

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO

CHARLENE MAGDA SÁ VIÉGAS
PAULA SARAIVA MACHADO GOMES

O PAPEL DA TERAPIA OCUPACIONAL NA VIDA DO IDOSO
COM DOENÇA DE ALZHEIMER

São Luís
2018

**CHARLENE MAGDA SÁ VIÉGAS
PAULA SARAIVA MACHADO GOMES**

**O PAPEL DA TERAPIA OCUPACIONAL NA VIDA DO IDOSO
COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde do Idoso, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Orientador(a): Prof.(a). Ms. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

São Luís
2018

Viégas, Charlene Magda Sá

O papel da terapia ocupacional na vida do idoso com doença de Alzheimer / Charlene Magda Sá Viégas; Paula Saraiva Machado Gomes -. São Luís, 2018.

Impresso por computador (fotocópia)

22 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Idoso) Faculdade LABORO. -. 2018.

Orientadora: Profa. Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira.

1. Alzheimer. 2. Idoso. 3. Terapia Ocupacional. I. Título.

CDU: 616-053.9

**CHARLENE MAGDA SÁ VIÉGAS
PAULA SARAIVA MACHADO GOMES**

**O PAPEL DA TERAPIA OCUPACIONAL NA VIDA DO IDOSO
COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde do idoso, da
Faculdade Laboro, para obtenção do título de
Especialista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira (Orientadora)

Graduada em Farmácia
Especialista em residência Multiprofissional em Saúde
Mestre em Saúde Materno-Infantil
Universidade Federal do Maranhão

Examinador 1

Examinador 2

O PAPEL DA TERAPIA OCUPACIONAL NA VIDA DO IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER

CHARLENE MAGDA SÁ VIÉGAS¹
PAULA SARAIVA MACHADO GOMES²

RESUMO

A doença de Alzheimer é a patologia neurodegenerativa mais frequente associada à idade, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em uma deficiência progressiva e uma eventual incapacitação. Em geral, o primeiro aspecto clínico é a deficiência da memória recente, enquanto as lembranças remotas são preservadas até certo estágio da doença. O Mal de Alzheimer atinge 40% da população brasileira acima de 80 anos, segundo a Associação Brasileira de Alzheimer. O objetivo deste estudo é conhecer o papel da terapia ocupacional na vida do idoso com doença de Alzheimer. A natureza do estudo é do tipo bibliográfica. O material para coleta dos dados foi obtido em sites científicos e livros da área. Quanto aos critérios de exclusão, definiu-se por documentos que não tinham relação com a temática da investigação. Os textos selecionados foram analisados de acordo com os pressupostos: leitura flutuante, leitura exaustiva, fichamento, descrição das temáticas. Conclui-se que, é cada vez mais crescente o número de idosos com Alzheimer, ocorrendo alterações físicas e mentais entre outras, mudando assim a vida do idoso e de seus familiares, e é por isso que a Terapia Ocupacional surge para facilitar para o mesmo a possibilidade de viver de forma sadia seu processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Alzheimer. Idoso. Terapia Ocupacional.

¹ Especialização em Saúde do Idoso pela Faculdade Laboro, 2018.

² Especialização em Saúde do Idoso pela Faculdade Laboro, 2018.

THE ROLE OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE LIVING OF THE ELDERLY WITH ALZHEIMER'S DISEASE

RESUMO

Alzheimer's disease is the most frequent neurodegenerative disorder associated with age, whose cognitive and neuropsychiatric manifestations result in progressive disability and eventual incapacitation. In general, the first clinical aspect is the recent memory deficiency, while the remote memories are preserved until a certain stage of the disease. Alzheimer's disease affects 40% of the Brazilian population over 80 years, according to the Brazilian Alzheimer's Association. The objective of this study is to know the role of occupational therapy in the life of the elderly with Alzheimer's disease. The nature of the study is of the bibliographic type. The material for data collection was obtained from scientific sites and books of the area. As for the exclusion criteria, it was defined by documents that were not related to the research topic. The selected texts were analyzed according to the assumptions: floating reading, exhaustive reading, fichamento, description of the themes. It is concluded that, the number of elderly people with Alzheimer's disease is increasing, with physical and mental changes occurring among others, thus changing the life of the elderly and their relatives, and that is why Occupational Therapy emerges to facilitate the same the possibility of living in a healthy way its aging process.

Keywords: Alzheimer's disease. Old man. Occupational therapy.

1 INTRODUÇÃO

Em razão das constantes mudanças no âmbito econômico, tecnológico o mercado a população brasileira está rapidamente se tornando idosa. Na última década houve um aumento da população idosa no país, passando a 20,5 milhões, o que corresponde a 10,8% da população total (IBGE, 2010).

A maioria dos pacientes com Alzheimer tem duas ou mais áreas cognitivas. As áreas mais comuns de déficit são: memória (87%) e linguagem (72%), mas os déficits na função visuo-espacial e atenção também são comuns (44%-49%) (LUNN, 2011)

O Mal de Alzheimer atinge 40% da população brasileira acima de 80 anos, segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ 2009). No Brasil estima-se que mais de 500 mil idosos sejam portadores da Doença de Alzheimer (FRANK; SOARES, 2002), sendo a causa mais frequente da demência em idosos de idade entre 65 e 84 anos, correspondendo a 50% dos casos de demência (NITRINI, 2004).

A doença de Alzheimer é a patologia neuro degenerativa mais frequente associada à idade, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em uma deficiência progressiva e uma eventual incapacitação. Em geral, o primeiro aspecto clínico é a deficiência da memória recente, enquanto as lembranças remotas são preservadas até certo estágio da doença (VITAL, 2008).

O envelhecimento é um processo normal, individual e gradativo, que caracteriza uma etapa da vida onde ocorrem modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas em consequência da ação do tempo. É uma fase onde ocorrem manifestações somáticas no ciclo natural da vida, pois se caracteriza pela perda progressiva da capacidade de adaptação e de reserva do organismo diante das mudanças que irão influenciar de maneira decisiva na vida do idoso, que estão relacionados ao surgimento de doenças após os 65 anos.

Diante dessa temática, surge a seguinte problemática: Qual a contribuição da Terapia Ocupacional na vida do idoso com a doença de Alzheimer?

Esse trabalho tem como objetivo de conhecer o papel do Terapeuta Ocupacional na vida dos idosos portadores da doença de Alzheimer.

Tratou-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica não sistemática, que pretende buscar artigos na base de dados do Portal de Pesquisa da Biblioteca de Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, publicados entre ano 2001 e 2017 em português.

Diante disso, no Brasil ocorre de forma acelerada um crescimento da população idosa, devido ao aumento da expectativa de vida, acarretando alterações nos padrões de morbimortalidade dessa população. O alongamento do curso de vida fez emergir doenças da velhice que antes tinham pouca oportunidade de se manifestar, dentre essas demências, sendo a doença de Alzheimer de maior prevalência. Por tratar-se de uma patologia que compromete severamente as funções cognitivas, faz-se necessário o acompanhamento de uma equipe multiprofissional, dentre estes o Terapeuta Ocupacional.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Doença de Alzheimer: Histórico

A Doença de Alzheimer é degenerativa, caracterizada por um progressivo atrofiamento das células cerebrais, levando à morte das mesmas. São lesões cerebrais causadas por uma proteína chamada beta-amilóide, que tem efeito tóxico sobre os neurônios, formando placas senis. Outro dano observado nos exames de imagem é emaranhado nas estruturas essenciais dos neurônios, formando verdadeiros nós. Conseqüentemente há uma deterioração progressiva da linguagem (afasia), das habilidades motoras (apraxia) e da percepção (GLOBERMAN, 2004).

Alzheimer observou acúmulo de placas características no espaço extracelular (placas senis) e lesões neurofilamentares no interior de neurônios, distribuídas difusamente pelo córtex cerebral. Cinco anos após, em 1912, o renomado professor de Psiquiatria alemão E. Kraepelin faz pela primeira vez menção, em seu compêndio de Psiquiatria, a “esta doença descrita por Alzheimer”. A partir dessa época, a Doença de Alzheimer passou a ser utilizado para os casos de demência ocorrendo na faixa etária

pré-senil (antes dos 65 anos) e que apresentavam características clínicas e neuropatológicas semelhantes à paciente inicialmente descrita.

As placas senis são estruturas extracelulares constituídas de uma proteína chamada beta-amilóide, e origina-se da proteína precursora do amilóide, a qual existe em praticamente todas as células humanas, porém, não tem uma função bem definida, sabe-se apenas que ela atua como inibidora de proteases. Na doença a clivagem dessa proteína precursora ocorre de forma alterada, gerando a proteína beta amiloide, que vai se acumulando e provocando lesões no córtex cerebral (FORLENZA; CARAMELLI, 2009).

Segundo Ribeiro (2004), a causa da doença de Alzheimer ainda não é conhecida. Existem várias teorias, porém, de concreto aceita-se que seja uma doença geneticamente determinada, não necessariamente hereditária com transmissão entre membros familiar. O diagnóstico preciso só é possível através da autópsia, onde se faz uma avaliação do tecido cerebral. Enquanto em vida, há alterações significativas no sistema nervoso que são observadas através de exames de imagem, testes cognitivos e funcionais, para chegar ao diagnóstico de Alzheimer (SALIBA, et al, 2007).

Durante várias décadas, o diagnóstico da DA ficou reservado a alguns casos de demência degenerativa, em oposição aos casos bem mais frequentes e já conhecidos no início do século XX. A doença de Alzheimer é o tipo de demência com maior probabilidade de ocorrer nas idades mais avançadas entre 60 a 65 anos, sendo que o envelhecimento contribui para o seu desenvolvimento (CARAMELLI; BARBOSA, 2012).

Alguns estudos epidemiológicos demonstram que a prevalência da DA dobra a cada cinco anos. A DA caracteriza-se por um declínio progressivo da memória e de outras funções corticais, como linguagem, conceito e julgamento (CARAMELLI; BARBOSA, 2012).

As dificuldades práticas com as tarefas diárias, como vestir, lavar, tomar banho tornam-se gradualmente tão severas que, com o tempo, a pessoa fica completamente dependente dos outros. A doença de Alzheimer não é infecciosa nem contagiosa. É uma doença terminal que causa uma deterioração geral da saúde. Contudo, a causa de morte mais frequente é a pneumonia, porque à medida que a doença progride o sistema

imunológico deteriora-se, e surge perda de peso, que aumenta o risco de infecções da garganta e dos pulmões (CRUZ; HAMNDAM, 2008).

Em estágio mais avançado, as pessoas mais próximas também entram para o esquecimento. O portador de Alzheimer não consegue reconhecer aquela fisionomia que lhe era familiar. Os estágios mais conhecidos da doença são três: fase inicial, fase intermediária e fase avançada ou terminal (PINTO; NERI, 2012).

Na fase inicial já se evidenciam alguns lapsos da memória recente e dificuldade com as atividades cotidianas, por exemplo, esquecer o fogo aceso, trocar algum ingrediente na hora de fazer uma comida, por um objeto em lugares inadequados. Coisas pequenas que no início não chamam a atenção. Deste modo, muitas famílias levam um tempo até desconfiar que algo de errado está acontecendo com o paciente. Ao longo desta fase, também percebemos uma confusão espaço-temporal (não consegue lembrar alguma palavra durante um diálogo ou se perder num trajeto conhecido), mudanças no humor repentino, ritmo mais lento, dificuldades em lidar com dinheiro e controlar as contas, dificuldade de julgamento e de iniciativa em determinadas situações; descuido com a aparência e a higiene pessoal (CARAMELLI; BARBOSA, 2012).

Algumas pesquisas sobre o tema mostram que esta fase pode durar de dois a quatro anos, dependendo muito de uma intervenção rápida através de avaliação neurológica, exames e tratamento dos sintomas através de medicação (REZENDE; RODRIGUES, 2000).

Na fase Intermediária, percebe-se uma acentuada perda de memória, a atenção e concentração estão mais comprometidas, há uma dificuldade em reconhecer objetos, familiares e amigos, os movimentos ficam repetitivos, aumenta a repetição da fala, aumentam os lapsos durante a construção das frases (o portador cria histórias diferentes para tentar explicar o que desejava dizer). É comum o idoso esquecer aparelhos ligados e quando chamados não conseguem lembrar o porquê de tê-lo ligado. A medicação também pode ser um problema, pois ele não se lembra que precisa tomá-la, para que faz uso e, alguns se negam a ingerir alegando que irá prejudicá-lo. Tarefas que necessitam de movimentos específicos como amarrar os sapatos, fazer cálculos, pagar contas, ir ao supermercado, são tarefas que também não são mais realizadas autonomamente (FORLENZA; CARAMELLI, 2009).

Com o tempo aparecem comprometimentos da parte motora: dificuldade para andar, se vestir, se alimentar, necessitando de supervisão constante. A comunicação através da leitura e da escrita é perdida e, em alguns casos, são frequentes sintomas como medo, ansiedade, alucinações e delírios, necessitando de intervenção psiquiátrica. Há uma variação do sono, alguns dormem mais de doze horas seguidos, outros não conseguem ter quatro horas de sono tranquilo durante a noite. E é preciso coordenar a hora do sono para não trocar o dia pela noite, já que o doente perde a noção do tempo (CRUZ; HAMNDAM, 2008).

Nesta fase, é muito importante a presença de um cuidador e esta tarefa traz conflito e tensão para toda a família. A sobrecarga de trabalho é intensa e tende a aumentar, já que o paciente caminha para uma total dependência. O cuidador tem que ser orientado adequadamente, pois a única ferramenta é o conhecimento sobre a doença e sua evolução. Esta fase pode durar de dois a dez anos dependendo, principalmente, do grau de estimulação para manter a autonomia nas atividades que o paciente ainda consegue realizar sozinho (GARRIDO; MENEZES, 2004).

Na fase avançada ou terminal, a angústia aumenta, pois o portador perde a sua identidade e a família tem que lidar com a indiferença. Este já não reconhece mais ninguém, nem a sua própria imagem no espelho. A memória já está bastante comprometida, há a perda de algumas funções orgânicas importantes como a fala, a compreensão da fala do outro, a expressão da emoção é quase inexistente, o cuidado com a aparência e a higiene requer ajuda; é necessário o uso de fraldas, pois não há mais o controle esfinteriano, o sujeito fica fraco e mais suscetível a infecções; não consegue mastigar e engolir os alimentos, levando a perda de peso. Não consegue reconhecer e segurar objetos; dorme com mais frequência (GARRIDO; MENEZES, 2004; KARSCH 2008).

Este estágio pode durar de 1 a 3 anos, os cuidados clínicos são mais intensos necessitando, muitas vezes, de um profissional de enfermagem presente o tempo todo. O sofrimento, a tristeza, a apatia estão mais presentes nas famílias neste estágio, pois a qualquer momento o portador pode vir a falecer (FORLENZA; CARAMELLI, 2009).

Segundo Franca (2014, p. 50): “O esquecimento que é comum, leva à perda total da memória, evoluindo da memória atual à antiga... o portador da demência perde a

auto referência a ponto de cumprimentar aquele que lá está por não reconhecer sua própria imagem refletida”.

Com respeito à particularidade de cada caso, pouco se pode fazer para reverter tais condições. É um corpo que ainda está vivo, que precisa de amor, carinho, mas pouco pode dar em troca. Neste estágio, algumas famílias optam por internar em clínicas especializadas, pois a demanda por cuidados de enfermagem é intensa (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Nessa fase, existe um índice maior de sobrevivência em casos de idosos na dependência de uma ou de mais pessoas, que possam suprir as suas limitações para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas, em geral, são cuidadores familiares dos portadores (RIBEIRO, 2004).

Portanto, percebe-se uma grande dificuldade das famílias em cuidar do portador de DA. Considerando sua complexidade, nota-se que grande parte desta dificuldade se deve à falta de informação sobre a doença e sua evolução. A seguir, destacaremos aspectos importantes sobre as mudanças ocorridas no cotidiano do cuidador, apresentando as dificuldades enfrentadas pelo mesmo.

2.2 Conhecendo a Doença de Alzheimer

A Doença de Alzheimer é uma doença neuro degenerativa que acomete as funções corticais superiores como a memória, o pensamento e a linguagem.

É causada pela deposição de placas de proteína β -amilóide no cérebro (SINGH et al., 2008). O β -amilóide é formado durante o processamento da proteína precursora do amiloide (PPA), um composto que pode participar da manutenção da integridade e da regulação simpática (BIRD et al., 2008). O sistema colinérgico, o principal sistema envolvido na Doença de Alzheimer (KIM et al., 2007), apresenta a acetilcolina (ACh) como neurotransmissor e está fortemente relacionado aos processos de aprendizado e formação da memória (JERUSALINSKY et al., 2007).

A acetilcolinesterase (AChE) é responsável pela remoção da acetilcolina da fenda sináptica. Nesta doença, é observado uma redução nos níveis de acetilcolina, resultante da redução da atividade da enzima responsável pela produção deste

neurotransmissor e um aumento na atividade da AChE, ocasionando uma maior degradação de acetilcolina. Ao longo da vida, as células do cérebro passam por inúmeros processos que danificam sua função, tais como a ação dos radicais livres, que são substâncias químicas que induzem os danos oxidativos nas biomoléculas como carboidratos, lipídios, proteínas e DNA, acelerando o envelhecimento e causando doenças (JANG; CHANG, 2017).

O cérebro humano com mal de Alzheimer tem o encolhimento dos giros e ventrículos tanto do hemisfério esquerdo quanto do direito. Há dilatação dos sulcos e a redução da massa cerebral. Os polifenóis, moléculas encontradas na natureza, podem atuar como inibidores da acetilcolinesterase, além de apresentarem efeitos antioxidantes, com ausência de efeitos colaterais severos, portanto apresentam um grande potencial como tratamento para esta doença (ZHANG et al., 2008).

Com a evolução dos estágios, o idoso chega a não conseguir se alimentar sozinho, não consegue ingerir alimentos sólidos, tendo que ter a consistência da sua dieta modificada para pastosa ou líquida, fazendo com que assim tenha um déficit de nutrientes (GILLETE- GUYONNET, et al., 2010).

Para garantir uma dieta adequada para o paciente com Doença de Alzheimer, deve-se incluir proteínas e calorias extras de acordo com a idade, sexo e atividade. Deve-se diminuir o consumo de lipídeos, que estão associados com a maior progressão da doença, sendo importante a suplementação com ácidos graxos w-3, que reduz as placas β -amilóides danosas no cérebro (MACHADO et al., 2006).

O consumo excessivo de ácidos graxos w-6 pode levar a quadros inflamatórios no tecido cerebral, danificando vasos sanguíneos do cérebro e ativando processos de apoptose, levando à Doença de Alzheimer (CARDOSO, 2013).

A inclusão de nutrientes antioxidantes como a vitamina C, vitamina E e os polifenóis pode desempenhar papel importante para reduzir a incidência da Doença de Alzheimer (MORTIZ, 2017).

2.3 Fatores de Riscos

A causa da Doença de Alzheimer é multifatorial, podendo ser de ordem genética, podendo levar a perda progressiva da função cognitiva e às manifestações clínicas da doença. A chance de um indivíduo apresentar a doença, tendo pai e mãe acometidos pela mesma, é de 50% e normalmente iniciam com os sintomas da doença antes dos 60 anos (THOMAZ; VIEBIG, 2012). Ordem de nascimento, idade da mãe ao nascimento e a presença de trissomia 21 também são fatores genéticos (MAHAN, et al., 2013).

Estudos sugerem que pessoas com baixo nível de escolaridade tenham maior risco de adquirir a Doença de Alzheimer, enquanto pessoas com maior nível de escolaridade possuem menor risco ao desenvolvimento (THOMAZ; VIEBIG, 2012).

O fator genético é considerado como preponderante na etiopatogenia da doença de Alzheimer. Além do componente genético, foram apontados como agentes etiológicos a toxicidade a agentes infecciosos, ao alumínio, a substâncias reativas de oxigênio (ROS) e a aminoácidos neurotóxicos, e a ocorrência de danos em microtúbulos e proteínas associadas (SERENIKI; VITAL, 2008).

3 O PAPEL DA TERAPIA OCUPACIONAL NA VIDA DO IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Compreende-se a Terapia Ocupacional como intervenção sócio psicoterapêutica, que se define como a arte de adequar atividades e recursos às necessidades de cada indivíduo, buscando a sua melhor funcionalidade nos aspectos físico, emocional, social, cultural e educacional, com objetivo de integrar indivíduos excluídos a sociedade.

Ferrari (2002, p. 87) diz:

O terapeuta ocupacional atua, portanto, no desempenho funcional, cognitivo e social de indivíduos que apresentam problemas em algumas dessas áreas, reestruturando o cotidiano destes indivíduos de modo que possam se inserir normalmente na vida social, de comunidade

A Terapia Ocupacional através da atividade oferecerá a oportunidade para o desenvolvimento de habilidades, dispondo na produção de mudanças que possibilitarão um comportamento mais funcional e adaptativo. É importante ressaltar que para haver processo terapêutico é indispensável os elementos terapeuta - indivíduo - atividade e contexto social, pois a atividade é o instrumento técnico que especifica o campo de trabalho da Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional: deve descobrir possibilidades de ajudar o paciente a viver melhor com suas próprias limitações, recuperando o máximo possível as funções perdidas ou substituindo-as por outras atividades igualmente gratificantes, melhorando a autoestima, tornando-se o mais integrado à sociedade e independente possível. As atividades normalmente incluem atividades culturais como leitura e artesanais como pintura, trabalhos com argila e desenho e jardinagem (ALVAREZ et al., 2001).

A principal característica da terapia ocupacional é a de descobrir possibilidades de ajudar o paciente a viver melhor com suas próprias limitações. Mesmo os pacientes demenciados podem beneficiar-se enormemente dessa abordagem de se tentar recuperar o máximo possível as funções perdidas ou substituí-las por outras atividades igualmente gratificantes, melhorando a autoestima, tornando-se o mais integrado à sociedade e independente possível. As atividades desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional normalmente incluem: atividades culturais como leitura e artesanais como pintura, trabalhos com argila e desenho (BOTTINO et al., 2002).

Os tratamentos baseados na reabilitação cognitiva e neuropsicológica, com abordagem terapêutica interdisciplinar, têm demonstrado eficiência em seus resultados na prática clínica. As técnicas de reabilitação cognitiva privilegiam: orientação para a realidade, treinamento de memória, reminiscência, técnica de estimulação por meio da arte e terapias ocupacionais, sociais e de recreação (dança, exercícios e música) (MACHADO, 2006).

As atividades auxiliam no trabalho de organização e cuidado do cotidiano, chegando mesmo a apresentar a função de sua estruturação, e ao mesmo tempo favorecem uma instrumentalização técnica dos sujeitos, capacitam para a vida, configuram-se como redes de sustentação para a construção da autonomia e da

independência, promovendo a convivência e a contextualização do sujeito na cultura e na sociedade.

Através das atividades, o homem direciona os seus impulsos internos em direção à exploração e ao domínio do seu meio ambiente, satisfazendo suas necessidades pessoais de autossuficiência e favorecendo sua integração à sociedade. Estas atividades são significativas e colaboram para que o indivíduo desenvolva seus papéis, deveres sociais e satisfação com a vida (TAMAI, 2003, p. 104).

A atividade é um meio no qual se vivencia um significado existencial através da expressão de valores, da (re) descoberta de competências e habilidades, do compromisso, e da sistematicidade, podendo envolver ainda convívio social pautado por bem-estar.

Segundo Tamai (2003, p. 110), “o idoso tem necessidade de sentir-se útil, ser respeitado, satisfazer-se com o que faz”. É procurando atender às expectativas desse idoso, que o terapeuta ocupacional atua, contribuindo para a melhoria na sua qualidade de vida.

O desenvolvimento do ser se dá através da motivação intrínseca em realizar atividades significativas, influenciando de forma direta sua saúde física e mental. A gama de atividades da qual se utiliza a Terapia Ocupacional são caracterizadas de acordo com suas propriedades como as psicofísicas, psicomotoras, cognitivas, auto expressivas, laborativas, lúdicas, sociabilizantes, automanutenção, dentre outras. O fazer é um processo complexo e é esta complexidade que é explorada pela Terapia Ocupacional. No tratamento, o idoso é colocado em frente a um material a ser trabalhado, o essencial é um pensar específico sobre um fazer concreto, como se a atividade fosse a concretização de um pensamento. Como terapeutas ocupacionais tem-se que entender esse fazer e a riqueza do momento de cada indivíduo (MACHADO, 2006).

Segundo Ricartes e Holbach (2001, p. 38):

Presume-se que a contribuição da terapia ocupacional, por meio de estudos e uma prática com atividades, possa desenvolver a sociabilização, proporcionar a elevação da autoestima, favorecer o relacionamento interfamiliar e a reinserção à vida funcional na terceira idade. A atividade é o instrumento do terapeuta ocupacional na tentativa de resgatar e/ou manter sua funcionalidade. É através dela que tratamos, é por ela que encontramos caminhos para nos vincularmos

ao indivíduo, tirando-o de uma situação de exclusão para uma de inclusão ou de uma condição de disfuncionalidade para a funcionalidade.

Muitas são as atividades que podem ser desempenhadas, para o idoso com DA, as atividades propostas mais indicadas são, segundo Abreu et al., (2005, p. 15):

- Atividades auto expressivas: São aquelas que possibilitam a livre expressão do inconsciente, possibilitando catarse emocional e alívio de tensões e ansiedades.
- Atividades lúdicas: São atividades que envolvem a descontração, o “brincar”. Promovem a socialização envolvendo as funções psíquicas como: a atenção, concentração, volição, memória, pensamento lógico, dentre outras.
- Atividades laborativas: São caracterizadas por um produto final que pode vir a ser concreto ou não. Sua finalidade é promover tolerância; ao trabalho, autoestima, valorização do indivíduo, resgate do autoconceito, reforço de habilidades e descoberta de potencialidades
- Atividades educativas: Orientam e informam sobre temas de interesse do idoso dentro da sua realidade como os assuntos relacionados a sua patologia, informações sobre a alimentação, vida sexual, direito do idoso, etc. Proporcionam uma compreensão da realidade e maior responsabilidade do sujeito acerca do processo saúde e doença.
- Atividades socioterápicas: São todas as atividades com caráter de sociabilização e integração a fim de promover o desenvolvimento interpessoal. São utilizadas atividades como confraternizações, dinâmicas e datas comemorativas, resgatando a cultura e a história de vida do idoso, reestruturando este indivíduo no espaço temporal e social.
- Atividades psicofísicas: São aquelas que promovem equilíbrio psicofísico com conseqüente alívio de sintomas relativos ao estresse e abalos emocionais. O condicionamento físico é utilizado e promove bem-estar físico e mental.
- Atividades cognitivas: Atividades em que é estimulada a capacidade cognitiva através de exercícios que estimulam a aquisição, a associação, o armazenamento e a evocação de informações e observação, utilizando exercícios de concentração, percepção e reminiscência.

O envelhecimento predispõe diversas condições de adoecimento, com repercussão sobre a capacidade funcional, entre elas, os transtornos cognitivos, que compreendem desde leves déficits atencionais ou de memória até comprometimento cognitivo extenso, como a síndrome da demência (GUERREIRO; CALDAS, 2001).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença de Alzheimer está se tornando um dos maiores problemas de saúde pública nas últimas décadas. Para enfrentá-la, há necessidade de um enfoque

globalizante, uma tendência em banalizar o problema, tomando-o como uma questão da velhice.

Como observa-se, envelhecer impõe mudanças e renovações no estilo de vida: física e mental, interpessoal, relacional, afetiva e emocional, pelos quais sabemos que acontecerão, mas não nos preparamos para enfrentá-los. Adaptar-se ao processo de mudanças e perdas da velhice é um processo difícil para alguns, mas isto não deve resultar em isolamento, pois se pode fazer ajustes que permitam levar uma vida em sociedade saudável e satisfatória.

Nos dias atuais, ainda sofrendo com as rotulações impostas pela sociedade, os idosos estão recebendo um novo olhar, os estereótipos associados à velhice estão se modificando, o olhar está cada vez mais focado para uma etapa de novas conquistas e descobertas em busca do prazer e satisfação pessoal.

Afirmar que o idoso perde sua capacidade de criar, aprender, reciclar com o passar dos anos, é outra ideia equivocada, que não corresponde à realidade. Com a chegada da velhice ainda é possível realizar grandes feitos. Ao olharmos para o crescimento da humanidade como um todo, sempre teremos referenciais de pessoas acima dos 65 anos que realizaram grandes obras e marcaram a história. A idade não determina a criatividade das pessoas, nem limita suas possibilidades de aprendizagem ou de execução.

Diante da realidade exposta aos idosos com Alzheimer na fase inicial, a qual se propõe este estudo, foram encontradas algumas dificuldades, tais como: as condições socioeconômico-culturais e a carência de informação quanto a prevenção, cuidados, reabilitação do paciente e orientação familiar, ou seja, muitas famílias ainda se encontram despreparadas para lidar com o idoso com Alzheimer, e acabam menosprezando ou infantilizando este idoso que necessita de cuidados.

É por isso, que se faz necessário a atuação da Terapia Ocupacional dentro do contexto gerontológico, junto aos pacientes, proporcionando a vivência desta etapa da vida de forma mais saudável e plena, através do uso de atividades significativas, adaptando e inserindo este sujeito na sociedade como um ser atuante e de máxima autonomia, modificador do seu meio, redefinindo papéis.

Enfim, através de uma análise acerca da independência do idoso, grau de instrução, saúde e renda, o terapeuta ocupacional tem condições de intervir no processo adaptativo do envelhecimento, que requer concordância entre valores, capacidades e atividades de uma pessoa, que irá proporcionar ao idoso atividades significativas, através de uma análise criteriosa de acordo com suas necessidades e contexto, respeitando e valorizando este tempo livre, e de fundamental importância na manutenção do estado de saúde geral do geronto.

REFERÊNCIAS

- ABRAZ, L.T. al. Comparison of phenol content and antioxidant capacity of nuts. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, Campinas, v. 30, p. 254-259, 2009.
- ABREU, I. D. de; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. de. Demência de Alzheimer. correlação entre memória e autonomia. **Revista Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 3, 2005.
- ALVAREZ, M. A., et al. Reabilitação Neuropsicológica na Doença de Alzheimer. **Revista de Psiquiatria clínica**. São Paulo, v. 28, n. 6, p. 286-287, 2001.
- BIRD, T.D.; MILLER, B.L. Dementia. In: FAUCI, A.S.; BRAUNWALD, E.; KASPER, D.L.; HAUSER, S.L.; LONGO, D.L.; JAMESON, J.L.; LOSCALZO, J. eds. **Harrison's Principles of Internal Medicine**. 17th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2008. P.2392–2406.
- BOTTINO, L. M. L., et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer. **Arquivo Neuropsiquiátrico**. São Paulo, v. 60, n. 1, p. 70-79, 2002.
- CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24 (Supl1), 7-10, 2012.
- CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de Apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia USP**, 13(1), 133-150, 2002.
- CRUZ, M. N.; HAMDAN, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2008.
- FERRARI, M. A. C. Avaliação pelo Terapeuta Ocupacional. In: MACIEL, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica**, São Paulo: Atheneu, 2000, 695p.
- FRANCA, D. C. Cuidando do Cuida-dor: Atendimento psicológico no apoio do doente de Alzheimer. **Revista Ciência e Profissão**: Diálogos, Brasília, nº 01, p. 50-52, Abril de 2014.
- FRANK, A.A.A., SOARES, E.A., GOUVEIA, V.E. Práticas Alimentares na Doença de Alzheimer. IN: Frank AA, Soares EA. **Nutrição no Envelhecer**. Rio de Janeiro: Atheneu, p.251-257. 2002.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, 38(6), 835-841, 2004.

GILLETE-GUYONNET, S.; NOURHASHÉMI, F.; ANDRIEU, S.; GLISEZINSKI, I.; OUSSET, P.J.; RIVIÈRE, D. et al. Weight loss in Alzheimer disease. **Am J Clin Nutr.** 2000;71(Suppl):637S-42S.

GLOBERMAN, J. Balancing tensions in families with Alzheimer's disease: the self and the family. **Journal of Anging Studies**, 8, 211-232. (1994)

GUERREIRO, T.; CALDAS, C. P. **Memória e demência: (re) conhecimento e cuidado.** Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Perfil dos Idosos responsáveis pelo Domicílio no Brasil**, 2010.

JANG, H.D.; CHANG, K.S.; HUANG, Y.S.; et al Principal phenolic phytochemicals and antioxidant activities of three Chinese medicinal plants. **Food Chem.** V. 103 n.3 p. 749-56. 2017.

JERUSALINSKY D., et al. Cholinergic neurotransmission and synaptic plasticity concerning memory processing. **Neurochem. Res.** Vol 22 (1997) pp.: 507–515.

KIM, D.H., et al. The seed extract of *Cassia obtusifolia* ameliorates learning and memory impairments induced by scopolamine or transient cerebral hypoperfusion in mice. **J. Pharmacol. Sci.** Vol: 105 (2007) pp. 82 – 93.

LUNN, J. Nutrição e Envelhecimento Saudável. **Revista Nutrição em Pauta.** Nº85. Julho/agosto 2011.

MACHADO, J.C.B. Doença de Alzheimer. IN: FREITAS, E.V. de; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI ORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. da. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Guanabara Koogan. 1ª ed. Rio de Janeiro; 2006. p. 133-147.

MORTIZ, B. Visão da Nutrição Funcional na Doença de Alzheimer e Parkinson. **Revista Nutrição Saúde e Performance: Nutrição Clínica Funcional**, 2017. Ano 7, edição 33.

NITRINI, R. **Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil.** Disponível no site <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo%28261%29.htm>. Acesso em: 24 abr. 2018.

PINTO, M. E. B.; NERI, A. L. Discutindo mitos, desvendando sentidos: velhice, dependência e cuidado segundo jovens, adultos e idosos de origem japonesa. In: A. L. Neri (Org.), **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais** (pp. 65-92). Campinas, SP: Alínea, 2002.

REZENDE, C. H. A.; RODRIGUES, R. A. P. O estresse do cuidador de idosos. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, set-out-nov-dez 2000, vol. 04, nº 03, p. 93-97.

RIBEIRO, P. **Doença de Alzheimer**. 2004. Disponível em: http://www.hub.unb.br/assistencia/informacoes/alzheimer_interna_090904.htm. Acesso em: 20 abr. 2018.

RICARTES, S. P.; HOLSBACH, M. L. C. G. A contribuição da terapia ocupacional no tratamento da depressão na terceira idade. **Multitemas**, n. 23, p. 37-44, nov. 2001.

SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; MARQUES, J.A.M.; PRADO, R.L. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. In: **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação. 2007;11(21):39-50.

SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. A Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Revista de Psiquiatria**, Curitiba, v. 30, n. 1, 2008.

SINGH, M., et al. Challenges for research on polyphenols from foods in Alzheimer's disease: bioavailability, metabolism, and cellular and molecular mechanisms. **J. Agric. Food. Chem.** Vol. 56, (2008) pp. 4855-4873.

TAMAI, S.A.B. Atividade de Terapia Ocupacional. In: JACOB FILHO, W. **Prática a caminho da senecultura**. São Paulo: Atheneu, 2003.

THOMAZ, F.S.; VIEBIG, R.F. **Nutrição para doença de Alzheimer**. São Paulo: M.Books, 2012.

VITAL, J.D. Composición química y actividad antioxidante del alga marina roja *Bryothamnion triquetrum* (S. G. Gmelin) Howe. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.**, v. 42, n. 4, p. 589-600, 2008

ZHANG, W.W., et al. Differential neuro psycho pharmacological influences of naturally occurring tropane alkaloids anisodamine versus scopolamine. **Neuroscience Letters**. Vol 443 (2008) pp. 241–245.