

PRECEPTOR(A): Lilian Schuab Moulins

ORIENTADOR(a) METODOLÓGICO(A): Claudia Pitanga

COORIENTADOR(a): Valéria Coelho

ÁREA: Terapia Ocupacional

Niterói
2018

PALOMA VIANNA RIBEIRO VIEIRA

AS ORIENTAÇÕES À FAMILIARES/CUIDADORES COMO POTENCIALIZADOR
NO CUIDADO DO PACIENTE COM DOENÇA DE ALZHEIMER: A
INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Monografia apresentada ao NEPP/CAP como requisito básico para obtenção do
certificado do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação
Fluminense de Reabilitação.

Aprovado em _____

Banca examinadora:

PROF.^a. LILIAN SCHUAB MOULINS
(Preceptora)

PROF.^a Dr.^a CLAUDIA REINOSO ARAUJO DE CARVALHO
(Examinadora Externa)

“A singularidade é um aspecto marcante
do processo de envelhecimento.
Diferentes indivíduos envelhecem de
diferentes formas”.

- Guerreiro TC.

“Não honrar a velhice é demolir, de
manhã, a casa onde vamos dormir à
noite”.

- Jean-Baptiste Alphonse Karr

AGRADECIMENTOS

Gratidão é a palavra que define o resultado deste trabalho, não apenas por ter conseguido alcançar um alvo tão almejado, mas pelo caminho percorrido até ele!

Primeiramente, gratidão a Deus por ter me dado sabedoria e sustento para a finalização do mesmo. Só Ele sabe o quanto o caminho foi cheio de tempestades e conflitos, no entanto, Ele sempre se fez presente lembrando-me de que Ele é Deus e que tudo estava no controle.

Agradeço a minha família, que nos momentos de desespero e choro estavam do meu lado me aconselhando e suportando minhas crises de irritabilidade, vocês são demais e eu os amo e admiro muito. Mãe, obrigada pelos conselhos, pelos afagos e pelas orações; pai, obrigada pela força e incentivo; maninha e Rodrigo, obrigada pelas conversas e direcionamentos, eu sei que posso contar sempre com vocês, e principalmente, obrigada pela Manu, em muitos momentos ela foi meu refúgio e descanso. Ela realmente é meu pacotinho de amor!

Agradeço às minhas amigas “TOzinhas” que durante toda a graduação, e agora durante esse um ano de bolsa de aperfeiçoamento se fizeram presente na minha vida, mesmo que de longe. Vocês são incríveis, não só pelo fato de aguentarem os meus momentos de desespero desde a faculdade, mas pela amizade e companheirismo. Gratidão eterna pela vida e amizade de vocês.

Agradeço à Lilian Schuab, pelos momentos maravilhosos de preceptoria, orientação, conselhos, escuta e muitas trocas. Você realmente é um exemplo de Terapeuta Ocupacional, de mulher e de chefe; eu aprendi muito com você. Obrigada porque além de tudo, você me ofertou seu ombro, seu colo, e me deu todo apoio que eu precisava quando tudo parecia nublado. Obrigada pelas orações e apoio espiritual, isso fez toda a diferença para que eu pudesse aguentar todo esse processo.

Agradeço a Valéria Coelho, a Claudia Pitanga e Rafael Santos, por toda a orientação metodológica desse trabalho, por tentarem entender o que eu realmente queria escrever neste trabalho, e me ajudarem a passar tudo para o papel. Vocês foram de suma importância para que ele fosse concluído.

Agradeço à todas as Terapeutas Ocupacionais do setor da manhã, foi um prazer trocar com vocês durante esse um ano. E agradeço a cada paciente e familiar, que me inspiraram a escrever este trabalho. Ele também é de vocês!

RESUMO

VIEIRA, Paloma Vianna Ribeiro. As orientações à familiares/cuidadores como potencializador no cuidado do paciente com doença de Alzheimer: a intervenção da terapia ocupacional. Rio de Janeiro, 2018. 46f. Trabalho de Conclusão da Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional, Associação Fluminense de Reabilitação, 2018.

Este trabalho teve como objetivo demonstrar a importância da intervenção da Terapia Ocupacional nas orientações à familiares/cuidadores, potencializando os recursos disponíveis e viabilizando o mínimo de perdas possíveis, de acordo com cada fase da doença, assim possibilitando o maior tempo possível de autonomia e independência em pacientes com a Doença de Alzheimer. Para tal realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo revisão bibliográfica exploratória, com base no tema, como também a experiência da pesquisadora no Setor de Terapia ocupacional da AFR. Foram discutidos os aspectos de envelhecimento normal e ativo, a doença de Alzheimer, o papel do cuidador/familiar, bem como o papel e as ações da Terapia Ocupacional nesse contexto. As contribuições das orientações feitas pelos Terapeutas Ocupacionais aos familiares/cuidadores podem ser diversificadas, dependendo de cada fase da doença e do contexto que o mesmo está inserido. Conclui-se que as orientações possuem um papel potencializador para o portador da Doença de Alzheimer, assim como para o familiar/cuidador, uma vez que inseridas desde a descoberta da doença proporcionam o maior tempo possível de preservação do máximo de autonomia e independência para os mesmos, além de um suporte emocional para esse cuidador/familiar consiga lidar com o processo de agravamento da doença com mais recursos e informações.

Palavras-chave: Envelhecimento. Alzheimer. Terapia Ocupacional. Familiares.

ABSTRACT

VIEIRA, Paloma Vianna Ribeiro. The guidelines for family/caregivers as a potential in the care of patient with alzheimer's disease: the intervention of occupational therapy. Rio de Janeiro, 2018. 46f. Completion work of the Professional Improvement Grant, Fluminense Rehabilitation Association, 2018.

The objective of this study was to demonstrate the importance of Occupational Therapy intervention in the guidelines to family members / caregivers, maximizing available resources and making possible the minimum of possible losses, according to each stage of the disease, thus allowing the greatest possible autonomy and independence in patients with Alzheimer's disease. For that, a qualitative research was carried out, such as an exploratory bibliographic review, based on the theme. The aspects of normal and active aging, Alzheimer's disease, the caregiver / family role, as well as the role and actions of Occupational Therapy in this context were discussed. The contributions of the guidelines made by Occupational Therapists to family members / caregivers can be varied, depending on each stage of the disease and the context it is inserted. It is concluded that the guidelines have a potential role for the Alzheimer's disease patient, as well as for the family / caregiver, since inserted since the discovery of the disease, they provide the greatest possible time of preservation of the maximum autonomy and independence for the patients. as well as an emotional support for this caregiver / family so that the caregiver can deal with the process of worsening the illness with more resources and information.

Keywords: Aging. Alzheimer's disease. Occupational Therapy. Relatives.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFR	Associação Fluminense de Reabilitação
AOTA	Associação Americana de Terapia Ocupacional
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
TO	Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.2 Objetivo Específicos	14
1.3 METODOLOGIA	14
2 O ENVELHECIMENTO E O ENVELHECIMENTO ATIVO	15
3 O ENVELHECIMENTO E A DOENÇA DE ALZHEIMER.....	19
4 A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL.....	29
4.1 ORIENTAÇÕES À FAMILIARES/CUIDADORES	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

A presente monografia intitulada “As orientações à familiares/cuidadores como potencializador no cuidado do paciente com Doença de Alzheimer: a intervenção da Terapia Ocupacional” aborda a atuação da Terapia Ocupacional no envelhecimento ativo e nos cuidados de pacientes com a Doença de Alzheimer, ressaltando a importância das orientações à familiares/cuidadores, já que a mesma poderá minimizar os agravamentos que são acometidos pela doença.

Essa pesquisa é parte do cumprimento da Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Projetos – Coordenação de Aprimoramento Profissional.

A Associação Fluminense de Reabilitação (AFR) é uma instituição filantrópica, situada em Niterói – RJ, que foi criada no final da década de 50 (GOMES, 2011).

Nos dias atuais:

A AFR atua nas áreas de Fisioterapia (geral, uroginecológica e pediátrica), Fonoaudiologia (geral e pediátrica), Medicina de Reabilitação, Enfermagem, Nutrição, Psicologia (geral e pediátrica), Pedagogia, Serviço Social, Terapia Ocupacional (geral e pediátrica), Pilates, RPG, Acupuntura, Massoterapia, Eletroterapia e Correção Postural. Possui ainda o Laboratório de Órteses e Próteses, com intensa produção industrial (GOMES, 2011, p. 12).

A AFR “sempre abraçou como linha de vanguarda a formação e aperfeiçoamento profissional. Atualmente, incrementa os programas e atividades educacionais de Reabilitação através do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Projetos, e da Coordenação de Aprimoramento Profissional” (GOMES, 2011, p. 14).

Por ser uma instituição de referência pelo Ministério da Saúde, que desde 2011 é classificada como um Centro Especializado em Reabilitação (CER II), nas especialidades Física e Intelectual, no qual atende um público com diversas patologias de alta complexidade, me interessei pela questão do processo do envelhecimento, especificamente o envelhecimento patológico no tipo Doença de Alzheimer, no qual a Terapia Ocupacional possui um grande campo de atuação nas diversas fases da doença,

incluindo desde orientações à familiares/cuidadores, como estimulação das áreas cognitivas, facilitação das AVDs, adaptação ambiental, dentre outros fatores.

Silva (2005 apud POLLO; ASSIS, 2008) discorre que o envelhecimento da população brasileira teve seu início por volta da década de 60, e desde então vem crescendo a cada dia. Vemos que o envelhecimento da população de modo geral tem acontecido em um contexto onde há grandes mudanças sociais, econômicas, culturais e até mesmo institucionais.

Segundo Lysack (2011) a idade é um fator que forma a oportunidade social e, por sua vez, a saúde individual. O autor relata ainda que a saúde e o envelhecimento estão conectados, isto é, entrelaçados, logo a idade e a doença também estão entrelaçadas, por isso, podemos dizer que quando a idade média de uma determinada população aumenta, conseqüentemente aumenta a probabilidade de acontecer o mesmo com a incidência e o aumento de problemas relacionados à saúde. Dito isto, podemos dizer que um envelhecimento ativo, onde as pessoas estão em constante atividade, estimulando suas áreas cognitivas e cuidando de sua saúde, seja fisicamente como mentalmente, ajudam a passar pelo processo do envelhecimento e das possíveis enfermidades que acompanham o mesmo de forma mais leve, ou até mesmo retardando os sinais/sintomas de possíveis patologias ou até mesmo prevenindo-as.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2005), muitas são as doenças que podem evoluir junto com o processo de envelhecimento no ser humano, algumas delas são: doenças cardiovasculares (tais como doença coronariana), hipertensão, derrame, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose), doenças mentais (principalmente demência e depressão), cegueira e diminuição da visão. No entanto iremos focar em apenas uma delas neste trabalho, a Doença de Alzheimer, que é a forma mais comum de demência, mas, é também uma das mais graves.

Segundo Ferrari (2007), como já citado anteriormente, a Doença de Alzheimer é o tipo de demência mais comum e está ligada ao processo de envelhecimento. O autor diz ainda que a sua incidência é primordialmente a partir dos 65 anos de idade e que a proporção aumenta em determinados grupos de idade mais avançadas. Sendo ela uma doença nas quais as funções cognitivas são brutalmente lesadas.

Ferrari (2007) discorre que os sintomas iniciais da Doença de Alzheimer passam quase que despercebidos pela maioria das pessoas e de seus familiares tornando-se

perceptível quando a fase é menos precoce e começa a atrapalhar as atividades de vida diária. É nessa fase que os familiares e amigos começam a questionar/suspeitar da doença, devido ao declínio cognitivo.

Sabemos que a Doença de Alzheimer e seu avanço ainda não pode ser evitada, modificada ou até mesmo detida. No entanto, Ferrari (2007) diz que as formas pelas quais a família e até mesmo os pacientes vivem e passam pela evolução da doença podem ser orientadas e auxiliadas por meio de uma vasta gama de abordagens.

Devido a isso, Ferrari (2007) relata que:

Não se pode ter medo de desafiar a pessoa portadora de Alzheimer porque com frequência ela tem mais capacidade cognitiva, mais habilidade funcional do que se acredita que ela pode ter. Para o terapeuta ocupacional, compreender e cuidar de pessoas portadoras de Alzheimer requer a consciência e resposta terapêutica às atividades de “ser” e “fazer” (FERRARI, 2007, p. 381).

Portanto, no que diz respeito à intervenção do Terapeuta Ocupacional junto a pacientes com a Doença de Alzheimer, Ferrari (2007) relata que, embora a doença tenha sido negligenciada no passado, atualmente tem sido amplamente colocada e incorporada no tratamento diário dos pacientes, sendo feitas nas orientações a seus familiares/cuidadores e até mesmo nas adaptações e modificações ambientais.

Quando o assunto se trata das orientações feitas à familiares/cuidadores, o Terapeuta Ocupacional deve se apropriar dos conceitos terapêuticos que possibilitam ao indivíduo uma condição qualitativa de vida; reforçando a sua experiência social, cultural, financeira, física, dentre outros aspectos, como propõe o conceito de envelhecimento ativo. Depende de familiares/cuidadores o bem estar do paciente, sendo estes também objeto das intervenções realizadas pela Terapia Ocupacional.

Portanto, o interesse dessa pesquisa se alicerça em desenvolver um questionamento crítico sobre a importância da Terapia Ocupacional na possibilidade do envelhecimento ativo nas fases iniciais da doença em pacientes com a Doença de Alzheimer e a sua importância no processo de cuidado dos mesmos em relação as suas orientações aos familiares/cuidadores, como potencializador dos recursos cognitivos, ambientais e familiares, no sentido de minimizar as perdas decorrentes do quadro na Doença de Alzheimer. Para tanto, utilizamos uma pesquisa bibliográfica, mas também

enriquecemos a pesquisa com a vivência dos atendimentos realizados no Departamento de Terapia Ocupacional da AFR, além do fator de na Associação Fluminense de Reabilitação e especificamente no setor de Terapia Ocupacional, estarmos lidando a todo instante, com o processo de envelhecimento somado a uma patologia que levou o indivíduo a uma deficiência física e/ou intelectual, tendo em vista que alguns casos desses indivíduos serem portadores da Doença de Alzheimer.

1.1 JUSTIFICATIVA

A motivação para este estudo surgiu através do meu interesse pela área de Gerontologia e a atuação dos Terapeutas Ocupacionais nesta população, especificamente nos que possuem a Doença de Alzheimer e o modo como os mesmos passam pelo processo de envelhecimento.

Uma citação que é bastante interessante e identifica muito parte deste trabalho é “O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade” (VERAS, 2009, p. 549). Mas o que isso quer dizer? Que só podemos considerar como conquista a partir do momento em que se agrega qualidade de vida a esses anos que foram adicionados. Logo, o modo como cada indivíduo lida com o processo de envelhecimento é único, e deve ser visto e orientado da melhor forma possível, para que se possa envelhecer de forma ativa e satisfatória, seja no quesito físico, mental, social, cultural, enfim, no que cada indivíduo julgar ser de maior valor.

Portanto, essa pesquisa justifica-se como contribuição para a ampliação do conhecimento e a possibilidade de uma visão diferenciada dos profissionais de diversas áreas, principalmente aos Terapeutas Ocupacionais, quanto à temática a respeito do modo de como que se lida com o processo de envelhecimento, seja normal ou ativo nas diferentes fases da doença; e na realização dos cuidados e das orientações que são feitas aos familiares/cuidadores de pacientes com Alzheimer nas diferentes fases de agravamento da doença, para que os mesmo lidem da melhor forma possível com o seu processo de envelhecimento e até mesmo com a evolução da doença.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Demonstrar a importância da intervenção da Terapia Ocupacional nas orientações à familiares/cuidadores, potencializando os recursos disponíveis e viabilizando o mínimo de perdas possíveis, de acordo com cada fase da doença, assim possibilitando o maior tempo possível de autonomia e independência (a partir de um envelhecimento ativo) em pacientes com a Doença de Alzheimer, levando em consideração cada fase da patologia e os seus agravos.

1.2.2 Objetivo Específicos

- Revisão de literatura sobre o envelhecimento ativo e Doença de Alzheimer;
- Desenvolver sobre a importância das orientações feitas pelos Terapeutas Ocupacionais aos familiares/cuidadores;
- Demonstrar a visão da autora em sua experiência como Terapeuta Ocupacional.

1.3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo revisão bibliográfica exploratória, com base no tema. A revisão bibliográfica foi realizada a partir de consultas a artigos científicos publicados nacionalmente, teses, dissertações, capítulos de livros e publicações sobre o tema em língua portuguesa.

Acrescentam ao corpo deste trabalho as percepções da autora e a sua atuação profissional no Centro de Reabilitação, como também as vivências enquanto acadêmica nas outras esferas de atuação da Terapia Ocupacional.

- Local: BVS, PUBMED, LILACS, Caderno UFSCAR, Revista Terapia Ocupacional da USP, Google Acadêmico.
- Palavras-chaves: Envelhecimento, Alzheimer, Terapia Ocupacional.

2 O ENVELHECIMENTO E O ENVELHECIMENTO ATIVO

“O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade” (VERAS, 2009, p. 549). Porém só podemos considerar como conquista a partir do momento em que se agrega qualidade de vida a esses anos que foram adicionados, entendendo-os como continuação da vida presente. Isso significa dizer que, o fato de envelhecer não incapacita o indivíduo de pensar e agir nos diversos âmbitos sociais.

O envelhecimento é um processo natural, tanto na vida de cada ser humano como de qualquer outro ser vivo. Mas o que seria envelhecer, e mais, um envelhecer ativo? Segundo o Dicionário (AMORA, 2009, p. 266) envelhecer significa “Tornar-se velho, perder o vigor”; e o que podemos entender disso? Que envelhecer significa não apenas ficar velho, fazer ou fazer-se velho, mas que precisamos vivenciar os anos vividos, isto é, viver dia após dia. Mas, e quanto a um envelhecer ativo, ou ativamente? Segundo o Dicionário (AMORA, 2009, p. 67), a palavra ativo significa “que atua, age, exerce a ação”. Podemos entender então que envelhecer ativamente, é vivenciar os nossos dias (isto é, desde que nascemos) de forma ativa e com qualidade, no sentido de estarmos sempre ocupando nossos dias com atividades que sejam enriquecedoras para o nosso corpo, seja fisicamente como mentalmente.

Para entendermos melhor o que é um envelhecimento ativo e os seus benefícios, faremos um breve comentário sobre o envelhecimento natural e os possíveis problemas relacionados à saúde que podem vir junto com o seu processo.

Muitas são as mudanças que acontecem durante o processo de envelhecimento. Segundo Glogoski e Foti (2004) as mudanças que são relacionadas à idade são variadas, principalmente quando são referentes ao sistema de órgãos, dito isto, o autor afirma que:

Um componente genético é parcialmente responsável; entre outros fatores, estão processos progressivos de doenças, fatores ambientais (por exemplo, toxinas ambientais e pobreza) e comportamentos do estilo de vida (por exemplo, fumar não se exercitar e má nutrição) que podem ser mudados ou modificados. A capacidade de adaptação às mudanças no sistema corporal e o efeito dessas mudanças na atividade cotidiana são altamente dependentes do estado cognitivo, do estado emocional, dos sistemas sociais de apoio e fisiologia básica do idoso (GLOGOSKI; FOTI, 2004, p. 1046).

Outros quesitos também são citados por Glogoski e Foti (2004), como por exemplo, as perdas sensoriais, que são comuns. Assim como os distúrbios visuais que podem englobar diversos fatores como: “menor acuidade visual sob fraca iluminação, redução da velocidade de foco, presbiopia (hipermetropia), redução da discriminação das cores e formação de catarata (com sensibilidade ao brilho e visão turva)” (GLOGOSKI; FOTI, 2004, p. 1046-1047). Em relação a discriminação auditiva, as autoras dizem que a mesma é reduzida, principalmente aos sons de alta frequência e até mesmo na capacidade de distinguir palavras quando existem barulhos interferindo. “A doença auditiva afeta a capacidade de interagir com o ambiente e comunicar-se eficazmente com outras pessoas, levando a um isolamento social, depressão, sensação de impotência, pensamentos paranoicos e declínio cognitivo” (GLOGOSKI; FOTI, 2004, p. 1047).

Segundo Souza, Rosa e d’Souza (2011) o processo de envelhecimento possui repercussões que afetam os sistemas biopsicossociais e emocionais, o que levam às pessoas a conviverem com perdas e alterações funcionais, além de alterações nos papéis sociais, de autonomia e até mesmo de liberdade, que conseqüentemente acabam os tornando propensos à dependência de cuidados.

A partir do momento em que as pessoas passam a conviver com as alterações do envelhecimento, elas tornam-se gradativamente dependentes do suporte familiar para os cuidados que antigamente prestavam a si mesmo, assim, tal dependência tem estreita relação com o sistema familiar desse indivíduo. No entanto, a condição de proteção do indivíduo pela sua família requer a necessidade de promover suporte à família, pois ela se torna sistema de cuidado para os seus membros, e conseqüentemente, cuidadora. Mas deve-se levar em consideração que, a família poderá encontrar-se em situação de pobreza e falta de atendimento em relação aos cuidados médicos e sociais (SOUZA; ROSA; D’SOUZA, 2011).

Muitas são as mudanças que ocorrem no corpo durante o processo de envelhecimento, no entanto, o declínio cognitivo tem a poder de afetar a capacidade funcional, uma vez que “o processo de informações e a solução de problemas são extremamente vitais para a segurança e a independência nas AVD” (GLOGOSKI; FOTI, 2004, p. 1047). Por isso, a perda da memória é uma questão que preocupa muitos indivíduos, já que a mesma envolve quesitos como “retenção, armazenamento e recuperação de informações”. (GLOGOSKI; FOTI, 2004, p. 1047). Quanto à perda de

memória, Glogoski e Foti (2004) afirmam que quando a cognição é comprometida passa a interferir em relacionamentos, reduz o funcionamento diário ou até mesmo afeta a qualidade de vida do indivíduo, as causas devem ser exploradas. Dito isto, os autores discorrem como os Terapeutas Ocupacionais podem realizar contribuições significativas na investigação e detecção precoce, e até mesmo no monitoramento do declínio cognitivo, uma vez que o Terapeuta Ocupacional avaliando regularmente o estado mental de paciente, de forma informal, durante o processo de tratamento, e de forma formal durante a avaliação inicial.

Vimos que a partir das alterações e das possíveis gravidades das mesmas que ocorrem durante o processo de envelhecimento, muitos indivíduos ficam dependentes de seus familiares. Podemos, por esse motivo, indagar se o envelhecimento ativo seria uma forma de retardar o aparecimento dessas alterações ou preservar o máximo possível a independência desses indivíduos?

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2005), “o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

Portanto, a OPAS (2005) enfatiza que o envelhecimento ativo aplica-se tanto no quesito indivíduos quanto a grupos populacionais, além de permitir que as pessoas consigam perceber o seu potencial para o bem-estar físico, mental e social ao longo do curso da vida, sendo necessário que as mesmas participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades; acrescentando ainda, o fator que a mesma propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando assim for necessário.

Podemos perceber como referência a OPAS (2005), que a palavra “ativo” quer dizer o potencial do indivíduo referente a sua participação contínua em diversas questões, sejam elas sociais, econômicas, civis, culturais, ou até mesmo espirituais, e não apenas no que diz respeito a estar capacitado fisicamente ou de até mesmo executar parte da “força do trabalho”. Pois o objetivo do envelhecimento ativo é “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (OPAS, 2005, p. 13).

Manter um indivíduo ativo com sua autonomia e independência, não é uma tarefa fácil, pois o processo de envelhecimento ocorre dentro de um contexto que

envolve outras pessoas, sejam elas amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família (OPAS, 2005).

Devido a isso, pela dificuldade em manter indivíduos ativos, e além do fator que a realização do portador de Alzheimer esteja envolvendo terceiros, mesmo que indiretamente, a OPAS (2005) relata que:

Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações (uma via de mão-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe) são princípios relevantes para o envelhecimento ativo. A criança de ontem é o adulto de hoje e o avô de amanhã. A qualidade de vida que as pessoas terão quando avós depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário (OPAS, 2005, p. 13).

Portanto, é necessário que cada indivíduo comece a refletir em qual desses estágios da vida o mesmo se encontra, e se o seu pensamento e suas atitudes no presente irão refletir de forma positiva ou negativa no futuro e no seu processo de envelhecimento.

3 O ENVELHECIMENTO E A DOENÇA DE ALZHEIMER

Com base no que foi apresentado no capítulo anterior, vimos que o envelhecimento é parte natural do ciclo da vida, no entanto, a forma que iremos vivenciá-los depende do modo que “escolhemos” e daqueles que nos acompanham durante essa caminhada.

Porém, a revelia da vontade, diversos quadros patológicos podem ocorrer no processo do envelhecimento, que não fazem parte do processo de envelhecimento “normal”, como é o caso da demência (GLOGOSKI; FOTI, 2004).

Segundo Machado (2013) quando Alois Alzheimer, em torno de 1906/1907 informou o seu primeiro caso da doença (que logo em seguida foi denominada por Kraepelin, em 1910, como Doença de Alzheimer - DA), havia uma suposição que a desordem estivesse extremamente restrita a formas graves de demência pré-senil de evolução rápida, onde existia uma presença significativa de placas senis e de emaranhados neurofibrilares. No entanto, com o passar do tempo, o conceito da Doença de Alzheimer foi tomando uma maior proporção e extensão.

O autor relata que:

Na década de 1970, foi confirmado que as formas pré-senil e senil de demência apresentavam o mesmo substrato neuropatológico. Desde então, a distinção entre as formas pré-senil e senil tornou-se espúria, e ambas foram incluídas no conceito da DA (MACHADO, 2013, p. 288).

Diante desta informação e concepção que é considerada muito mais abrangente, a Doença de Alzheimer passou a ser uma doença neurodegenerativa, progressiva, heterogênea, no que diz respeito aos seus aspectos etiológicos, clínico e neuropatológico. Logo, a Doença de Alzheimer faz parte do grupo das doenças comuns mais importantes referentes aos idosos que ocasionam “declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia, que por decorrência, ocasionam, nos indivíduos por elas afetados, uma dependência total de outras pessoas” (MACHADO, 2013, p. 288). O autor segue dizendo que esse processo da Doença de Alzheimer é evidenciado a partir do momento que ocorre a deterioração das funções cognitivas, do comprometimento em

desempenhar as AVDs (atividades de vida diária) e da ocorrência de diversificados distúrbios de comportamento e de sintomas neuropsiquiátricos.

Além disso, foram constatados através de dados demográficos e epidemiológicos onde os mesmos indicavam o envelhecimento populacional em todo o mundo, e conseqüentemente o aumento do número de pessoas afetadas por demências, em sua grande maioria, pela Doença de Alzheimer, que é considerada sua forma mais comum em países ocidentais. Devido a esses fatores e aos fatos de que a Doença de Alzheimer gera um impacto financeiro para a saúde pública, uma vez que a mesma requer cuidados específicos e de grande demanda, ela é conhecida e reconhecida como um importante caso de problema de saúde pública em todo o mundo (MACHADO, 2013).

Machado (2013) relata que ainda existe como agravante o fato da existência de falhas no diagnóstico e da detecção precoce da Doença de Alzheimer, o que ocorre em inúmeros casos. Sabemos que tanto os portadores da doença como seus familiares costumam atribuir os sintomas iniciais da demência ao processo de envelhecimento, no entanto, elas não são sinônimas, pois alterações cognitivas leves, como lentidão do processamento das informações, também podem ser encontradas no processo de envelhecimento normal, mas isso não as torna progressivas muito menos incapacitantes.

Devido a isso, o autor afirma que:

Embora o conceito de que as demências ocorram de forma inevitável com o envelhecimento esteja ultrapassado, as dificuldades para o diagnóstico persistem, particularmente na fase inicial do processo, quando, não raro, o paciente está alheio aos seus déficits cognitivos ou tenta minimizá-los e disfarça-los para não serem notados. Apesar disso, é notória a negligência da avaliação rotineira da função cognitiva como exame compulsório durante as consultas médicas. Desse modo, é premente ressaltar a necessidade de conscientização de todos os profissionais da área da saúde que lidam com idosos, mesmo que não especialistas, para que estejam sempre alerta ao reconhecimento dos sintomas de demência, até mesmo em pacientes que procuram tratamento por outros motivos aparentemente não relacionados com a deterioração cognitiva (MACHADO, 2013, p. 289).

Interligadas a todos esses fatores e limitações que são peculiares ao diagnóstico, Machado (2013) diz ainda que devemos considerar as expectativas negativas provenientes tanto dos portadores da doença como de seus familiares, que tendem a

interligar a Doença de Alzheimer à rótulos como por exemplo de uma doença “não tratável”.

No entanto, o autor também expõe que:

Os recentes avanços no entendimento da complexa fisiopatologia da doença, a maior conscientização e envolvimento da sociedade, as possibilidades de diagnósticos cada vez mais precoces e precisos, os progressos científicos na descoberta de novos tratamentos de eficácia comprovada e a proliferação de grupos de apoio são alguns dos motivos que permitiram o surgimento de boas perspectivas, que se contrapõem às tradicionalmente sombrias relacionadas com a DA (MACHADO, 2013, p. 289).

Nos dias de hoje, já é possível vislumbrar um panorama bem mais otimista, no qual, tanto os portadores da Doença de Alzheimer como seus familiares têm mais chances de construir um planejamento e reestruturação para os desafios futuros que acompanham o progresso da doença, principalmente no diz respeito aos cuidados médicos, aos aspectos financeiros e legais, e ao suporte social (MACHADO, 2013).

Quando a questão é sobre a relação da idade e a incidência da patologia, o autor relata que, apesar de até o século XX terem permanecido constantes, temos observado nos dias de hoje que há um aumento considerável da prevalência das demências em diversas faixas etárias, que envolvem dois fatores específicos: o aumento da expectativa de vida da população, e a maior sobrevida dos indivíduos portadores da doença. Essa prevalência está envolvida em diversos fatores sendo elas em relação: aos cuidados que têm sido ofertados a essa população; ao tratamento farmacológico específico para a doença, e ao tratamento que tem sido mais eficaz nas questões que envolvem intercorrências, sejam elas médicas, ou de outros fatores.

Diversas são as causas que podem influenciar um indivíduo a ter a Doença de Alzheimer, no entanto, os fatores de riscos como: fatores genéticos e ambientais (como nível educacional, hipertensão, diabetes, tabagismo, inatividade física e cognitiva e trauma craniano); além de fatores não modificáveis, que são: idade, gênero feminino (acima dos 80 anos), Síndrome de Down, história familiar positiva e gene de suscetibilidade (MACHADO, 2013).

Machado (2013) diz que a idade é o fator de risco mais importante para a evolução de demências de modo geral, e da Doença de Alzheimer, em particular, podendo assim ser constatado a partir do período do aumento progressivo das demências a partir de 60 anos de idade. No entanto, existem controvérsias sobre o que ocorre nos indivíduos que possuem idade acima dos 95 anos; caso as taxas de incidências de demência continuem progredindo e aumentando no muitos idosos, todos, irão desencadear um quadro demencial em algum momento de suas vidas, se permanecerem vivos tempo suficiente para que a mesma se manifeste. Caso contrário, “alguns indivíduos nunca irão desenvolver demência durante suas vidas dentro de um período viável de existência” (MACHADO, 2013, p. 291).

Já em relação aos fatores protetores, Machado (2013) disserta que através de estudos observacionais foram constatados os seguintes aspectos:

(...) gênero masculino, nível educacional elevado, vida ativa com estimulação cognitiva constante, engajamento em atividades sociais e de lazer, suporte e rede sociais disponíveis, atividade física regular, dieta rica em antioxidantes e vitaminas (E, C, B6, B12 e folato), ausência de traumas cranianos, presença do alelo 2, níveis baixos de colesterol, consumo moderado de álcool (vinho tinto) e uso de medicamentos: estatinas, anti-hipertensivos, terapia de reposição estrogênica, anti-inflamatórios não esteroides, antioxidantes, agonistas de receptores histamínicos H2 (MACHADO, 2013, p. 293).

Durante o processo de avaliação é possível observar que tanto os idosos como seus familiares queixam-se da piora do desempenho cognitivo, seja durante as atividades de vida diária, como em outras áreas. Por isso, é de suma importância que os profissionais de saúde estejam atentos para avaliar esses pacientes, seja dentro do consultório, no centro de reabilitação, em domicílio, enfim, em qualquer tipo de ambiente, levando sempre em consideração as queixas levadas por seus familiares ou até mesmo pelo portador da doença, e aos sinais e sintomas que são mostrados pela doença.

A Doença de Alzheimer inicia-se, frequentemente, após os 60 anos de idade, apesar de haver casos raros descritos em pessoas com até 30 anos de idade (MACHADO, 2013). Esse fato já é possível de ser observado nos meios nos quais os profissionais de saúde atendem, onde alguns casos de portadores da doença, terem uma idade baixa para a idade determinada como indício de início da doença.

Sabemos que a hierarquia da progressão dos sintomas, quando o assunto é a descrição do curso típico da Doença de Alzheimer, pode sofrer inúmeras variações. Machado (2013) descreve que há vários domínios cognitivos e não cognitivos que podem ser afetados de formas distintas em cada portador da doença, isto é, as formas de apresentação clínica e de progressão clínica serão de formas diferenciadas, e provavelmente, a resposta ao tratamento também. E que, além disso, existe uma grande dificuldade de identificar a data inicial da doença, fora o fato da piora progressiva dos sintomas da doença ocorrerem de forma gradual e contínua, sendo em geral, em um período de 8 a 12 anos. No entanto, a uma grande variedade na velocidade na qual a doença progride, podendo ser de curtos períodos, como 2 anos, ou até mesmo de longo períodos, como de 25 anos. Contudo, os fatores que afetam a sobrevida da doença são: idade, gênero e gravidade da doença.

A Doença de Alzheimer possui 3 fases, sendo elas: inicial, intermediária e avançada. Iremos a seguir destacá-las separadamente:

A fase inicial dura em torno de 2 a 3 anos, sendo caracterizada por sintomas vagos e difusos, e se desenvolvem de forma sorrateira. O comprometimento da memória costuma ser o sintoma mais precoce e proeminente, principalmente no quesito memória declarativa episódica. Os déficits de memória de evocação, durante a fase inicial, dizem respeito principalmente a parte da dificuldade em lembrar de datas, compromissos, fatos recentes, nomes de familiares, podendo também vir acompanhadas da incapacidade em reconhecer o real estado da doença e até mesmo a falta de consciência do déficit cognitivo (MACHADO, 2013).

Segundo Glogoski (2004), com o tempo, a capacidade de aprender fica ainda mais complexa e a capacidade de recuperar memórias antigas também acaba sofrendo um declínio. Além disso, sintomas relacionados à fala e a linguagem também começam a ser observados, assim como o reconhecimento alterado de objetos que eram familiarmente conhecidos, e a capacidade cada dia mais prejudicada de executar movimentos planejados.

A autora disserta que, além dos fatores já citados acima, agrega-se o fato que “a função executiva (capacidade de iniciar, planejar, organizar, implementar com segurança e julgar e monitorar o desempenho) sofre deterioração inevitável à medida que a doença progride.” (GLOGOSKI, 2004, p. 746). Fora as alterações de humor e até mesmo de comportamento, que são possíveis de serem observadas, com frequência, nos

estágios iniciais da Doença de Alzheimer, tendo assim mudança de personalidade, e podendo desencadear depressão, ansiedade e uma irritabilidade de forma crescente.

Já a fase intermediária, tem uma variação entre 2 e 10 anos, e é caracterizada pela deterioração mais acentuada dos déficits de memória, além dos aparecimentos de sintomas focais, que incluem, apraxia, afasia, agnosia, alterações visuoespaciais e visuoespaciais. Em relação aos distúrbios de linguagem, os mesmos progredem para um empobrecimento de vocabulário, parafasias semânticas e fonêmicas, perda de conteúdo e dificuldade de compreensão, dentre outros quesitos (MACHADO, 2013).

Por isso, Machado (2013) relata que:

Com o progredir do declínio cognitivo, a capacidade de aprendizado fica seriamente alterada, e a memória remota é também comprometida. O julgamento torna-se alterado, estando o paciente, com frequência, alheio aos seus déficits, tornando-se notórias as dificuldades para a realização de tarefas complexas [...] esses déficits contribuem para a perda das habilidades para realizar tarefas da vida diária, ocasionando não apenas um declínio cognitivo, mas também funcional. (MACHADO, 2013, p. 295-296).

Segundo Machado (2013) na fase intermediária, ainda é possível notar alterações de postura e da marcha, além do aumento do tônus muscular e outros sinais de parkinsonismo que podem agravar o declínio funcional. O autor segue relatando sobre alguns sintomas neuropsiquiátricos não cognitivos, sendo eles: agitação, perambulação, agressividade, questionamentos repetidos, reações catastróficas, distúrbios do sono e a síndrome do entardecer; esses são alguns sintomas que podem surgir a partir dessa fase da doença, mesmo que a parte do convívio social ainda esteja razoavelmente preservada.

Outros fatores que também podem surgir na progressão da doença, são: problemas sérios de comportamento (agitação, psicose, delírios e alucinações), perambulações e agressões (GLOGOSKI, 2004).

Na fase avançada da doença, que tem uma duração média de 8 a 12 anos, e na fase terminal, todas as funções cognitivas estão em um estado completamente comprometido, onde há a dificuldade para conhecer rostos ou até mesmo espaços físicos familiares. Devido a isso, os portadores da doença passam a ser totalmente dependentes nas suas AVDs, a fala fica completamente comprometida, sendo notável a dificuldade

em verbalizar e se comunicar, chegando ao último nível, o mutismo; e, além disso, tendem em ter dificuldades de obedecer a comandos simples. O resultado final da progressão da doença é o portador em estado acamado, com continência urinária e fecal; e, por fim, a morte, que costuma ser ocasionada devido à complicações do imobilismo, como pneumonia, infecção urinária e úlceras de decúbito (MACHADO, 2013).

Vimos que muitas são as perdas apresentadas na Doença de Alzheimer, sendo elas “perda de memória, confusão, dificuldades para tomada de decisões e para completar tarefas, dificuldades de linguagem e de raciocínio” (FERRARI, 2007, p. 377), além disso, somam-se também as questões próprias do envelhecimento.

No entanto, para a confirmação do diagnóstico da Doença de Alzheimer, o primeiro passo é que seja confirmada a demência. Por isso, é fundamental considerar os critérios ofertados para esse diagnóstico e o diferencial com as demais considerações e condições clínicas, neurológicas e psiquiátricas que podem surgir, de início, com quadro clínico semelhante à demência (MACHADO, 2013).

Devido a isso, o autor diz que:

Para o diagnóstico de demência, é essencial que os déficits causem significativo comprometimento nas atividades profissionais, ocupacionais e sociais do indivíduo e representem declínio significativo com relação aos níveis prévios de funcionamento, na ausência de alterações de consciência. Nessa definição estão excluídos os déficits intelectuais preexistentes (p. ex., retardamento mental), o delirium e as condições que possam impedir uma avaliação clínica adequada (p. ex., afasia grave, déficits sensoriais). A deterioração na execução de atividades de vida diária (AVD) deve resultar de déficits cognitivos, e não de disfunção física (MACHADO, 2013, p.297).

Porém, condições “como ideias delirantes, alucinações, apatia e/ou depressão são comuns nas demências; portanto, a presença delas não é considerada como fatores excludentes” (MACHADO, 2013, p. 297).

Para o diagnóstico diferencial, Machado (2013) relata que é importante considerar várias outras condições que podem aparecer, de início, com o quadro clínico bem semelhante às demências, nas quais incluem questões como, desordens amnésicas, o retardamento mental, o estado confusional agudo (delirium), as desordens fictícias, as desordens psiquiátricas funcionais (como depressão, esquizofrenia), o comprometimento cognitivo leve, o declínio cognitivo associado ao envelhecimento.

Sabemos que atualmente ainda não existem medicamentos capazes de interromper ou modificar o agravamento da Doença de Alzheimer, no entanto, mesmo assim, muitas coisas podem ser feitas pelo portador da doença e por seus familiares, isto é, sendo assim, uma doença tratável (MACHADO, 2013).

O autor segue relatando que durante o curso da doença, diversas necessidades médicas, sejam psicológicas ou sociais irão inevitavelmente ocorrer. Por esse e outros motivos, é que os cuidados poderão ser realizados com sucesso por meio de intervenções interdisciplinares, é claro, de acordo com as demandas que forem surgindo nos diferentes estágios da doença. É impossível, por exemplo, tratar o paciente isolado de seus familiares, pois a doença tende a afetar mais os familiares do que o próprio portador da doença. Vemos que há um despreparo das pessoas em lidar com esse novos papéis, por isso o tratamento eficaz, requer a abordagem ao paciente, aos familiares e aos cuidadores em conjunto, consolidadas através de uma aliança. No entanto, quando o cuidado é também direcionado aos familiares e cuidadores, é possível observar que na maioria dos casos acarreta reflexos positivos no portador da doença.

Para tanto:

As metas primárias do tratamento da DA são: melhorar a qualidade de vida, maximizar o desempenho funcional dos pacientes e promover o mais alto grau de autonomia factível pelo amor tempo possível em cada um dos estágios da doença, ou seja, prover eficácia sustentada ao longo do tempo. Para isso, o enfoque principal do tratamento é direcionado para as medidas de intervenção sobre as alterações cognitivas, do humor e dos sintomas psicológicos e do comportamento na tentativa de reduzir o ritmo de progressão da doença, reduzir ou pelo menos estabilizar os seus principais sintomas, proporcionar um impacto positivo sobre o cuidador, reduzir a dependência funcional e a necessidade de institucionalização (MACHADO, 2013, p.308).

O tratamento costuma incluir abordagens não farmacológicas e farmacológicas combinadas e isoladas. Além do mais, é fundamental que as intercorrências clínicas relacionadas com outros problemas ou doenças associadas preexistentes sejam sempre identificadas e tratadas o mais precocemente possível para que os déficits dos portadores da Doença de Alzheimer não sejam agravados ainda mais (MACHADO, 2013).

Alguns medicamentos que têm sido usados com pacientes portadores da Doença de Alzheimer são: donepezila, rivastimina, galantamina e memantina. No Brasil, a ANVISA aprovou o uso de donepezila para as formas leve e moderada da Doença de Alzheimer; da rivastimina para as formas leve e moderadamente grave; e a galantamina para as formas leve e moderada e para a Doença de Alzheimer associada à doença vascular cerebral relevante; e a memantina para as formas moderadamente grave e grave, bem como para outras demências e doenças neurodegenerativas (MACHADO, 2013).

Porém, Machado (2013) disserta que:

Enquanto não nos é possível conhecer melhor sua etiopatogênese e descobrir tratamentos curativos orientados para o mecanismo fisiopatológico da doença, nunca é demais enfatizar que o seu melhor conhecimento por parte de todos os profissionais de saúde, o diagnóstico precoce e preciso, a instituição precoce do tratamento farmacológico, a intervenção interdisciplinar, o envolvimento da família e dos grupos de apoio são de fundamental importância para o cuidado mais bem-sucedido dos pacientes portadores da DA (MACHADO, 2013, p. 316).

A partir do que foi apresentado, vemos que o processo de envelhecimento é complexo e impossível de se escapar, assim, prevalecem cada vez mais as doenças degenerativas e o declínio fisiológico em diversos sistemas do corpo. Por isso, muitos pesquisadores questionam até em que momento o declínio é considerado uma parte “normal” do envelhecimento (GLOGOSKI; FOTI, 2004).

Dito isto, citamos a seguinte reflexão: “Para que envelhecer não seja visto como um castigo, mas parte de um dos ciclos da vida, é preciso que se possa viver com respeito, garantia de direitos e cidadania, como uma celebração para quem chegou até aqui e para os que ainda virão” (POLLO; ASSIS, 2008, p. 41).

Mas e quanto a questão de envelhecer ativamente com a Doença de Alzheimer? Isso também se aplica? Observamos que o envelhecimento ativo na Doença de Alzheimer irá depender de cada fase da doença, sendo que seriam nas fases iniciais, a possibilidade de se obter o máximo de independência e autonomia possível, contanto que isso não ofereça riscos pra si, nem para terceiros.

No entanto, para isso é necessário diversos tipos de intervenções, onde há necessidade de atendimento de diversos profissionais, de distintas áreas, sendo uma delas a Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional tem um papel fundamental na vida do indivíduo portador da Doença de Alzheimer e na de seus familiares, uma vez que suas intervenções e orientações, desde o início da doença ou até a fase terminal, são de grande valia para o processo de agravamento da doença.

4 A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

O envelhecimento é um processo que os Terapeutas Ocupacionais não podem ignorar, já que o processo de envelhecer é vivenciado por cada ser humano, dia após dia, além do fato da população mais idosa ter crescido de forma global nos últimos anos.

Tirado e Drummond (2008 apud AOTA, 2002) dizem que papel do Terapeuta Ocupacional enfatiza a relação dos indivíduos com as ocupações, aplicando seus conhecimentos para auxiliar as pessoas a assumirem papéis que dão suporte à participação na vida e saúde. Ressalta-se então a capacidade dos indivíduos de se envolverem em ocupações que permitam uma participação desejada ou até mesmo necessária em diferentes contextos do seu cotidiano, seja em casa, no trabalho, no lazer e em outras esferas. Esta ideia se relaciona também com papéis construídos ao longo da trajetória do indivíduo, podendo envolver interesse, metas, hábitos, rotinas, papéis e as suas próprias habilidades.

Segundo Tirado e Drummond (2008) o objetivo do Terapeuta Ocupacional visa conservar, restaurar e melhorar a capacidade funcional, mantendo o indivíduo ativo e independente o maior tempo possível. Tendo a intervenção com a visão de promover o desempenho dos mesmos nas atividades de vida diária (AVDs), nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), além das atividades de lazer.

No trabalho da Terapia Ocupacional especificamente com idosos, que vivenciam o processo de envelhecimento mais intensamente, é importante considerarmos como McIntyre e Atwal (2007) nos alerta que, descrever uma pessoa como idosa porque ela tem 60 anos ou mais é simplista e conveniente, uma vez que a experiência e a pesquisa clínica nos diz que as pessoas idosas variam consideravelmente em suas habilidades e ponto de vista, sendo que muitas pessoas que têm 75 anos de idade ou até mais têm atitudes mais jovens do que tinham na juventude. Se formos colocar na ponta do lápis e considerarmos apenas os aspectos demográficos do envelhecimento, veremos que envelhecer significa aumentar o número de anos vividos, porém, correlacionados à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social que são fundamentais para a percepção da idade e conjuntamente do envelhecimento.

No entanto, quando o assunto é a atuação do Terapeuta Ocupacional junto a indivíduos com a Doença de Alzheimer esses objetivos são almejados, mas de forma mais simplificada e diferenciada, dada a gravidade e as perdas que são acometidas durante a evolução da doença.

Como já citado anteriormente a intervenção do Terapeuta Ocupacional junto a indivíduos com a Doença de Alzheimer, segundo Ferrari (2007), embora tenha sido negligenciada no passado, atualmente tem sido amplamente colocada e incorporada no tratamento diário dos pacientes, sendo elas nas orientações de seus familiares/cuidadores e até mesmo nas adaptações e modificações ambientais.

Segundo Ferrari (2007) um programa de atividades pode, claramente, proporcionar uma estrutura cotidiana aos pacientes, além de ajudar na preservação das habilidades remanescentes, minimizar as consequências de déficits cognitivos e funcionais e também criar um ambiente para a interação social.

Ferrari (2007) nos dá exemplo dos princípios do processo de intervenção, e iremos citá-los a seguir:

a) A manutenção preventiva das habilidades funcionais, motoras, perceptivas e cognitivas que o portador de Alzheimer vai paulatinamente perdendo; e b) A adaptação contínua para lidar com o meio ambiente, o exercício e a participação das atividades que constituem o cotidiano do paciente, que são o comer, o vestir-se, a higiene pessoal, o comunicar-se, andar, telefonar, fazer compras, assistir a um filme, ir ao teatro etc., pois essas atividades vão se tornando cada vez mais prejudiciais à medida que a doença evolui (FERRARI, 2007, p. 377-378).

Ferrari (2007) diz ainda que as intervenções feitas pelo Terapeuta Ocupacional iniciam-se com uma entrevista meramente informal com o paciente, utilizando-se um raciocínio interativo, para que se obtenha o desenvolvimento de uma relação de afinidade com o paciente. O autor continua dizendo que o Terapeuta Ocupacional se apresenta, e logo em seguida realiza a verificação do nível de orientação percebido pelo paciente, na qual envolve: quem ele é, onde está, a data, que horas são, informações que sejam relevantes para o mesmo, como seu estilo de vida, como é o seu cotidiano, e qualquer outra informação que o Terapeuta Ocupacional julgar ser relevante para o

desenvolvimento do processo de vinculação com o paciente, e que o ajude na construção do seu trabalho terapêutico.

Por isso, o autor enfatiza que:

Essa primeira fase de intervenção é muito importante, pois é o momento em que o terapeuta entra no contexto do paciente para conhecê-lo como pessoa. É preciso que se estabeleça um bom relacionamento na entrevista inicial porque geralmente o tratamento vai ser prolongado e o idoso precisa se sentir à vontade. A segunda fase é constituída pela avaliação do portador de Alzheimer para que se possam estabelecer as estratégias terapêuticas a serem utilizadas. A avaliação deve incluir os aspectos cognitivos, funcionais, emocionais e sociais (FERRARI, 2007, p. 378).

Logo, podendo perceber que a avaliação cognitiva é primordial para identificar as habilidades e os déficits do paciente, assim podendo determinar o impacto desses déficits na vida diária (FERRARI, 2007).

Segundo Machado (2013), a avaliação do estado mental é primordial em todos os pacientes com suspeita de déficits cognitivos, nascida a partir das preocupações dos próprios pacientes e de seus familiares, ou até mesmo através da desconfiança durante as idas ao médico. Fora isso, os casos iniciais passam despercebidos, principalmente naqueles pacientes que conseguem manter habilidades suficientes para uma entrevista simples. Os testes cognitivos que podem ser aplicados em uma avaliação rotineira, devem ser curtos, de fácil manuseio, de aplicação simples e rápida, e que sejam próprios para qualquer ambiente, e que devem propiciar o reconhecimento efetivo dos sinais e sintomas precoces de demências. O treino para a aplicação dos testes deve ser rápido e sem muitas complicações, além de deverem estar, preferencialmente, validadas para o uso, além de servirem como base para avaliações futuras.

Por isso, considerando que o diagnóstico não pode ser baseado em um único teste, é necessária a utilização de testes complementares. Alguns deles são: Miniexame do estado mental (MEEM), teste de fluência verbal semântica (categoria animais), o teste do relógio, o teste de memória de figuras e o teste de lista de palavras. Além dos testes cognitivos aqui apresentados, existem vários outros questionários de avaliação, que são dirigidos à familiares e aos cuidadores confiáveis, que são bem interessantes, já que suas aplicações não dependem de uma consulta.

Quanto à avaliação funcional, Ferrari (2007) diz que a mesma é necessária para que se possa acompanhar as alterações nas habilidades funcionais durante o processo da doença de Alzheimer, além de ajudar no processo de diagnóstico, avaliação dos benefícios das intervenções e, além de tudo, na tomada de decisão sobre assuntos legais, como com quem fica a guarda do paciente. O autor discorre ainda, que a avaliação funcional tem o poder de proporcionar uma forma concreta e significativa de comunicação com a família no momento de informar sobre os métodos de intervenção e as possibilidades, os mais reais possíveis, de sucesso do paciente.

Pois sabemos que:

O declínio nas habilidades funcionais da vida diária é um fato, e com frequência observam-se no paciente atos como: começar uma coisa e não acabar, repetir muitas vezes uma frase em curtos prazos, receber telefonemas e não conseguir transmitir os recados, esquecer com frequência coisas que acabou de fazer ou acabou de ouvir, apresentar dificuldade em escolher roupa apropriada para estação do ano ou para a ocasião, esquecer o local do banheiro, apresentar dificuldades com o uso do sanitário. Os déficits funcionais aparecem de maneira sutil, e a deterioração é lenta (FERRARI, 2007, p. 379).

Portanto, podemos dizer que a partir do momento em que o Terapeuta Ocupacional inicia a avaliação, ele passa a ter condições de traçar o seu plano de atendimento. Pois suas intervenções podem ser iniciadas a partir do momento em que começam a aparecer os primeiros sintomas da doença, sendo eles: depressão leve, esquecimentos, problemas relacionados ao comportamento, e etc.; além de ter que englobar: o paciente, o familiar (principalmente o familiar cuidador) e o ambiente (FERRARI, 2007, p. 379).

Segundo AOTA (1994 apud GLOGOSKI; FOTI, 2004), a Terapia Ocupacional tem como ajudar indivíduos que estão em um nível mais avançado no processo de envelhecimento a continuar ou até mesmo a retomar a sua participação nas AVDs, auxiliando na preservação da qualidade de vida, contribuindo assim para uma sensação de bem-estar para os indivíduos idosos através da amostra de uma competência e maior controle de si mesmos e dos ambientes e espaços aos quais ocupam. Por esse e por outros motivos, “Oferecer a uma população idosa um atendimento de qualidade é uma das áreas de prática da TO mais desafiadoras” (GLOGOSKI; FOTI, 2004, p. 1044).

“Os terapeutas ocupacionais que trabalham com idosos (gerontologistas) selecionam quadros de referência e modelos conceituais de prática que sejam relevantes” (LARSON, 1996 apud GLOGOSKI; FOTI, 2004).

Por isso, Glogoski e Foti (2004) afirmam que:

Um quadro de referência evolutivo deve ser a base. Os terapeutas ocupacionais gerontologistas focalizam-se nos distúrbios dos processos normais de amadurecimento dos idosos, nos âmbitos físico, psicológico e social. A meta é restabelecer a ordem e ajudar os idosos a adaptarem-se sempre que a patologia interferir no desempenho ocupacional (GLOGOSKI; FOTI, 2004, p. 1045).

Dito isto, um fator que os Terapeutas Ocupacionais lidam a todo instante com seus pacientes, sejam eles com a Doença de Alzheimer, ou não, e são de grande ajuda no processo de restabelecer a ordem e ajudam seus pacientes a se adaptarem no decorrer da progressão da patologia, é em relação à orientações aos familiares/cuidadores, uma vez que os mesmos são parte fundamental do processo terapêuticos desses indivíduos.

4.1 ORIENTAÇÕES À FAMILIARES/CUIDADORES

Já sabemos que o envelhecimento é parte natural do processo da vida e, que a cada ano o número de idosos tem crescido de forma mais significativa. No entanto, vários fatores podem ocorrer durante esse processo natural do envelhecimento, como é o caso da Doença de Alzheimer. Vimos que a Doença de Alzheimer caracteriza-se por diversas perdas, sendo elas de fatores cognitivos (como memória, raciocínio e pensamento), físicos (que atribuem a uma dificuldade na execução das atividades de vida diária) e também na forma comportamental (que incluem alucinações, delírios, agressividade, dentre outros). Por isso que no decorrer da doença, ela é dividida em três estágios: leve, moderado e grave, e conforme o seu processo vai se agravando e intensificando, vai surgindo a necessidade de cuidados mais específicos para esses indivíduos, pois a pessoa passa a precisar de um acompanhamento mais supervisionado, surgindo assim o papel do cuidador (NASCIMENTO, 2011, p. 115-116).

Como vimos em um dos capítulos e como citado por Nascimento (2013) anteriormente, a Doença de Alzheimer possui 3 fases: a inicial, a intermediária e a avançada e, de acordo com cada fase, será realizada diversos tipos de orientações devido a fase que o portador da doença se encontra, fora os outros contextos que o mesmo está inserido. Por exemplo, se o portador da doença está na fase inicial, o Terapeuta Ocupacional irá realizar intervenções com estimulações cognitivas com esse indivíduo para que o mesmo possa ficar o maior tempo possível independente nas suas AVDs e AIVDs, e irá orientar a família quanto aos estímulos a serem realizados em casa, e as facilitações na realização das AVDs, e até mesmo na organização e simplificação do cotidiano e do ambiente. Já na fase intermediária o Terapeuta Ocupacional irá orientar esse familiar/cuidador, focalizando mais nas questões relacionadas de comunicação verbal, e facilitação da mesma, através de frases mais curtas e diretas, além de orientações quanto a adaptações no ambiente da casa, retirada de tapetes que torna esse indivíduo mais propenso a quedas, dentre outras facilitações e segurança para as atividades do cotidiano. E por fim, na fase mais avançada e terminal, o Terapeuta Ocupacional tende a realizar mais orientações quanto a troca de decúbito no leito, para a prevenção de úlceras por pressão, além de realizar movimentação passiva de membros superiores e inferiores, com o objetivo de prevenir contraturas e deformidades.

Com base na minha experiência durante a graduação, com o aporte teórico lido durante este processo, e agora como profissional, pude observar que algumas orientações são cruciais para o funcionamento psicológico e físico dos familiares/cuidadores e até mesmo do próprio portador da doença, sendo essas orientações centralizadas nas rotinas, comunicação, AVD's (vestuário, banho e higiene pessoal, alimentação), medicamentos, comportamento, dentre outros.

A rotina, que é classificada com um padrão de desempenho (AOTA, 2015) é orientada ao familiar/cuidador que se mantenha o mais normal e coerente possível, por exemplo, se o idoso e a família gostam de sair, ir ao parque, cinema, teatro, museus, ou até mesmo ir à algum restaurante, é aconselhável que os mesmo continuem realizando-as, pois o prazer em fazer e/ou participar de atividades que gostam também é terapêutico. A rotina é algo fundamental na vida do idoso com Doença de Alzheimer, por isso é orientado que seja seguida um rotina, por exemplo, fazer a mesma coisa, na mesma hora, do mesmo jeito, pois isso ajuda o idoso a se organizar e auxiliar na

execução das mesmas. É necessário também que se estruture o ambiente, onde o Terapeuta Ocupacional possa avaliar a casa e auxiliar ao familiar/cuidador para que a mesma seja um lugar mais seguro e acessível possível, por isso os familiares/cuidadores são orientados que, por exemplo, o quarto do idoso seja simples, com um relógio e calendários grandes pendurados na parede, onde irá ajudar o idoso a se orientar em relação ao tempo e espaço; os mesmos são orientados a repetir, todos os dias, o dia, a hora, o mês e o ano; a ter horário para realizar suas AVDs e AIVDs (como por exemplo, acordar, fazer as refeições, tomar banho, passear, ver televisão, dormir e etc.). Os familiares/cuidadores também podem sinalizar a casa, com bilhetes avisando o local (banheiro, cozinha, sala); são orientados a não mudarem os móveis de lugar, pois isso desorganiza o idoso, e eles possuem uma memória do local de cada móvel de suas casas; e estimulados a colorem retratos dos familiares e amigos, espalhadas pela casa, pois ajuda o idoso a exercitar a função cognitiva. Quanto à questão da segurança, os familiares/cuidadores são orientados a retirar tapetes, já que os mesmos proporcionam grande risco de quedas; a não deixarem móveis no meio do caminho, a colocarem corrimões nas escadas (quando houver), barras de apoio nos corredores, banheiros e ao redor do vaso sanitário; a não deixar o idoso manusear fogão, água quente, ou qualquer outro tipo de atividade que possa gerar risco e seja de difícil execução. Em relação às tarefas e comunicação, como já mencionadas anteriormente, elas devem ser simplificadas, por isso é aconselhável que não se dê muitas opções ao idoso, pois isso o confunde.

Sabemos que a comunicação do portador da Doença de Alzheimer é prejudicada, devido a isso, o Terapeuta Ocupacional deve orientar ao familiar/cuidador que ele seja flexível e paciente, que fique atento a maneira como fala, sendo sempre de forma simples, voz tranquila e pausadamente, assim dando tempo para que o idoso processe a informação. Em relação às atividades, elas necessitam ser simplificadas, mas sem que o excluam. Por exemplo, deixe o idoso participar do preparo do almoço, peça coisas simples e que ele possa realizar, como lavar o arroz, escolher o feijão, escolher os alimentos pra salada. O portador da Doença de Alzheimer tem a necessidade de saber que ainda é independente e não foi excluído das atividades cotidianas.

Quanto às AVDs o Terapeuta Ocupacional orienta aos familiares/cuidadores sobre a utilização de roupas que podem se tornar complexas na execução do vestir-se, por isso deve evitar roupas que tenham muitos botões, vestidos que feche na parte de

trás, cinto, dentre outras coisas; e sobre não questionar o portador da doença quando o mesmo quiser utilizar a mesma roupa, o que costuma ser frequente. Em relação ao banho e higiene pessoal, a rotina é essencial, por isso é aconselhável que deva ser evitado a troca de horário e forma de condução; além disso o Terapeuta Ocupacional orienta ao familiar/cuidador sobre a importância do portador da doença realizar essa tarefa o mais independente possível, mas é aconselhável que o cuidador separe todos os materiais necessários com antecedência, para evitar possíveis acidentes durante a execução da tarefa.

Em relação aos medicamentos, é aconselhável que o familiar/cuidador faça uma lista com os horários dos medicamentos e o tempo de uso, além disso, o mesmo ou o próprio portador da doença podem utilizar de meios tecnológicos como celulares, para os lembrarem de tomar a medicação, ou podem utilizar diversos tipos de esquemas e estratégias para a organização e execução da tarefa de forma eficaz, sem que se sobreponha os horários dos medicamentos.

As medicações e o próprio agravamento da doença vão interferindo no comportamento do idoso e na qualidade do seu sono, por isso é necessário que o familiar/cuidador esteja preparado para as possíveis situações que poderá enfrentar frente a isso.

No entanto, é válido ressaltar que a atuação e orientações do Terapeuta Ocupacional frente aos familiares/cuidadores, é de suma importância, tendo em vista que quanto mais precocemente esse indivíduo receber estimulações cognitivas, adaptações e facilitações das suas AVDs, por mais tempo ele irá retardar o progresso da doença, e o portador poderá ser independente e autônomo dentro das suas limitações.

Machado (2013) relata que:

No que diz respeito ao paciente, vários tipos de tratamento podem ser indicados de acordo com o estágio da doença, motivação, aptidões e personalidade prévia do paciente, circunstâncias sociais e ambientais, recursos financeiros, além da disponibilidade de serviços. Deve-se sempre considerar as expectativas (versus possibilidades reais e potenciais do paciente e reavaliar constantemente os resultados obtidos por meio da intervenção proposta). Técnicas de reabilitação cognitiva incluem “orientação para a realidade”, “treinamento da memória”, “reminiscência”, técnicas de estimulação por meio da arte e de outras terapias ocupacionais, sociais e de recreação, dança, exercícios e musicoterapia (MACHADO, 2013, p 315).

No que diz respeito ao cuidador, com grande frequência, esse papel é assumido por algum familiar, apesar de existir a possibilidade/opção do cuidado de terceiros (cuidadores formais).

Para tanto, Nascimento (2011) relata que cuidados podem ser de diversos âmbitos, devido a isso, o autor diz que:

(...) por cuidados compreendemos desde o suporte físico, econômico, administração das finanças, medicamentos, até o suporte psíquico, emocional. O cuidador é o principal responsável pelo paciente, e em geral, esse papel é assumido de forma inesperada, principalmente por pessoas do sexo feminino. É quem estabelece o elo entre o doente e a vida, o doente e a equipe de saúde (NASCIMENTO, 2011, p. 116).

Segundo Nascimento (2011) a Doença de Alzheimer tem um impacto gigantesco na vida do cuidador, ainda mais quando o mesmo é um familiar. Muitos podem ser os motivos da causa de tal impacto, sendo elas: o estágio da doença na qual a pessoa se encontra; o papel que o doente exerce na família; e a capacidade do cuidador de elaborar estratégias referentes às perdas que acontecem durante o processo de adoecimento. O cuidado exercido pelo cuidador gera uma mudança significativa na vida do mesmo, pois ele precisa alterar completamente sua rotina e reorganizar e redistribuir papéis, além de ter que ressignificar a relação com o familiar portador da doença, tendo em vista que o cuidador, em muitos casos, deixa-se de lado, por não conseguir conciliar o cuidado de si, com o cuidado do outro. Por isso é notável a necessidade de se olhar com muito cuidado e atenção para este cuidador, uma vez que o mesmo é deixado de lado em prol do familiar portador da doença.

Logo no início da doença, o portador da doença e o familiar cuidador ainda não sabem o que realmente está acontecendo, pois o portador da doença apresenta apenas um déficit significativo, o que gera nos familiares reações como irritabilidade e até hostilidade. Quanto ao paciente, o mesmo pode vivenciar diversos sentimentos, um exemplo é a tristeza, na qual ele sente devido a percepção de suas próprias limitações, assim como o abandono e reação de hostilidade que recebe de seus familiares. Com o passar do tempo e a evolução da doença, os déficits tendem a aumentar, então inicia-se a busca pelo diagnóstico. Quando o mesmo é descoberto, os familiares tendem a assumir três posicionamentos indesejáveis, sendo elas: Superproteção, que é a tendência

em monopolizar a função de cuidado, tendo a crença de serem os únicos capazes de executá-las; evasão da realidade, que é quando as pessoas negam a doença e tendem a acreditar que tudo irá voltar como era antes; e expectativa exageradas com relação ao desempenho do paciente, que é quando gera uma frustração tanto em relação ao paciente, por não corresponder à expectativa depositada, quanto nos próprios familiares, quando notam que o portador da doença não é mais capaz (NASCIMENTO, 2011, p. 118-119).

É possível observar que quando os familiares e os próprios pacientes recebem o diagnóstico, é um momento doloroso, onde acontecem muitos questionamentos, desde o porquê, como a doença evolui e se existem medicamentos que possam tratar da doença. Com isso, vemos que a doença não atinge só o próprio portador da doença, mas também todos os seus familiares e os que os cercam, uma vez que interfere no cotidiano de todos.

Nascimento (2011) relata que no processo de adoecimento, os próprios portadores da doença e seus familiares passam, em geral, por um processo de enfrentando que é dividido em 5 fases, sendo elas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. No entanto é necessário informar que nem todas as pessoas passam por todas as fases e, que cada um vivencia de forma peculiar e particular.

A primeira fase é a negação, onde o indivíduo nega literalmente a doença e o diagnóstico, que tem início por volta do momento em que a doença se instala até o diagnóstico, e até mesmo após o mesmo. Sua duração e características vão depender de cada indivíduo, mas geralmente tanto o portador da doença como seus familiares tendem a ter dificuldade em aderir e aceitar ao tratamento (NASCIMENTO, 2011, p.120).

Devido a isso:

Neste período, geralmente não se aceita a realidade, gerando um maior sofrimento e desgaste, tanto físico quanto emocional, muitas vezes levando a uma peregrinação a diversos médicos, na busca de um diagnóstico diferente. O desejo é de que o diagnóstico esteja errado e assim seja possível o retorno ao passado, a vida antes do acometimento da doença no seio familiar (NASCIMENTO, 2011, p. 120).

Logo em seguida as demais fases que vão surgindo e sendo vivenciadas ao longo do processo da doença, são: raiva, barganha, depressão e aceitação (NASCIMENTO, 2011). Dito isso, iremos falar um pouco de cada um delas resumidamente.

Na fase da raiva, é comum o sentimento de revolta, sendo ele vivenciado tanto pelo portador da doença como pelos familiares e, comumente direcionados a equipe ou profissional quem revelou o diagnóstico, como se fosse necessário encontrar um culpado para aquela situação na qual estão passando. Já na fase da barganha, tanto o familiar como o portador da doença tentam barganhar com o médico, ou qualquer outro profissional da equipe na tentativa de fugir do diagnóstico e da doença em si. Consecutivamente a essas tentativas de fugir e até mesmo de mudar o diagnóstico, ambos caem em si, percebendo que não haverá alteração do diagnóstico. No entanto, lidar com a notícia de um diagnóstico como a Doença de Alzheimer, que é uma patologia sem perspectiva de cura, gera tanto nos familiares como no próprio portador a sensação de impotência e frustração, onde é como se eles estivessem passando por um momento de luto onde você percebe que acabou de perder uma vida saudável onde o prognóstico é apenas de perdas e mais perdas (NASCIMENTO, 2011).

Nascimento (2011) relata que:

Conforme as perdas se intensificam e o paciente começa a ter um comprometimento significativo da função cognitiva da memória, chegando a não reconhecer seus familiares, a família tem que lidar com o luto, ainda em vida, pela “morte social” do doente (NASCIMENTO, 2011, p. 121).

A partir do momento em que tanto o portador da doença, como seus familiares passam a encarar a doença de frente, pode acontecer que mais uma das fases entre em ação, onde os mesmos são rodeados e consumidos por uma nuvem de tristeza e desesperança, e é quando inicia a fase da depressão. A depressão costuma ser uma fase muito complexa e difícil, onde é necessário que haja apoio mútuo entre todas as partes e um firme suporte emocional. E a última fase, que é a de aceitação, ela é vivenciada de forma mais significativa pelos familiares, pois na maioria das vezes o portador da doença já costumava apresentar um declínio cognitivo e um comprometimento significativo tanto das funções cognitivas, como comportamentais. Sendo assim, neste

momento, os familiares já aceitaram e encararam a doença de forma mais consciente, o que torna um contato real com o portador da doença (NASCIMENTO, 2011).

Muitos fatores devem ser considerados e revistos durante o processo de adoecimento da pessoa com Alzheimer, pois como o cuidador familiar costuma conviver praticamente de forma contínua com o portador, isso gera no familiar cuidador uma necessidade permanente de adaptação e mudança de papéis. Pois o mesmo passa a ser obrigado a passar por uma constante transição de papéis, ficando assim, responsável pela função de acomodar as perdas atuais e de antecipar as futuras (NASCIMENTO, 2011).

Nascimento (2011) nos diz que o papel social que o portador da doença de Alzheimer exerce na família também irá girar no cuidador familiar e nos outros entes da família, uma vez que antes o cuidador familiar era filho, e agora há uma inversão de papéis, onde o filho assume a responsabilidade de ser pai do seu próprio pai. Assim, o cuidador deixa de exercer, por exemplo, o papel de filho, que necessita de cuidados, para assumir o papel de pai, daquele que cuida. Além disso, também muda a questão da relação que existia antes, pois o acometimento da doença influía no curso do cuidado.

Podemos perceber então que o cuidador passa a vivenciar um luto diário, uma vez que ele percebe, diariamente, as perdas físicas, cognitivas e mentais do seu ente querido, incluindo também aquelas que giram em torno do vínculo familiar, pois o portador da doença começa a esquecer dos seus próprios papéis ocupacionais, e da dos outros.

Devido a isso:

(...) o cuidador familiar tem que lidar com o fato de que aquele ente querido já não o reconhece mais, nem os outros familiares e nem a si mesmo. É a “morte psicológica”, que acontece antes da física. É um período de grande sofrimento, as incertezas causadas por essa “morte” levam os cuidadores a duas posturas: de reorganização familiar sem o ente afetado ou de uma espera fantasiosa de que o doente mantenha suas responsabilidades normais na família (NASCIMENTO, 2011, p.122).

Percebemos que assim como o cuidador, a família precisa vivenciar o luto pela perda dos sonhos e até mesmo das esperanças futuras. Isso é um luto antecipado, devido

as pelas perdas que vêm junto com a doença, com o portador da doença ainda em vida (NASCIMENTO, 2011).

Porém, apesar de todo sofrimento que acontece tanto ao portador da doença como para seus familiares e para o cuidador familiar, é possível observar que a Doença de Alzheimer não gera apenas sofrimento, mas também ganhos, como explica Nascimento (2011):

Embora a DA gere ansiedade nos familiares e no doente, tendo em vista ser incurável, contribui para a cura dos familiares que cuidam, uma vez que constitui uma oportunidade de pensar na saúde, respeito, afetividade, dignidade, inserção social, exercício da cidadania, de demonstrar amor ao próximo e, por fim, uma oportunidade de vida para os cuidadores (NASCIMENTO, 2011, p. 123).

No entanto, embora o processo de cuidado gere diversos tipos de desgaste ao familiar cuidador, seja físico, emocional ou até mesmo social, o mesmo também gera a ressignificação do cuidado e a possibilidade de criação/elaboração dos lutos que são vividos durante a doença, sendo então, necessário que o cuidador tenha também o seu próprio momento e espaço de cuidado, realizando assim o cuidado de si, seja sozinho ou com ajuda de terceiros (NASCIMENTO, 2011, p.118).

Pois, como ao autor relata:

O cansaço que envolve o processo de cuidado gera irritabilidade, baixa tolerância, impaciência, sentimentos de angústia e frustração. Por isso, é imprescindível que o cuidador se dê conta de que é um ser humano com fragilidades e limites, e que precisa de cuidado e de ajuda para suportar a carga física e emocional envolvida no processo de cuidado (NASCIMENTO, 2011, p. 124).

Sabemos que o cuidador familiar tem uma tendência a esquecer de si, por isso é necessário que durante as orientações que os Terapeutas Ocupacionais realizam, os mesmos proporcionem uma melhor qualidade de vida para o portador da doença de Alzheimer, também não esquecendo de dar um suporte para esses cuidadores familiares,

uma vez que é necessário que esse familiar cuidador possa viver sua vida com qualidade, procurando apoio e dividindo as responsabilidades.

Portanto, concluímos que o processo de cuidado apresenta uma complexa e extensa rede de significados, com questões que envolvem diversas esferas, sendo elas físicas, emocionais, sociais, econômicas e até mesmo religiosas. No entanto, embora esse processo gere muito estresse no cuidador familiar, é necessário que tanto ele como os outros familiares saibam lidar com os lutos que acompanham a progressão da doença, pois elas geram impactos significativos (NASCIMENTO, 2011).

Nascimento (2011) discorre sobre como:

(...) é preciso que o cuidador também dê continuidade à sua vida e procure um suporte emocional, tenha a capacidade de compartilhar tarefas, aprenda a lidar com as perdas e seja capaz de reconhecer e respeitar suas limitações. (...) é fundamental que o cuidador seja orientado por uma equipe multidisciplinar, para que possa lidar de forma eficaz com todas as etapas de evolução da doença e os cuidados necessários em cada fase (NASCIMENTO, 2011, p. 125).

Por isso é importante que o cuidador ache um espaço de escuta, e exerça o autocuidado, pois só assim os impactos causados pela doença serão minimizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que o processo de envelhecimento e a Doença de Alzheimer não estão interligados diretamente, pelo menos não no processo normal do envelhecimento. No entanto, o aumento do número dos idosos é perceptível, assim sendo os Terapeutas Ocupacionais também verão um maior número de pacientes com diversas demências, como a Doença de Alzheimer, chegando em seus consultórios para serem atendidos. Por isso é necessário que os mesmos estejam preparados e capacitados para atender a demanda dessa população, assim possibilitando que os idosos portadores da Doença de Alzheimer possam permanecer em locais menos restritivos o maior tempo possível e garantir que os mesmos tenham uma qualidade de vida melhor.

Sabemos que o processo de envelhecimento pode ser vivenciado de formas diferentes por cada pessoa, alguns idosos têm certa dificuldade de aceitar o envelhecimento e o que ele desencadeia em seus corpos e suas mentes. No entanto, há pessoas que aceitam o envelhecimento, como ele realmente é, parte do processo natural da vida. Como o envelhecimento é visto e vivenciado de um jeito particular por causa pessoa, a forma de tratamento à essa população também deve ser feita de forma individual e focada na particularidade de cada indivíduo.

Diversas serão as formas que essa população chegarão aos nossos consultórios (ou em qualquer outro meio de atendimento), cada um carregando em sua bagagem uma vida que foi vivenciada apenas por ele, às vezes com muita alegria, tristeza, sorrisos, choros, e múltiplas formas de sentimentos. Assim como cada idoso, cada familiar que irá chegar os acompanhando, também terão uma bagagem diferenciada, às vezes com muito cansaço, estresse, amor, tristeza, enfim, com infinitos sentimentos. Quando esses indivíduos que chegam ao nosso consultório com seus familiares, são portadores da Doença de Alzheimer iremos perceber que muitos de seus familiares chegam cheios de dúvidas e questionamentos, frustrados e cansados.

A Doença de Alzheimer tem o poder de adoecer mais a família do que ao próprio portador, pois a família sente a dor do esquecimento, enquanto o portador não sabe o que está vivenciando (menos nos momentos de “lucidez”). A família vê aquele seu ente querido indo embora aos poucos, um dia ele esquece seu nome, depois de um tempo seu rosto e por aí vai. Por isso, o Terapeuta Ocupacional, assim como qualquer

outro profissional da saúde, precisa estar pronto quando esta população e seus familiares chegarem necessitando de seus cuidados, afinal muitas serão suas dúvidas. Vimos que uma parte primordial para os cuidados dessa população são as orientações que serão feitas aos seus familiares em relação às estimulações cognitivas que podem ser feitas em casa, as adaptações nas AVDs, dentre outras demandas que irão surgindo na evolução da doença.

O Terapeuta Ocupacional tem papel fundamental nas orientações aos familiares/cuidadores, uma vez que o mesmo é capacitado, habilitado e é de propriedade da sua profissão falar sobre as atividades de vida diária. O Terapeuta Ocupacional irá orientar quanto as estimulações cognitivas que podem ser feitas à domicílio, realizar e orientar quanto as adaptações no domicílio desse idoso para que o mesmo evite quedas, podendo assim, ser colocada barras de apoio em escadas, corredores, banheiro, dentre outros ambientes; retirada de tapetes e orientações quanto a necessidade que o ambiente não seja mudado, ou de preferência, seja alterado o mínimo possível. Além disso, o Terapeuta Ocupacional orienta os familiares/cuidadores quanto a forma de lidar, falar e agir com o portador da Doença de Alzheimer, sobre as fases da doença, e seus agravantes. É papel do Terapeuta Ocupacional assim como de outros profissionais da área da saúde, dar suporte a esses familiares e orientá-los, cada um dentre da sua especificidade.

Contudo, vimos como as orientações são de suma importância na vida desses familiares/cuidadores, uma vez que os mesmo se encontram perdidos, desorganizados e desorientados quando recebem um diagnóstico de Doença de Alzheimer em um familiar. A Doença pode sim, ser devastadora, mas as orientações e os suportes que precisam e devem ser ofertados aos pacientes com a Doença de Alzheimer e à seus familiares, fazem toda a diferença para que os mesmos passem por cada etapa da melhor forma possível, e de preferência com maior tempo possível de independência e autonomia nas suas AVDs.

REFERÊNCIAS

- AMORA, A. S. **Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa**. 19º ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL - AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo – 3ª edição. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**; n. 26 (ed. esp.): p. 1-49, jan/abr. 2015.
- BORGES, M. F. Convivendo com Alzheimer: Manual do cuidador. Disponível em: <http://www.integrasaude.com.br/wp-content/uploads/2012/01/manual-do-cuidador-alzheimer.pdf> Acesso em: 21 de fevereiro de 2018, às 17:38.
- FERRARI, M. A, C.. Reabilitação do Idoso Portador de Demência Tipo Alzheimer. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 377-381.
- GLOGOSKI, C.. Doença de Alzheimer. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B.. **Terapia ocupacional: capacidades práticas pra disfunções físicas**. São Paulo: Roca, 2004. p.742-751.
- GLOGOSKI, C.; FOTI, D.. Necessidades Especiais do Idoso. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B.. **Terapia ocupacional: capacidades práticas pra disfunções físicas**. São Paulo: Roca, 2004. p. 1044-1067.
- GOMES, L. M. A. AFR – Introdução. In: GOMES, I. M. A. **Reabilitando Vidas - Um Histórico da AFR**. Niterói/RJ: Associação Fluminense de Reabilitação, 2011, p. 10-15.
- GOMES, L. M. A. AFR – Uma Instituição Filantrópica. In: GOMES, I. M. A. **Reabilitando Vidas - Um Histórico da AFR**. Niterói/RJ: Associação Fluminense de Reabilitação, 2011, p. 23-32.
- KATZ, N.; BAUM, C. M.; MAEIR, A.. Introdução à Intervenção Cognitiva e à Avaliação Cognitiva Funcional. In: KATZ, N. **Neurociência, Reabilitação Cognitiva e Modelos de Intervenção em Terapia Ocupacional**. São Paulo: Editora Santos, 2014. p. 3-11.
- KROHN, W. S.; FOTI, D.; GLOGOSKI, C.. Doenças Degenerativas do Sistema Nervoso Central. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B.. **Terapia ocupacional: capacidades práticas pra disfunções físicas**. São Paulo: Roca, 2004. p. 739-767.
- LYSACK, C. Fatores Socioeconômicos e Suas Influências sobre o Desempenho Ocupacional. In: WILLARD; SPACKMAN. **Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011, p. 69-80.

MACHADO, J. C.. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V. de [et al]. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013. p. 288-318.

McINTYRE, A.; ATWAL, A. Introdução. In: McINTYRE, A.; ATWAL, A. **Terapia Ocupacional e a Terceira Idade**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2007, p. 1-13.

NASCIMENTO, F. S.. O Papel do Cuidador Familiar na Doença de Alzheimer. In: LYRA, E.; CARRÉRA, M.. **Doença de Alzheimer: Um olhar sob o enfoque multidisciplinar**. Jundiaí, Paco Editorial, 2011, p. 115-126.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

POLLO, Sandra Helena Lima; ASSIS, Mônica de. Instituições de longa permanência para idosos – ILIPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 29-43, 2008.

SOUZA, D. M.; ROSA, D. O. S.; D' SOUZA, M. M. Representações do Idoso Asilado sobre os Cuidados da Família. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, 14(3), ISSN 2176-901X, São Paulo, junho 2011, p. 167-183.

TIRADO, M. G. A.; DRUMMOND, A. F.. Intervenção do Terapeuta Ocupacional em Instituições de Longa Permanência para Idosos. In: Adriana de França Drummond e Márcia Bastos Rezendo. (Org.). **Intervenções da Terapia Ocupacional**. 1 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008, v. 1, p. 159-175.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 43(3):548-54, 2009.