

FACULDADE LABORO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO: GESTÃO E ASSISTÊNCIA  
EM GERONTOLOGIA

**ARLEIDE APARECIDA TEIXEIRA NORONHA SANTANA**

**VANTAGENS E POSSIBILIDADES NO ATENDIMENTO DOMICILIAR A IDOSOS:**  
uma revisão de literatura

São Luís  
2018

**ARLEIDE APARECIDA TEIXEIRA NORONHA SANTANA**

**VANTAGENS E POSSIBILIDADES NO ATENDIMENTO DOMICILIAR A IDOSOS:**  
uma revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde do idoso: Gestão e Assistência em Gerontologia para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

São Luís

2018

Santana, Arleide Aparecida Teixeira Noronha

Vantagens e possibilidades no atendimento domiciliar a idosos: uma revisão de literatura / Arleide Aparecida Teixeira Noronha Santana -. São Luís, 2018.

Impresso por computador (fotocópia)

20 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Idoso: Gestão e Assistência em Gerontologia) Faculdade LABORO. -. 2018.

Orientadora: Profa. Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

1. Atendimento domiciliar. Idosos. Terapia ocupacional. I. Título.

CDU: 616-053.9

**ARLEIDE APARECIDA TEIXEIRA NORONHA SANTANA**

**VANTAGENS E POSSIBILIDADES NO ATENDIMENTO DOMICILIAR A IDOSOS:**

uma revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde do idoso: Gestão e Assistência em Gerontologia para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira** (Orientadora)

---

**1º EXAMINADOR**

---

**2º EXAMINADOR**

## RESUMO

Esse trabalho tem por objetivo discorrer sobre as possibilidades e vantagens encontradas no atendimento domiciliar destinado a idosos, público esse, que devido a senilidade geralmente apresentam dificuldades de locomoção e família já bastante sobrecarregada com os cuidados voltados ao idoso, evitando-se assim a necessidade de dirigir-se a clínicas ou centros de reabilitação, e buscando, dessa forma, proporcionar promoção, prevenção e reabilitação a saúde em sua residência e ao lado dos seus familiares. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica em que se realizou a leitura e revisão de artigos científicos sobre atenção de saúde ao idoso, atendimento domiciliar, reabilitação cognitiva e motora, publicados em banco de dados virtuais, revistas científicas e material didático utilizado no decorrer do curso de pós graduação *latu sensu* em saúde do idoso a que destina-se esse trabalho de conclusão. Concluiu-se através das leituras e estudos realizados a importância de oferecer ao idoso o cuidado de reabilitação no lar, ao lado de seus familiares, com a participação de vários profissionais com atuação em áreas específicas, proporcionando sua autonomia, melhorando sua auto-estima e dando certeza ao usuário de estar recebendo boa assistência por parte do seu plano de saúde.

**Palavras-chaves** : Atendimento domiciliar. Idosos. Terapia ocupacional.

## **ABSTRACT**

This study aims to discuss the possibilities and advantages found in home care for the elderly, which, due to senility, usually present difficulties in locomotion and the family is already quite overwhelmed with care for the elderly, thus avoiding the need to go to clinics or rehabilitation centers, and thus seek to provide health promotion, prevention and rehabilitation in their home and alongside their families. The methodology used was the bibliographical research in which reading and review of scientific articles on health care for the elderly, home care, cognitive and motor rehabilitation were published, published in virtual databases, scientific journals and didactic material used during the course of graduate *latu sensu* in health of the elderly to which this work of completion is intended. It was concluded through the readings and studies carried out the importance of offering the elderly the rehabilitation care in the home, along with their relatives, with the participation of several professionals working in specific areas, providing their autonomy, improving their self-esteem and giving the user certainty of receiving good care from his or her health insurance plan.

**Key-words:** Home care. Elderly. Occupational therapy.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial diretamente relacionado à diminuição da fecundidade, uma população torna-se mais idosa à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens, ou seja, para que uma determinada população envelheça, é necessário haver também uma menor taxa de fecundidade.

No Brasil a população idosa representa 8% do total de Brasileiros e estima-se que em 2020 seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003). O que é confirmado em estudos recentes como Pereira et al 2017 : estimativas apontam que, em 2050, existirá no mundo cerca de 2 bilhões idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais, e que a maioria estará concentrada nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

O processo de envelhecimento dá-se de forma universal, progressivo e gradual. É uma experiência diversificada para cada indivíduo e compreende uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. Tais fatores atrelados entre si proporcionam um envelhecimento individualizado, sendo que, essa variabilidade individual e os ritmos individualizados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes sob dadas condições sociais (FERRARI, 1999 apud ASSIS, 2005).

Compreendendo que nessa fase os cuidados relacionados a saúde devem ser intensificados busca-se encontrar determinantes de longevidade com qualidade de vida, objetivando o bom envelhecer e um termo bastante usado atualmente o envelhecimento bem sucedido.

E sabendo-se que o envelhecimento acarreta alterações fisiológicas e patológicas que podem resultar em crescente dependência do indivíduo idoso, busca-se níveis de prevenção, suporte e apoio, através de intervenções profissionais no campo de atenção a saúde do idoso.

Nesse trabalho não abordaremos o tratamento médico medicamentoso e sim o tratamento do tipo domiciliar de prevenção e reabilitação realizado por profissionais da área da saúde como : terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, educadores físicos entre outros. Porém com ênfase

em Terapia Ocupacional voltada a reabilitação física e cognitiva devido a formação da pesquisadora.

Afirma Brasil (1996, p. 1 ) que:

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva.

Além das consequências já citadas o envelhecimento gera também como consequência maiores gastos, na rede pública e privada. Abordaremos nesse trabalho a luz da literatura existente algumas ações em uma rede privada voltadas a assistência a saúde do idoso, na qual atua a pesquisadora.

Segundo Buss (2003) são fatores que influenciam a escolha da rede privada de assistência a saúde: renda familiar, idade do idoso, estado de saúde, nível educacional, gênero e tamanho da família. Além disso Bós e Bós (2004) ressaltam que tais fatores apresentam impacto não só na saúde do idoso – na mortalidade, morbidade e incapacidade – mas também no resto da família, tanto pelo custo do atendimento, como o período de tempo que outros membros da família precisam dedicar ao cuidado do idoso.

Enfim em todas as etapas da vida é fundamental procurarmos manter um padrão de qualidade de vida, ilegível de acordo com o que cada um acha mais relevante, buscando manter o bem estar físico e psicológico, trabalho, lazer, espiritualidade, relações sociais para que sejam mantidas as potencialidades e minimizadas o máximo possível as limitações. E continua Pereira et all (2017) que é possível estabelecer intervenções a serem realizadas pela equipe multiprofissional de saúde, com intuito de atenuar os fatores modificáveis relacionados à capacidade funcional. Ressaltando que a prática de atividades físicas adequadas, a alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool bem como o uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo, sendo fatores modificáveis e que podem ser trabalhados pela equipe multiprofissional de saúde visando à promoção do

envelhecimento ativo e saudável.

Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo confirmar as vantagens do atendimento domiciliar oferecido ao idoso. Assim esse estudo, através de uma revisão de literatura, pretende buscar artigos completos publicados entre os anos de 2012 e 2017 em português. Os dados serão organizados em tópicos, conforme afinidade do tema.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Considerando a grande variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento, Assis (2005) afirma que concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. Porém dentre esses fatores ou questões que cercam o envelhecimento, a saúde aparece como elemento balizador devido seu forte impacto sobre a qualidade de vida, diante disso, buscam-se meios para minimizar os declínios ocorridos nessa fase e garantir ao indivíduo uma velhice sem patologias e possibilidades de manter-se ativo e capaz de sustentar um padrão comparável ao de indivíduos mais jovens.

Segundo a OMS saúde significa o bem estar, físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. E confirma (LAZAETA, 2004 ): “É possível controlar problemas de saúde comuns nessa etapa através de assistência adequada, possibilitando ao idoso conviver com eventuais limitações ou doenças, preservando uma perspectiva de vida pessoal e social”.

Aliados ao controle e prevenção de doenças outras dimensões do viver bem ressaltam a necessidade de satisfação de necessidades básicas que garantem a independência necessária ao indivíduo.

Para Borges e Coimbra (2008) o envelhecimento saudável é assim entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária (capacidade de vestir-se, tomar banho, fazer higiene, transferir-se, alimentar-se, ser continente), integração social, suporte familiar e independência econômica.

Como vimos contribuem para um envelhecimento bem sucedido: a hereditariedade, os fatores ambientais (estilo de vida) e as próprias alterações fisiológicas do envelhecimento.

Portanto, se o indivíduo traz consigo uma carga hereditária desfavorável,

o estilo de vida será o principal determinante modificável do estado de saúde durante a sua velhice. Maior esforço deverá ser feito na implantação de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, desde a vida intra-uterina. Por outro lado, aqueles indivíduos com história familiar favorável, terão muito mais chance de atingir o potencial máximo de longevidade e funcionalidade, caso tenham um estilo de vida apropriado (MORAES, 2012).

## **2.1 Intervenção de equipe multiprofissional/interdisciplinar em assistência domiciliar**

Dentro de suas especificidades profissionais como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas entre outros desempenham importantes atuações no atendimento domiciliar.

Segundo o plano de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional de saúde do idoso. (BRASIL, 1996, p. 1):

[...]para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde–doença, é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva.

Como já dito anteriormente nesse trabalho dentre os profissionais citados, abordaremos apenas o trabalho da terapia ocupacional na assistência domiciliar ao idoso, devido a formação da pesquisadora.

A avaliação inicial do paciente tem objetivo de esclarecer sua condição e estado físico e cognitivo, através de observação sistemática e entrevistas ou anamnese. É considerada ponto de partida para a definição de estratégias no planejamento do tratamento, para a utilização de condutas terapêuticas de acordo com a necessidade específica do indivíduo. Relacionamos a seguir modelos e algumas escalas de avaliação utilizadas em terapia ocupacional.

Segundo Germei (2014) a avaliação clínica do idoso difere das outras especialidades, pois ela não se restringe somente a realização de um exame voltada

para um grupo de patologias específicas; envolve abordagem de equipe multidisciplinar que objetiva realizar uma avaliação completa da função orgânica e ainda avaliação do estado mental do paciente. Deve ser realizada por equipe multidisciplinar, envolvendo diversos outros profissionais da saúde tais como: Psicólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Fonoaudiólogos.

Dessa forma o médico geriatra faz a avaliação desses pacientes é denominada de Avaliação Geriátrica Ampla(AGA), que se diferencia das demais abordagens semiológicas por ser complementada por Escalas de Avaliação voltadas para o idoso.

A avaliação geriátrica ampla (AGA) aborda vários aspectos como **avaliação Clínica**: Exame clínico; Exames complementares de diagnóstico. **Avaliação Física**: Capacidade física; Marcha e equilíbrio; Estado de nutrição. **Avaliação Mental**: Cognitiva; Afetiva. **Avaliação Funcional**: Autonomia; Independência, **Avaliação Social**: Família; Habitat; Recursos econômicos; Rede social.(GERMI, 2014).

### 2.1.1 Reabilitação física

Na disfunção física a terapia ocupacional firma-se através de seu aprimoramento técnico-científico que ao longo dos anos têm fortalecido novas definições relativas a sua identidade e permitido a delineação em novos campos de trabalho sem perder de vista o contexto sócio-histórico e cultural.

Como afirma Bartaloti (2001) todo profissional que contribui para o processo de reabilitação deve prevenir, preparar e promover o desenvolvimento humano reconhecendo que o envolvimento terapêutico e a motivação são fundamentais para a reabilitação.

Através do **modelo biomecânico** o terapeuta ocupacional atua utilizando os conceitos gerais da mecânica(estuda a ação das forças sobre os corpos) e da cinesiologia( estuda os movimentos dos corpos levando em consideração os aspectos estruturais e fisiológicos). Esse modelo tem por base quatro princípios esses mantidos em conjunto. O primeiro princípio defende que atividades com objetivo servem para tratar as perdas de amplitude de movimento, força e resistência. O segundo princípio relata que aliado a esses fatores citados acontece a recuperação das funções. No terceiro princípio recomenda-se repouso para

recuperação das estruturas periféricas. E por último os benefícios alcançados são refletidos também no sistema nervoso central.(TROMBLY, 1989).

Diante disso, observa-se a correlação entre reabilitação física e cognitiva, ambas interagindo entre si.

### 2.1.2 Reabilitação cognitiva

De uma forma simplificada as capacidades cognitivas são aquelas voltadas para o conhecimento sendo que as principais capacidades cognitivas são: atenção/foco, percepção, memória e linguagem, além de capacidades responsáveis pelo planejamento e execução de tarefas (raciocínio, lógica, estratégias, tomada de decisões e resolução de problemas). São a base para que possamos através da sua integração compreender os comportamentos (simples e complexos).

Escalas para avaliação de atividades de vida diária (Avd's) e atividades instrumentais de vida diária (aivd's)

Utiliza-se na gerontologia escalas como Lawton Brody que serve para planejar e avaliar intervenções em idosos. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD) que compreendem oito tarefas como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades (ARAÚJO, et al., 2008; SEQUEIRA; SOUSA, 2012).

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (AVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (SEQUEIRA, 2007 apud APÓSTOLO JOÃO LUÍS, 2012).

A escala pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente.

O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária desenvolveu-se para medir o funcionamento físico de doentes com doença crónica (KATZ, 1963 apud VERAS, 2008).

Várias foram as teorias e instrumentos de medida desenvolvidos a partir

de então. Katz e colaboradores demonstraram, por exemplo, que a recuperação do desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida quotidiana de idosos incapacitados (banhar-se, vestir-se, tomar d banho, transferir-se, ser continente e alimentar-se) era semelhante à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança. Verificaram, através de estudos antropológicos, a existência de semelhança entre essas seis funções e o comportamento das pessoas nas sociedades primitivas, o que sugeria que as funções citadas eram biológica e psicossocialmente primárias, refletindo uma hierarquização das respostas neurológicas e locomotoras (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007).

Estes autores desenvolveram um estudo tendo por objetivo descrever o desenvolvimento histórico, a evolução e a correta utilização do índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz, bem como as modificações e adaptações desenvolvidas.

### 2.1.3 Escalas de avaliação cognitiva

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al. (1975), é um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (LOUREIRO, et al., 2011).

O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência (CHAVES, 2009, apud APÓSTOLO, 2012).

Exceto os itens de linguagem e coordenação motora, o conteúdo do MEEM foi derivado de instrumentos que já existiam. Foi denominado “mini” porque concentra apenas os aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais que são detectadas, por exemplo, pela Escala de Demência de Blessed. Inclui onze itens, divididos em duas secções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita sobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma

frase e copiar um desenho (polígonos).

Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber um score imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. Em termos de validade de conteúdo, o MEEM avalia oito de 11 principais aspectos do estado cognitivo, omitindo abstração, julgamento e expressão. Sendo centradas no MEEM, fatores relacionados com a orientação, memória e atenção (CHAVES, 2009, apud APÓSTOLO, 2012).

O teste do relógio também faz parte da triagem cognitiva pela sua simplicidade. Aplicação do teste Consiste em solicitar à pessoa o desenho dos números do relógio, marcando uma determinada hora (11:10), sem mencionar a necessidade de ponteiros. O círculo pode ou não ser oferecido previamente. O teste é considerado completo quando o paciente desenha todos os números do relógio, especialmente bem distribuídos, e os ponteiros marcando 11:10. O teste não é cronometrado e pode ser repetido quantas vezes forem necessárias.

Essas ferramentas de avaliação neuro cognitiva ajudam a avaliar uma larga gama de habilidades cognitivas relacionadas com as funções executivas. Permite medir de forma precisa o nível cognitivo e compreender o funcionamento de diferentes áreas e funções cerebrais. Através dos dados e resultados obtidos após a avaliação, pode-se reconhecer e compreender determinados desordens cerebrais, alterações comportamentais, lesões cerebrais, transtornos do neuro desenvolvimento ou neuro degenerativos, e permitem ao profissional nortear seu tratamento e dar seguimento no processo de reabilitação.

Algumas áreas são foco no processo de reabilitação cognitiva, devido a necessidade de uso dessas capacidades no dia a dia:

- **Área da memória:** Memória não verbal, memória auditiva em curto prazo, memória em curto prazo, denominação, memória visual em curto prazo, memória de trabalho e memória contextual.
- **Área da atenção:** Atenção dividida, enfoque, inibição e atualização.
- **Área da percepção:** Percepção espacial, percepção visual, estimacão, reconhecimento e campo visual.
- **Área da coordenação:** Coordenação óculo-manual e visomotora.
- **Área do raciocínio:** Velocidade do processamento, planejamento e recontextualização.

## **2.2 Principais patologias apresentadas pelos idosos atendidos: Acidente Vascular Cerebral – (AVC)**

(Acidente Vascular Cerebral) - pode ser do tipo isquêmico (acontece quando um coágulo bloqueia a passagem do sangue para o cérebro) ou hemorrágico (quando um vaso sanguíneo se rompe causando um derrame(hemorragia) no cérebro). O acidente vascular cerebral representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível mundial, tendo grande repercussão na qualidade de vida dos doentes.

Segundo Silva (2010) diante disso assume grande importância a reabilitação no sentido de ajudar o doente a readquirir capacidades perdidas e tornar-se novamente independente, tendo particular importância neste processo os profissionais da reabilitação. São múltiplos os déficits resultantes do AVC a nível físico, cognitivo-comportamental e emocional, como: paralisia e alterações da motricidade, alterações sensoriais, alterações de comunicação, alterações da cognição e distúrbios emocionais.

Há portanto a necessidade de intervenção de uma equipe interdisciplinar e interativa de profissionais especializados em diferentes áreas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais), para maximizar a recuperação e facilitar a reintegração no ambiente familiar e social. O trabalho desses profissionais tem por finalidade abordar os déficits resultantes, de forma a minimizar os efeitos no cotidiano e alcançar o máximo de independência e autonomia.

E continua Silva (2010) da mesma forma que os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais procuram promover as capacidades motoras e sensoriais. Além disso é papel do terapeuta ocupacional ensinar aos doentes acometidos com esses déficits os mecanismos para realizar atividades que fazem parte da rotina diária, como cuidados pessoais, alimentação, e lazer. E ainda se necessário desenvolver mecanismos compensatórios, modificar e adaptar elementos do seu meio que limitam as atividades de vida diária(avd`s) e instrumentais de vida diária (aivd`s).

### 2.2.1 Doença de Alzheimer

Descrita pela primeira vez pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer em 1906, A doença de Alzheimer (DA) é uma doença degenerativa do cérebro, caracterizada por uma perda das faculdades cognitivas superiores, manifestando-se inicialmente por perdas significativas na memória episódica.

Segundo Sena e Gonçalves (2008) A expressão clínica da DA caracteriza-se pela progressiva decadência das funções cognitivas e por uma grave redução da autonomia pessoal e da adequação do comportamento. Os sintomas não são iguais em todas as pessoas e, frequentemente, são influenciados pela personalidade, o estado físico, o grau de cultura e o estilo de vida. Esta doença cujas causas são pouco conhecidas, afecta as células cerebrais e tem agravamento progressivo, provocando a diminuição das faculdades cognitivas.

O que acarreta grandes modificações na vida do indivíduo acometido por esse tipo de demência e de todos os que convivem com ele, pois influencia de maneira significativa sua independência e autonomia.

Para Zanini (2010) as fases da doença são bastante características:

Na fase inicial da doença as alterações se apresentam de forma lenta. Pacientes de bom nível intelectual e social se adaptam às limitações com certa facilidade, fazendo que não se perceba ou não se valorize os sintomas.

A primeira e mais característica marca está relacionada com o prejuízo da memória recente. Essas alterações não são constantes e se apresentam como falhas esporádicas de memória, que se repetem com frequência variável, mas não constante. Nessa fase também surgem os episódios de desorientação tempo/espço, podendo até anteceder os sintomas relativos à perda de memória. As alterações comportamentais costumam acompanhar a evolução. As dificuldades de comunicação se instalam especialmente com dificuldade para encontrar as palavras adequadas. Tornam-se repetitivos e se verificam problemas com a gramática.

Os distúrbios do sono e as dificuldades com o pensamento abstrato podem manifestar-se já no final da fase inicial, marcando uma fronteira na passagem para a fase intermediária.

Na Fase intermediária, Há um agravamento dos sintomas apresentados inicialmente e se relaciona com o comprometimento cortical do lobo parietal, afetando as atividades instrumentais e operativas. Instalam-se as afasias, apraxias e

agnosias. As queixas de roubo de objetos e de dinheiro, desorientação tempo/espaço, dificuldades para reconhecer familiares, suspeitas de conspiração e o desenvolvimento de atividades totalmente desprovidas de objetivos (abulia cognitiva) são características. A fase intermediária tardia é marcada pelo início das dificuldades motoras. A marcha fica prejudicada, com lentidão dos movimentos, aumento do tônus muscular, diminuição da massa muscular e consequentes reflexos na aparência física pelo emagrecimento. A diminuição dos movimentos dos membros superiores ao andar e a instabilidade postural é comum. Episódios de agitação e alucinações acometem praticamente a metade dos pacientes e se relacionam diretamente com grau de severidade da demência.

A repetição de frases e palavras costuma estar presente. As frases são curtas e, muitas vezes, incompreensíveis. Perdem a capacidade de ler e de entender o que lhes é dito ou pedido. A iniciativa está abolida ou seriamente prejudicada. O vocabulário se torna limitado e, à medida que evolui para a fase final, fica ainda mais restrito e passam a utilizar apenas as palavras básicas.

Desenvolvem grande sentimento de possessividade. Perdem a capacidade de cálculo, de julgamento e pensamento abstrato. A apatia e inafetividade se agravam. A memória anterógrada é prejudicada, a vagância geralmente associada à confabulação se. Nessa fase o paciente já se encontra em total estado de dependência, necessitando de supervisão e cuidados diuturnos. Podem, em alguns casos, realizar tarefas extremamente simples, porém são incapazes de sobreviver sem ajuda.

Outro fator determinante, não apenas nesta fase, mas também nas fases inicial e intermediária, refere-se aos aspectos preventivos e aos cuidados recebidos pelos pacientes: os que foram bem cuidados, tratados com medicamentos adequados e tiveram boa orientação familiar, apresentam melhor qualidade de vida e o aparecimento de complicações é significativamente mais tardio. Nessa fase, a memória antiga já estará bastante prejudicada. O estado de apatia e prostração, o confinamento ao leito ou à poltrona, a incapacidade de expressar-se, quer por fala, quer por mímica, e especialmente a incapacidade de sorrir são características.

As alterações neurológicas se agravam: a rigidez aumenta e os movimentos se lentificam. As convulsões acometem cerca de um terço dos pacientes.

E pontua Facure (1993), o quadro é de evolução variável, caminhando

para estado vegetativo num período de 10 a 15 anos a partir do início dos sintomas.

### 2.2.2 Doença de Parkinson

É uma doença degenerativa do sistema nervoso central, crônica e progressiva, é causada por uma diminuição intensa da produção de dopamina, que é um neurotransmissor (substância química que ajuda na transmissão de mensagens entre as células nervosas). A dopamina ajuda na realização dos movimentos voluntários do corpo de forma automática, de maneira que uma diminuição desse neurotransmissor acarreta sérios prejuízos no controle motor do indivíduo.

Afirma Ferreira e Mainardes (2013) que essa doença neurodegenerativa progressiva crônica atinge principalmente pessoas idosas, acometendo as funções motora, cognitiva e emocional, e em muitos casos desenvolvendo quadros de depressão.

## 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidenciado pela pesquisa realizada que a tendência do mercado em direcionar-se para atendimentos domiciliares é muito forte e promete um campo vasto de trabalho para os profissionais de saúde. Para o sistema atual de saúde é uma solução de baixo custo e com resultados surpreendentes, quer estejam enfocados sistemas públicos ou privados de assistência.

Vale a pena lembrar que grande parte dos pacientes que se dirigem para atendimentos domiciliares é constituída de pacientes crônicos e nosso país possui uma população idosa em franca expansão, o que é um pré-requisito para estabelecer-se a necessidade de núcleos específicos de atendimento a essa população e uma atenção especial dos programas de atendimentos domiciliares. Pois diante do fato que com o avanço dos anos há o favorecimento para o desenvolvimento de incapacidades motoras, psicológicas, sociais e cognitivas, limitando os idosos em suas atividades cotidianas os levando a maior procura de serviços na perspectiva da cura ou melhora de algumas incapacidades ou doenças.

Entende-se que a reabilitação motora e/ou cognitiva busca retardar o processo inevitável do envelhecimento funcional, buscando estado saudável,

permitindo melhor autonomia, independência e conseqüentemente melhor qualidade de vida.

Os relatos permitem reconhecer que o atendimento no domicílio é apresentado como melhor, pelo conforto do lar, vínculo com a família e com a equipe. Verifica-se que o serviço de atenção domiciliar atende as necessidades do ponto de vista histórico-filosófico-antropológico, visto que, os estudos apontam dimensões biológicas, sociais e culturais do homem, não excluindo raça, etnia, religião ou até mesmo idade, pois dessa forma pode-se conviver e compreender as diferenças. Buscando minimizar os efeitos negativos do processo de envelhecimento e proporcionando ao idoso melhor integração permanente na sociedade como memória viva, participativa, e com várias vivências e ensinamentos a serem compartilhados.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Rev Aps**. v. 8, n. 1, p. 15-24, jan.-jun., 2005.

APÓSTOLO, J. **Instrumento para avaliação em geriatria**. Escola superior de enfermagem de Coimbra. Portugal, 2012.

BARTALOTTI, C.(org). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

BRASIL. Ministério da previdência e assistência social. **Plano de ação integrada para o desenvolvimento nacional do idoso**. Brasília, 1996.

BORGES, A; COIMBRA, A. (org.). **Envelhecimento da pessoa idosa**. Fund. Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

BÓS/ Antônio M.G; BÓS/ Ângelo J.G – Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. Ver. Saúde pública V38 N1 S.Paulo, fev 2004.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In CZERESNIA, C; FREITAS, C.(org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-38, 2003.

CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. O. Envelhecimento da população Brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p. 725-733, maio-jun., 2003.

DUARTE, Y, A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista Escola Enfermagem/USP**, v. 41, n. 2, p.

317-25, 2007.

FACURE. **Doença de Alzheimer relação entre o tempo de doença e seu estadiamento**, Arq. Neuropsicomotricidade. São Paulo, 1993.

FERREIRA, Dhuani C.; MAINARDES, Sandra Cristina C. **Doença de Alzheimer, prevenir e tratar**. Programa de Iniciação Científica do Cesumarp - UNICESUMAR, Maringá, 2013.

GERMI. **Núcleo de estudos de geriatria da sociedade Portuguesa de medicina interna**, 2014.

LAZAETA, C.B. **Aspectos sociales del envejecimiento**. Washington: OPS, p.57-66, 1994.

LOUREIRO, A. et al. Reabilitação cognitiva em idosos. **Rev. Ter. Ocup.** São Paulo, v. 22, n. 2, p.136-144, maio-ago., 2011.

MORAES, E. N. **Atenção á saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

PEREIRA/ L; FIGUEREDO, M<sup>a</sup>; BELEZA/C; ANDRADE/E; SILVA/M<sup>a</sup> José- Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica- Ver.Bras.Enf. vol 70 nº01 Brasília. Jan/fev.2017

SENA, E; GONÇALVES, L. Vivências de familiares e cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer. **Rev. Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 232-240, jun., 2008.

SEQUEIRA, C. SOUSA, L. **Conceção de um programa de intervenção a memória para idosos com défice cognitivo ligeiro**. revista portuguesa de enfermagem de saúde mental, v. 8 dez., 2012.

SIIVA/K; SILVA;Y; LAGE/É; PAIVA/P; DIAS/O – Porque é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare enferm*; 22(4); 1-9, out-dez.2017.

SILVA, Emanuel. **Reabilitação após o AVC**, Faculdade de Medicina, Universidade de Porto, Mestrado Integrado em Medicina, abr.t, 2010.

TROMBLY, C. **Terapia Ocupacional para a disfunção física**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1989.

VERAS, R. Envelhecimento populacional: desafios e inovações necessárias para o setor Saúde. **Rev Hosp.Universitário Pedro Ernesto**, UER, v. 07, jan./jun. 2008.

ZANINI, Rachel. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos, **Rev. Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 220-226, 2010.