

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Natiele de Araújo Vargas

**A DOENÇA DE ALZHEIMER: MUNDANÇAS NO COTIDIANO DO
SUJEITO E FAMILIAR/CUIDADOR: UM OLHAR NAS
CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS EM TERAPIA OCUPACIONAL.**

Santa Maria, RS.

2018

Natiele de Araújo Vargas

**A DOENÇA DE ALZHEIMER: MUNDANÇAS NO COTIDIANO DO
SUJEITO E FAMILIAR/UIDADOR: UM OLHAR NAS
CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS EM TERAPIA OCUPACIONAL.**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de Santa Maria como requisito para a obtenção parcial do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Profº Drº Francisco Nilton Gomes de Oliveira.

Santa Maria, RS.

2018

Natiele de Araújo Vargas

**A DOENÇA DE ALZHEIMER: MUNDANÇAS NO COTIDIANO DO
SUJEITO E FAMILIAR/UIDADOR: UM OLHAR NAS
CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS EM TERAPIA OCUPACIONAL.**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de Santa Maria como requisito para a obtenção parcial do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em 3 de Dezembro de 2018.

Francisco Nilton Gomes de Oliveira
(Orientador)

Cristiane Wagner
(Terapeuta Ocupacional)

Daniela Pires Santos
(Fisioterapeuta)

Santa Maria, RS.
2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, saúde, amor e por sempre guiar meus passos.

Aos meus familiares, em especial ao meu pai que me concedeu a oportunidade de estudar e sempre me deu forças, a minha mãe e irmã que sempre me incentivaram na busca de conhecimentos, pelo apoio e por acreditarem em minha capacidade, ao meu namorado que esteve ao meu lado me apoiando em todos os momentos.

Aos amigos e colegas que fizeram parte desta caminhada e torceram pela minha conquista.

Agradeço à instituição de ensino e ao curso de Terapia Ocupacional que me proporcionaram a chance de expandir os meus horizontes nesses quatro anos de formação. Aos docentes do curso e em especial ao meu orientador Francisco Nilton Gomes de Oliveira por compartilhar comigo seus conhecimentos, pela dedicação e paciência na construção deste trabalho.

A banca examinadora pela disponibilidade em fazer parte deste momento tão importante da minha graduação.

RESUMO

A DOENÇA DE ALZHEIMER: MUNDANÇAS NO COTIDIANO DO SUJEITO E FAMILIAR/CUIDADOR: UM OLHAR NAS CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS EM TERAPIA OCUPACIONAL.

AUTORA: Natiele de Araújo Vargas

ORIENTADOR: Profº Drº Francisco Nilton Gomes de Oliveira

A Doença de Alzheimer se caracteriza por declínio cognitivo múltiplo, que envolve o comprometimento da memória e perda progressiva da capacidade funcional. A Terapia Ocupacional a partir do seu objeto de estudo: ciência da ocupação vislumbra intervir na produção de vida dos sujeitos que apresentam fragilidades humanas nas suas funcionalidades diárias, no seu papel social, bem como na sua identidade e autonomia enquanto indivíduo. A pesquisa tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica a cerca da Doença de Alzheimer, contextualizando as interferências causadas no cotidiano do sujeito acometido por essa patologia, as consequências na vida do cuidador e/ou familiar que convive com este sujeito, identificando as atuações da Terapia Ocupacional na produção de vida. Metodologicamente a pesquisa é de cunho bibliográfico onde os dados serão coletados por meio das bases de dados Scielo, Bireme, Pub Med e Web Science, bem como por meio de livros, artigos, dissertações e teses. Os resultados da pesquisa serão os achados coletados bibliograficamente. Espera-se com essa pesquisa sinalizar a importância da Terapia Ocupacional com sujeitos acometidos pela Doença de Alzheimer, bem como contribuir para com os demais pesquisadores que se interessam com a temática aqui estudada.

Palavras chaves: Doença de Alzheimer, Terapia Ocupacional, ciência da ocupação, família e cuidador.

ABSTRACT

ALZHEIMER'S DISEASE: CHANGES IN THE DAILY OF THE PATIENT AND FAMILY / CAREGIVER: A VIEW OF THEORETICAL CONTRIBUTIONS IN OCCUPATIONAL THERAPY.

AUTHOR: Natiele de Araújo Vargas

ADVISOR: Prof^o Dr^o Francisco Nilton Gomes de Oliveira

Alzheimer's disease is characterized by multiple cognitive loss, which involves memory impairment and progressive loss of functional capacity. Occupational Therapy is one way of participating in research into the lives of your children, in your social role, in your own life and in life as an individual. The aim of the research is to carry out a bibliographic review about Alzheimer's disease, contextualizing the interferences caused in the daily life of the subject affected by this pathology, the consequences in the life of the caregiver and / or the family that lives with this subject, identifying the actions of the Therapy Occupational in the producing life. Methodologically the research is of a bibliographic character where the data will be collected through the databases Scielo, Bireme, Pub Med and Web Science, as well as through books, articles, dissertations and theses. The results of the research will be the bibliographically collected findings. It is hoped that this research will point out the importance of Occupational Therapy with subjects affected by Alzheimer's Disease, as well as contribute to the other researchers who are interested in the subject studied here.

Keywords: Alzheimer's Disease, Occupational Therapy, Occupational Science, Family, and Caregiver.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVO	12
4. METODOLOGIA	12
5. RESULTADOS E MARCOS TEÓRICOS	13
5.1 Doença de Alzheimer: dados, indicadores, sintomas e etiologias.....	13
5.2 Ciência da ocupação: bases epistemológicas.....	16
5.2.1 Terapia Ocupacional e a intervenção terapêutica no sujeito acometido pela Doença de Alzheimer.....	18
5.3 Contexto familiar.....	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

Durante a minha trajetória na graduação de Terapia Ocupacional ascendeu em mim vontade de trabalhar com a população idosa, pela demanda de cuidados que essa população requer, pela falta de capacitação dos profissionais nas diversas áreas, inclusive a da saúde, e pela vivência singular que tive com cada idoso que convivi tanto em um estágio realizado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), quanto ao longo da minha trajetória de vida.

O desejo de trabalhar com essa parcela da população foi o que fez com que eu optasse por este tema, pois, a população idosa já nos proporcionou e ainda é capaz de nos proporcionar tantas trocas de experiências, saberes e vivências, e que ao chegar nesta fase da vida tão valorosa, se vê esquecida pela sociedade capitalista, que fecha os olhos para os velhos, assim como para os deficientes mentais, físicos, para as crianças abandonadas, para os estigmatizados e para aqueles que são julgados fora do “padrão”.

No Brasil, a velhice já foi considerada um status social, os idosos eram mais valorizados pelos jovens, significavam símbolos de respeito e experiência de vida, hoje em dia, a imagem da velhice vem sendo considerada como algo ruim, estigmatizado, porque representa a negação de valores até então cultuados e aquilatados, como a beleza externa, a produtividade, valores considerados próprios da juventude, e, por isso, tão almejados por muitos.

Essa discussão se faz necessária uma vez que o envelhecimento populacional tornou-se uma questão demográfica, um fenômeno em âmbito mundial e também presente em nosso país. O aumento da expectativa de vida juntamente com a redução na taxa de natalidade registrada nas últimas décadas contribui para o aumento significativo no número de idosos, havendo uma inversão da pirâmide etária da população brasileira, que nada mais é do que um gráfico utilizado para expressar os dados referentes à quantificação da população, agrupando os habitantes em faixas de idade e dividindo-os por sexo, de modo a permitir uma melhor visualização dessa análise.

Como mencionado, a pirâmide etária da população brasileira vem sofrendo uma inversão ao longo dos anos, o que indica uma mudança no perfil demográfico do nosso país. Anos atrás, quando as taxas de natalidade eram mais elevadas, tínhamos uma pirâmide com a sua base mais ampla e um topo mais estreito, o que significava que o país era predominantemente jovem. Nos dias atuais, observa-se que a população brasileira encontra-se

em uma fase de transição, hoje, somos caracterizados como um país adulto, em fase de transição para nos tornarmos um país idoso no ano de 2050.

O processo de envelhecimento é a relação de dimensões sociais, estilo de vida, que se entrelaça ao cotidiano do sujeito e as suas perspectivas futuras. Essa ideia é pautada numa concepção menos organicista deste processo, que considera não só o aspecto biológico, mas também fatores psíquicos e sociais.

Envelhecer é um processo natural pelo qual todos os sujeitos que vivem em harmonia com esses fatores – biológico, psíquico e social - almejam chegar. Não envelhecemos aos 60, 70 ou 80 anos de idade, estamos envelhecendo a cada dia e isso não deve ser sinônimo de patologias, pois, os avanços da ciência têm proporcionado uma longevidade e uma qualidade de vida muito maior a todos os sujeitos, porém, como discutimos acima este é um acontecimento que depende de uma postura e um estilo de vida a qual assumimos desde a infância.

É um processo dinâmico, progressivo, inevitável e irreversível, com ritmo e características específicas para cada pessoa e que tende a aumentar a probabilidade de ocorrência de doenças devido às mudanças funcionais do organismo. Mesmo com tantos avanços da ciência, aliada as atuações multiprofissionais da área da saúde, como a da Terapia Ocupacional - a pessoa idosa está mais vulnerável a desenvolver determinados tipos de doenças, as quais as demais faixas etárias estarão menos propensas.

Neste contexto destaca-se a Doença de Alzheimer, que se caracteriza por declínio cognitivo múltiplo, que envolve o comprometimento da memória e perda progressiva da capacidade funcional, representando cerca de 50 a 60% dos casos de demência, acometendo aproximadamente 1% da população geral, e 10 a 20% dos indivíduos com mais de 65 anos (TALMELLI L.F.S, 2010, p.934).

O contexto de um sujeito acometido pela Doença de Alzheimer demandará de cuidado tanto para o paciente quanto para a família, utilizando-se de técnicas de manejo, compreensão sobre o processo da doença e alterações no cotidiano do sujeito, auxiliando na reorganização deste da rotina, atuando em suas ocupações, na estimulação cognitiva, na adaptação de ambientes domiciliares e nas atividades de vida diária, proporcionando maior autonomia e independência, visando à estabilização da doença.

Partindo dessa premissa, a Terapia Ocupacional, está apropriada para trabalhar com a população idosa em uma proposta de (re)significação de vida, inclusão e participação do idoso na sociedade e família, assim como na reorganização do cotidiano, na prevenção e

tratamento de dificuldades físicas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do sujeito.

Sob um olhar baseado na perspectiva da Ciência da Ocupação, a Terapia Ocupacional atuará na produção de vida, nas ocupações humanas - que possibilitam ao indivíduo ser um sujeito produtivo, servindo como instrumento de expressão de suas habilidades, da construção de um papel social. Tais ocupações não estão ligadas ao preenchimento do tempo livre, mas estão entrelaçadas a uma cultura, ao contexto e história de vida de cada sujeito, sendo um produto de seus desejos e anseios, significados e valores próprios traduzidos em cada ação, sendo fruto de uma execução singular em cada sujeito que a realiza, produzindo uma construção pessoal e social. (COSTA E.F.,2017).

2. JUSTIFICATIVA

Segundo Izquierdo (2002), a proporção de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil passou de 6% em 1975 para 7,9% em 2000, estimando-se que chegue a 15,4% em 2025 cerca de 30 milhões de pessoas idosas.

Conforme o censo 2010, a população de Santa Maria, Rio Grande do Sul, é distribuída entre homens e mulheres, a parcela masculina representa 123.634 mil habitantes, enquanto a parcela feminina é representada por 137.397 mil habitantes. No ano de 2000, a expectativa de vida ao nascer da população na cidade era de 74,01 anos, segundo dados do IBGE. Destaca-se que esse foi o último ano em que o índice foi encontrado. Já a expectativa de vida no Estado do Rio Grande do Sul era de 72,05 em 2000.

Corroborando com o crescimento da população idosa no Brasil, o índice de envelhecimento do município de Santa Maria está acima da média dos municípios com mais de 100 mil habitantes nos três anos analisados (1996, 2000, 2010), em 1996 o crescimento foi de 24,87%, em 2000 representou 30,31% e, 2010 mais que dobrou o número de pessoas idosas, registrando um crescimento para 69,97%. Já a média dos outros municípios neste período é de 20,09%, 23,49% e 56,65% respectivamente.

Santa Maria é o 4º município do Rio Grande do Sul com o índice de envelhecimento mais alto em 2010 e o 5º município em 1996 e 2000.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz seu prenúncio de que até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas, e que, Brasil já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido, a qual considera o início da terceira idade entre os 60 e 65 anos.

Já o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - divulgou recentemente mais uma estimativa populacional do Brasil, que agora conta com mais 207 milhões de habitantes no ano de 2017, sendo desses, mais de 26 milhões de pessoas acima dos 60 anos.

Este aumento da população idosa é um desafio, que requer trabalhos, discussões, criação de programas que atendam a essa parcela da população a qual demanda por variados tipos de serviços, assim como políticas sociais, econômicas, culturais, na área de lazer, assistência e saúde, no âmbito familiar e social.

As estimativas mais recentes dizem que, somente no Brasil, mais de 1,2 milhão de pessoas são acometidas pela Doença de Alzheimer, de acordo com a Associação Brasileira de Alzheimer. Muitos destes pacientes ainda não tiveram a doença detectada, o que contribui para que o problema continue a progredir de forma acelerada, degenerando a saúde do paciente e prejudicando sua relação com os familiares.

A população, em geral, não está preparada para cuidar de um paciente com Alzheimer, que começa a se manifestar com a perda da memória recente, mas que em pouco tempo avança para outras áreas da cognição. Precisa-se, portanto, de mais informação, conscientização e de profissionais capacitados que possam auxiliar no diagnóstico e prognóstico da doença.

Face ao exposto, ressalto a importância e as vantagens de uma pesquisa como esta, para fortalecer a base teórica a cerca deste tema, para estarmos preparados para uma realidade próxima onde deveremos atender as demandas que surgirão junto com o crescente envelhecimento da população. É preciso investir em estudos e tecnologias, para que junto com o aumento de expectativa de vida possamos proporcionar também a qualidade de vida.

Atualmente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006, busca garantir a atenção adequada e digna para a população idosa brasileira (BRASIL, 2006).

No Estatuto do Idoso, a Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Existem ainda associações como a Associação Brasileira de Alzheimer que reúne familiares, familiares-cuidadores e cuidadores profissionais em seu quadro associativo, para, a partir de suas vivências e conhecimentos, desenvolver ações em favor das pessoas acometidas pela doença de Alzheimer (DA) e oferecer apoio ao familiar-cuidador.

3. OBJETIVO

Essa pesquisa tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica a cerca da Doença de Alzheimer, contextualizando as interferências causadas no cotidiano do sujeito acometido pela doença, as consequências na vida do cuidador e/ou familiar que convive com este sujeito, identificando as atuações da Terapia Ocupacional na produção de vida.

4. METODOLOGIA

Tipo de estudo:

O presente projeto de estudo baseia-se numa pesquisa bibliográfica, a partir de uma análise dessas bibliografias e, posteriormente, a descrição dos dados achados permeados nos seguintes descritores: doença de Alzheimer, terapia ocupacional e ciência da ocupação.

Desenho do estudo:

A pesquisa será elucidada através de coleta de artigos, livros, dissertações, teses, por meio das plataformas de dados, tais como: Scielo, Bireme, Pub Med e Web Science.

Coleta de dados:

Na coleta dos dados será utilizado o procedimento de comprovação e elucidação da revisão bibliográfica de literatura, através de pesquisa em artigos publicados, livros ou dissertações e teses disponíveis. A pesquisa será dividida em quatro fases: a primeira fase é a elaboração do projeto de pesquisa, a segunda fase é a revisão de literatura e a coleta dos materiais que sustentam a temática proposta, a terceira fase é a transcrição dos dados obtidos e a quarta fase é a redação e explicação dos esquemas biográficos ou biogramas.

Amostra / população alvo:

Não se aplica.

Procedimentos éticos:

Não se aplica, pois serão amparados numa pesquisa bibliográfica.

Resultados da pesquisa:

Serão apresentados por meio da revisão da literatura, três capítulos: o primeiro capítulo discorrerá sobre a Doença de Alzheimer, o segundo capítulo será elaborado a partir da temática Ciência da Ocupação, e o terceiro capítulo discorrerá sobre o tema Contexto familiar.

5. RESULTADOS DA PESQUISA E MARCOS TEÓRICOS

Os resultados serão trabalhados a partir de leituras diversas sobre o assunto a ser investigado, sendo apresentado a seguir em três itens: Doença de Alzheimer: dados, indicadores, sintomas e etiologias; Ciência da ocupação: bases epistemológicas; e Contexto familiar.

5.1 Doença de Alzheimer: dados, indicadores, sintomas e etiologias.

A Doença de Alzheimer (DA) foi descoberta em 1907 por Alois Alzheimer, e segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), a DA é um tipo de demência senil, de declínio cognitivo crescente e irreversível, com múltiplos déficits cognitivos, dos quais um deles obrigatoriamente é a memória, tais déficits são suficientemente intensos para causar impacto nas ocupações humanas. No início a doença pode ser confundida com o processo de envelhecimento normal, fazendo acreditar que o idoso está apenas esquecido ou que é algum tipo de demência senil.

“As demências recebem esse nome porque comprometem de forma significativa a memória e, também, outras funções cognitivas, com intensidade suficiente para produzir perda funcional, incluindo até, eventualmente, a realização de atividade da vida diária ou o reconhecimento de pessoas e lugares do entorno habitual (o próprio filho, a própria casa)” (Squire & Kandel, 2000 apud CARAMELLI, 2007, p.44).¹

As causas do Alzheimer ainda são desconhecidas, mas algumas lesões cerebrais características desta doença são conhecidas, duas principais alterações que se apresentam são: as placas senis, decorrentes do depósito de proteína beta-amiloide, anormalmente produzida; e os emaranhados neurofibrilares, frutos da hiperfosforilação da proteína tau. Outra alteração observada é a redução do número das células nervosas (neurônios) e das ligações entre elas (sinapses), com redução progressiva do volume cerebral. Portanto, o diagnóstico se dá a partir da exclusão de outras doenças que poderiam explicar os sintomas observados, ou o através de exames microscópico do tecido cerebral por biopsia ou necropsia, para demonstrar a presença das lesões características.

Nos estágios iniciais da doença, o idoso tende a se confundir com facilidade e se esquecer de fatos recentes. À medida que a doença progride o paciente passará a ter dificuldades para desempenhar tarefas simples e na estruturação do seu cotidiano, como

¹ As atividades de vida diária (AVD) são todas as ações que executamos diariamente, como tomar banho, alimentar-se, escovar os dentes. Essas podem ser divididas em subgrupos: as atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais de vida diária e atividades de lazer.

também dificuldades na fluência verbal e motoras, impossibilitando que desenvolva suas ocupações humanas. Na fase final, o idoso pode apresentar distúrbios graves de linguagem, de comportamento, alterações de personalidade e poderá ficar restrito ao leito. Em cada uma dessas etapas sucessivas, pode-se observar gradativa perda da autonomia e da independência e um conseqüente aumento das necessidades de supervisão e de cuidadores, que por sua vez poderá ser um membro familiar.

Corroborando com este estudo, Corrêa e Silva dizem:

“O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. Estes comprometimentos levam à alteração do desempenho ocupacional do indivíduo com doença de Alzheimer. Assim, para compreensão do impacto da doença de Alzheimer na funcionalidade, faz-se necessário abordar o processo do envelhecimento cognitivo”. (CORRÊA S. E. S., SILVA D. B., 2009, P.3)

Segundo dados da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), no Brasil há cerca de 15 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade e 6% destes sofrem de Alzheimer. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), (2004), esta patologia surge independentemente de raça, nível socioeconômico, etnia e região geográfica, afetando cerca de 5% da população com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, registrando-se uma maior probabilidade de desenvolvimento da patologia em indivíduos a partir dos 85 anos, ressalta-se que este percentual indicado pela OMS é diferente do percentual apresentado pela ABRAZ.

Apesar de a idade ser um fator de risco mais conhecido - há diversos outros fatores que podem ser considerados, como: o genético e o estilo de vida. O tratamento é farmacológico e multiprofissional, sendo necessárias intervenções psicológicas, fisioterápicas, terapêuticas ocupacionais e fonoaudiológicas, mas apesar dos métodos o tratamento ainda é irreversível, não permitindo a cura, apenas a melhoria e a diminuição dos sintomas prezando pela manutenção das habilidades humanas.

Organicamente, a Doença de Alzheimer é uma definição trazida pela DMS-IV, mas além desses impactos orgânicos, a Doença de Alzheimer gera impactos nas ocupações, sociais, emocionais, familiares, gerando sofrimento, tristeza, solidão, esgotamento tanto do idoso quanto do familiar, sentimento de impotência, desamparo, fragilidade e falta de perspectiva para o futuro.

O adoecer traz consigo um peso de ter o diagnóstico da doença, que é progressiva e irreversível repercutindo na condição de fracasso na sua produção de vida, de indagações e uma imensidão de sentimentos. (ANDRADE. M. O., 2008)

Para Talmelli (2013), a falta de memória dificultará a aproximação das pessoas em suas relações afetivas, sociais e familiares. Sem a lembrança de fatos, lugares e pessoas, o idoso apresenta dificuldades de interação com o ambiente e com aqueles que o cercam, com seu grupo de familiares e amigos, perdendo a autonomia em executar tarefas que permitiriam a adaptação psicossocial, afetando diretamente suas ocupações e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde:

“A definição de qualidade de vida (QV) mais divulgada e conhecida é a do grupo da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição inclui seis domínios principais: (1) saúde física, (2) estado psicológico, (3) níveis de independência, (4) relacionamento social, (5) características ambientais e (6) padrão espiritual”. (Organização Mundial da Saúde)

Com essa definição, podemos ratificar que o ser humano é um ser complexo, cada ser é membro de uma família, de uma comunidade, exerce seu papel social, seu trabalho, sua religião e seus valores, e é através desses aspectos que ele se constrói culturalmente e produz qualidade de vida.

Com isso a Doença de Alzheimer afetará conseqüentemente o desempenho ocupacional desse sujeito, que se refere à capacidade de realizar tarefas ocupacionais de maneira satisfatória e apropriada para o estágio de desenvolvimento do indivíduo, através da atenção simultânea às funções e estruturas do corpo, habilidades, papéis, hábitos, rotinas e contexto, e a partir do seu envolvimento nessas suas ocupações, resultando em um desempenho ocupacional satisfatório e com participação na vida diária.

A Associação Americana de Terapia Ocupacional assegura:

“O envolvimento em ocupação é o desempenho das ocupações como o resultado da escolha, motivação e sentido dentro de um contexto de apoio e ambiente. Envolvimento inclui aspectos objetivos e subjetivos de experiências dos clientes e envolve a interação transacional da mente, do corpo e do espírito. Intervenções da Terapia Ocupacional se concentram em criar ou facilitar oportunidades de se envolver em ocupações que levam à participação em situações de vida desejadas.” (AOTA, 2008).

Há uma forte correlação entre o estágio de demência e o desempenho ocupacional, e mesmo no estágio mais leve da doença, esse desempenho está comprometido. A evolução do quadro interferirá nas suas ocupações e, conseqüentemente, em sua dependência gerando fragilidades humanas.

Corrêa e Silva elucidam a importância de um terapeuta ocupacional no contexto da Doença de Alzheimer:

“Dessa maneira, a doença de Alzheimer leva a déficits nos componentes de desempenho ocupacional, o que por sua vez leva à deterioração em áreas de desempenho ocupacional, nos contextos do desempenho ocupacional em que são realizadas. Considerando que estes estejam afetados, o indivíduo com doença de Alzheimer apresenta uma disfunção ocupacional, justificando a intervenção do terapeuta ocupacional”. (CORRÊA S. E. S., SILVA D. B., 2009, P.6)

Diante de tantas perdas até então mencionadas, há muitas habilidades importantes que não são perdidas até os estágios avançados da doença, incluindo a capacidade dançar, cantar, apreciar música, envolver-se em artesanato e hobbies, contar histórias e lembrar. Isto ocorre porque as informações, habilidades e hábitos aprendidos no início da vida estão entre as últimas habilidades a serem perdidas à medida que a doença progride; a parte do cérebro que armazena essa informação tende a ser afetada mais tarde no curso da doença. Capitalizar essas habilidades pode promover sucessos e manter a qualidade de vida mesmo na fase moderada da doença.

Contudo, neste estudo abordaremos além de sintomas, diagnósticos e prognósticos, discorreremos sobre o sujeito e sua produção de vida, seus papéis ocupacionais e sociais culturalmente estabelecidos, sua família, seus projetos de vida e suas possibilidades. Vamos além do biológico, além de suas limitações, vamos percorrer o caminho que a doença vai trilhando no cotidiano desse sujeito, a partir do enfoque da Ciência da Ocupação como objeto teórico e prático da profissão do terapeuta ocupacional. Neste condão discorreremos no próximo subcapítulo sobre a Ciência da Ocupação como base epistemológica teórica e prática da Terapia Ocupacional.

5.2 Ciência da ocupação: bases epistemológicas

No Brasil o termo “ocupação” era considerado pejorativo, utilizando-se do termo “atividade” para nomear nossa prática. A palavra ocupação segundo o dicionário da língua portuguesa significa dedicar seu tempo a algo, tomar ou estar na posse de, exercer o controle sobre determinado espaço, exercer, desempenhar.

A ocupação é tudo o que fazemos desde o ato de acordar ao dormir, são nossas relações, nossos projetos, são as ações cotidianas nas quais os indivíduos, grupos ou populações se envolvem, assim como o descanso e sono, educação, trabalho, o brincar, lazer, e participação social, incluindo também as Atividades Vida Diária, mas não se limitando a elas.

Nossas ocupações são fundamentais para a formação da identidade, do sentimento de pertencimento no mundo, na sociedade, têm um valor especial para cada ser, trazem significado próprio e propósito à vida, e quando uma dessas ocupações está limitada, seja por um fator interno ou externo, o sujeito está privado de suas ocupações.

Por mais que as ocupações sejam desenvolvidas por todo ser humano, o significado delas é individual, sofrem interferências culturais, dos valores, experiências de vida e, portanto, nunca será igual para dois seres, elas podem ocorrer em um plano interpessoal, mas sua assimilação de significado é intrapessoal.

Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional,

“Ocupações ocorrem em contexto e são influenciadas pela interação entre fatores de clientes, habilidades de desempenho e padrões de desempenho. Ocupações ocorrem ao longo do tempo; têm um propósito, significado e utilidade percebida pelo cliente; e podem ser observadas por outras pessoas (por exemplo, preparar uma refeição) ou ser percebida apenas por pessoa em questão (por exemplo, a aprendizagem através da leitura de um livro)” (Associação Americana de Terapia Ocupacional, 2014).

Portanto, o ser humano é o resultado de suas ocupações, transcendendo a atividade instintiva. A Terapia Ocupacional sendo uma profissão que se engaja em analisar o envolvimento nas ocupações cotidianas e os seus significados encontra na Ciência da Ocupação fundamentação nos seus preceitos teóricos e práticos, baseando-se na produção de vida do sujeito no qual o Terapeuta Ocupacional produzirá sentidos no seu cotidiano. Considerando a base epistemológica da Ciência da Ocupação e da doença de Alzheimer há uma correlação teórica da Ciência da Ocupação enquanto fundamentação prática da Terapia Ocupacional, uma vez que, a Doença de Alzheimer afeta as ocupações humanas e a qualidade de vida do ser acometido.

Segundo Costa:

“A ideia de que a ocupação não é apenas um objeto da função humana, mas é parte integrante do ser humano, sugere a necessidade de explorar os efeitos biológicos da necessidade humana de "fazer". Ao considerar pessoas como seres ocupacionais, fica implícita a necessidade que os seres humanos possuem de engajamento em

ocupações, a fim de florescer, e que o uso intencional do tempo é uma necessidade biológica.” (COSTA E.F.,2017, p. 9).

Face essas acepções supracitadas neste subcapítulo no próximo subcapítulo falaremos sobre as possíveis intervenções terapêuticas ocupacionais com o sujeito acometido de Alzheimer.

5.2.1 Terapia Ocupacional e a intervenção terapêutica no sujeito acometido pela Doença de Alzheimer:

Neste panorama de estudo o terapeuta ocupacional deixa de “prescrever atividades” e passa a facilitar a participação e o envolvimento dos sujeitos em suas ocupações. O foco será a ocupação, o que inclui as atividades de vida diária, mas não se limita a elas.

“Talvez seja tempo de a Terapia Ocupacional servir melhor à sociedade concebendo a atividade como resultado do processo ocupacional [...] em termos mais claros, atividade e participação devem ser os resultados observáveis do processo de ocupação... ocupação como meio de mudança é a força da profissão e devemos promovê-la... Uma radical mudança no uso das palavras pelos terapeutas ocupacionais poderia ajudar a cristalizar a sua face pública para o mundo” (ROYEEN, 2002, p. 116-7, apud MAGALHÃES, 2013, p.258).

Como discutimos no capítulo anterior, a Doença de Alzheimer é irreversível. Assim sendo, nesse contexto os terapeutas ocupacionais têm como objetivo maximizar as potencialidades ocupacionais ainda remanescentes e prezar pela sua manutenção, promovendo a independência e autonomia por um maior período, prezando pela qualidade de vida do sujeito acometido e de seus familiares.

“Terapia ocupacional é uma profissão de saúde centrada no cliente, preocupada em promover a saúde e o bem-estar através da ocupação. O principal objetivo da Terapia Ocupacional é facilitar a participação das pessoas em suas atividades diárias. Terapeutas ocupacionais alcançam esse objetivo trabalhando com indivíduos e comunidades para enriquecer suas possibilidades de engajamento em ocupações que eles querem, precisam ou espera-se que façam, seja pela modificação da ocupação ou dos ambientes, para facilitar e dar suporte ao seu engajamento ocupacional” (WFOT, 2012, apud MAGALHÃES, 2013, P.258).

Queiroz (2007) ressalta que a Terapia Ocupacional pode contribuir muito quando se trata da Doença de Alzheimer, proporcionando intervenções que possibilitem ao idoso realizar de forma satisfatória suas ocupações, por meio dessas intervenções o idoso acometido poderá

se expressar, se comunicar de forma verbal ou corporal, se engajar em suas ocupações cotidianas, preservando sua autonomia e os aspectos cognitivos ainda presentes.

A Terapia Ocupacional irá abrir novos caminhos e possibilidades, objetivando minimizar o sofrimento tanto do acometido pelo Alzheimer como do familiar, visando desenvolver suas potencialidades ocupacionais permeadas no seu cotidiano- a expressão de suas emoções e sentimentos, à sua autoestima que será afetada pela doença, o seu autoconhecimento e pertencimento do eu social. Também proporcionará a (re)organização do cotidiano, (re)assegurando seus papéis ocupacionais na sociedade, sua identidade e suas singularidades, para que sejam tratados com respeito, dignidade e valorização que cada indivíduo merece e não centrado na patologia.

A crença na capacidade do ser humano leva a profissão do Terapeuta Ocupacional a olhar além das limitações impostas por fatores orgânicos, potencializamos as capacidades, minimizando a progressão da doença e mantendo por maior tempo possível sua autonomia e independência.

No contexto da Doença de Alzheimer, se fará necessário intervenções cognitivas, sociais, de autocuidado, etc., preservando os aspectos que serão/estão sendo afetados, mantendo pelo maior tempo possível a integridade das ocupações, que sejam do interesse deste indivíduo e que façam parte do seu cotidiano, pois, a ocupação humana - o fazer, a ação, o agir - são necessidades existenciais do “ser”. A realização dessas intervenções irão estimular as habilidades e potencialidades ainda existentes, possibilitando um trabalho de prevenção e manutenção.

Modificações no ambiente também fazem parte da reorganização do cotidiano, pois as barreiras impostas por um ambiente físico podem servir de impedimento para a realização de algumas tarefas, os cuidados com a orientação deverão ser redobrados, poderá utilizar-se de placas no ambiente domiciliar, indicando lugares e sequencias de atividades a serem realizadas, assim como o funcionamento de objetos, utilizando de imagens ilustrativas, já que a capacidade de leitura poderá ser afetada. Também deverão ser colocadas as barras de apoio de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Visamos, sobretudo, a qualidade de vida do sujeito, para isso é necessário prestar as informações indispensáveis sobre a doença, manter a família informada, orientada e apropriada das condições clínicas do sujeito. Assim como proporcionar momentos de escuta e acolhimento.

Ao longo dessa caminhada, profissionais, familiares e sujeito, se confrontarão com um desafio imensurável: a manutenção da autonomia versus a superproteção desses idosos. No

próximo subcapítulo nos debruçaremos a contextualizar o contexto familiar no cotidiano com o idoso acometido com a Doença de Alzheimer. Considerando que a família é uma rede de apoio na intervenção terapêutica ocupacional no próximo subcapítulo discorreremos sobre este contexto familiar.

5.3 Contexto familiar

Cada pessoa forma ao longo de sua vida redes sociais, estando ligada a um subgrupo podendo ser dentro de uma comunidade, família, amigos, escola, vizinhos, etc., e ao integrar grupos o ser desfruta da possibilidade de se organizar socialmente, de ocupar seu papel social e sua identidade. O ser humano se desenvolve a partir das relações com o outro, a família é uma dessas relações e no contexto da Doença de Alzheimer as ocupações são afetadas tanto na vida do sujeito acometido quanto no contexto do familiar e este familiar por vezes torna-se o cuidador, que passa a ter uma nova ocupação – o cuidar

Nessa progressão contínua em que é a Doença de Alzheimer, a complexidade do adoecer aumenta, fazendo com que chegue aos familiares e ao círculo de pessoas que se relacionam com o sujeito, é uma teia que vai se tecendo à medida que os sintomas pioram, comprometendo a vida dos que são traçados por ela e as ocupações por ela comprometidas.

Apesar de ser uma doença a qual influencia majoritariamente a vida do idoso, o Alzheimer é considerada uma doença social, na medida em que toda a família é afetada, e muitas vezes, pega de surpresa, e esta família ou um membro familiar torna-se então cuidador(a). Este cuidador também possui suas ocupações e suas singularidades - é um sujeito dono de suas vontades e desejos e, muitas vezes, o cuidar do outro não está em seus planos.

O cuidar é tarefa importante, por vezes torna-se cansativo, por vezes é escolha, por vezes torna-se obrigação. De fato, cuidar do outro não é fácil, pra isso é fundamental cuidar de si, ter uma rede de apoio familiar é tão importante quanto uma rede de serviços de saúde. Cuidar do torna-se uma co-ocupação a partir do contato e relação com o outro.

Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional, 2014, p. 9:

“Ocupações frequentemente são compartilhadas e realizadas com outros indivíduos. Aquelas que, implicitamente, envolvem duas ou mais pessoas podem ser chamadas de co-ocupações (Zemke & Clark, 1996). O cuidar é uma co-ocupação que envolve a participação ativa por parte tanto do cuidador quanto de quem recebe os cuidados. Por exemplo, co-ocupações necessárias no cuidado da família, tais como as rotinas socialmente interativas de comer, alimentar e dar conforto pode envolver os pais, um parceiro, a criança, e outras pessoas significativas (Olson, 2004); as atividades inerentes a essa interação social são co-ocupações recíprocas, interativas e conjuntas (Dunlea, 1996; Esdaile & Olson, 2004)”. As considerações sobre co-ocupações

apóiam uma visão integrada de envolvimento do cliente no seu contexto em relação a outros relacionamentos significativos.(AOTA, 2014)

O viver do cuidador é modificado junto com o diagnóstico e enfrenta demandas na saúde física e mental, tendo importantes mudanças no estilo de vida, gerando uma sobrecarga que muitas vezes também o adocece. Legitimando isso, a autora Marins (2016) ressalta que “mudanças na vida do cuidador pode se tornar um peso ou desafio de ordem multidimensional, que é físico, emocional, financeiro e que também interfere nos relacionamentos sociais e lazer”.

Para as autoras Lucietto e Koch (2016):

“A família que possui um idoso portador de DA pode deparar-se com uma constante carga de tensão, onde os membros podem tornar-se exaustos, desgastados física e emocionalmente. A desestruturação financeira pode também vir a fazer parte deste cenário, tendo em vista que esta doença possui um quadro insidioso, progressivo e crônico, e, conseqüentemente, traz repercussões emocionais e socioeconômicas para suas famílias. Dessa forma, torna alguns membros exaustos, deprimidos e estressados, especialmente os que assumem com maior intensidade a função de cuidador (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004 apud LUCIETTO; KOCH, 2016).

A família é a rede de apoio fundamental, podendo ser um fator de proteção e nesses casos dá conforto e amparo. Uma base familiar será importante para que o indivíduo possa enfrentar seu dia-a-dia, facilitando a adaptação do indivíduo a essa nova condição, tanto do sujeito como do cuidador. Do contrário, há casos em que a família torna-se um fator de risco, quando negligencia este idoso, exclui, maltrata, onde o doente é considerado o causador de problemas, um estorvo, um peso e acaba sozinho, sem nenhum familiar.

O processo de cuidar na fase inicial da demência envolve principalmente cuidados focados na supervisão, na prevenção de acidentes e auxiliar em algumas atividades, uma vez que o idoso não consegue discernir as situações que envolvam risco ou perigo e, também, pela existência de erros na realização das ocupações.

Por fim, o cuidador/familiar deve ser alguém que irá auxiliar e estimular a realização das tarefas cotidianas, realizá-las quando o sujeito já não as corresponda mais e estimular cognitivamente este idoso para que suas funções sejam preservadas. Para isso é necessário que o cuidador/familiar esteja munido de informações, segurança e resiliência para enfrentar os desafios do dia-a-dia.

A partir disso será necessário garantir o bem-estar do paciente por um maior período, não deixando de priorizar o seu, em fase final dar apoio emocional, fazer companhia e trocar

afetos poderá ser o principal cuidado. Para Caovilla e Canineu (2002, p.130) enfatizam que “cuidar de uma pessoa com a Doença de Alzheimer é um teste de amor e um exercício de paciência. Esse cuidar requer amor maternal, protetor e acolhedor”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme achados, o envelhecimento populacional é um fenômeno que está sendo registrado em todo o mundo, no nosso país e na cidade de Santa Maria. Consequentemente, temos o aumento da população com o diagnóstico de demência, aumentando a demanda de estudos e pesquisas referentes ao tema.

No contexto da saúde a Terapia Ocupacional destaca-se como uma profissão que poderá atuar junto ao idoso questões voltadas a qualidade de vida, ao cotidiano, suas ocupações e às suas necessidades biopsicossociais. O Terapeuta Ocupacional atuará como um facilitador na construção de um projeto terapêutico singular que visará os campos e contextos afetados a partir do diagnóstico da Doença de Alzheimer. Ampliando seu desempenho em questões motoras e cognitivas, assim como uma maior participação social.

Ao receber o diagnóstico da Doença de Alzheimer, tanto família quanto o idoso precisam ter o conhecimento necessário das barreiras que a doença poderá vir a causar, dos cuidados que este idoso irá demandar e as adaptações que o ambiente exigirá. Adaptar-se a esse processo que ordenará mudanças cotidianas, não será fácil, podendo acarretar em isolamento, depressão e o sofrimento desse idoso.

Por isso, diante de tantas perdas, a Terapia Ocupacional buscará meios para que esse idoso possa viver com uma maior qualidade de vida, priorizando suas vontades e suas ocupações humanas desempenhadas dentro da sociedade e do grupo familiar, mantendo sua autonomia e independência pelo maior tempo possível.

Diante da realidade aqui exposta, verificou-se que há muitas publicações sobre a Doença de Alzheimer nas bases de dados, Scielo, Bireme, Pub Med e Web Science, já no que tange a Terapia Ocupacional versus a Ciência da Ocupação há ainda poucas publicações, sendo centrado mais na atividade humana como objeto de estudo da Terapia Ocupacional. A partir desta contestação bibliográfica cingiu-se que os terapeutas ocupacionais que trabalham com a Gerontologia estão baseados numa prática vinculada ao tratamento moral. Salienta-se a importância de estudos no campo da gerontologia e da Terapia Ocupacional, para que o envelhecimento populacional não se torne um transtorno de cunho social, que a sociedade esteja preparada para receber o envelhecimento populacional como um sinônimo de qualidade de vida e longevidade. Assim como, o diagnóstico de Alzheimer não seja um desestabilizador familiar, que seja encarado como um modificador de papéis, de (re)significações e descoberta de novos afetos. Deixa-se essa discussão em aberto para outros pesquisadores que desejem trabalharem com a temática “Doença de Alzheimer e as mudanças cotidianas baseado na

Ciência da Ocupação”, possam dar continuidade a essa investigação bibliográfica aqui iniciada.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ANDRADE. M. O. **O impacto psicossocial das sequelas motoras recorrentes do acidente vascular encefálico no indivíduo em fase produtiva e suas repercussões na família.** Recife/PE.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo 3ª ed.** Rev Ter Ocup Univ São Paulo; jan.-abr. 2015;26(ed. esp.):1-49
- ARAKAKI, B. K., TSUBAKI, J. N. S., CARAMELLI, P., NITRINI, R., NOVELLI, M. M. P. C. **Análise do desgaste e da sobrecarga de cuidadores/familiares de idosos com doença de Alzheimer causado pelos sintomas psicológicos e comportamentais.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 113-121, maio/ago. 2012.
- BRASIL. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003:** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm>. acesso em: 10 abril, 2018.
- COSTA E.F. et al. **Ciência ocupacional e terapia ocupacional: algumas reflexões.** Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. 2017. V.1.
- COSTA, E. M. S. et al. **Gerontograma: a velhice em cena – estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade.** São Paulo: Agora, 1998.
- CORRÊA, S.E.S. **Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Curitiba, PR. 2009; 12(3):463-474.
- CRUZ, T. J. P., SÁ S.P.C., LINDOLPHO, M.C., CALDAS. C.P. et al. **Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador.** Rev Bras Enferm. Rio de Janeiro. 2015;68(4):450-6.
- DUARTE. Y.A .O. **O Processo de Envelhecimento e a Assistência ao Idoso.** Manual da enfermagem. São Paulo.
- GEREMIA. D. S. et al: **Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano Familiar.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 1022-1029.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População, censo 2010.** Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 10 abril, 2018.

- LADISLAU, R., GUIMARÃES, J. G., SOUZA, W. C. **Percepção de Expressões Faciais Emocionais em Idosos com Doença de Alzheimer.** Psicologia Reflexão e Crítica. Brasília, DF. 2015, 28(4), 804-812.
- LUCIETTO. V., KOCH. S., **Doença de alzheimer e suas implicações no cotidiano familiar.** Rev. Psicologia em Foco Frederico Westphalen v. 8 n. 11 p.36-48 Jul. 2016.
- MAGALHÃES. L. **Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 255-263, 2013.
- MARINS A.M.F., HANSEL. C.G., DA SILVA. J. **Mudanças de comportamento em idosos e o cuidador.** Esc Anna Nery. Rio de Janeiro. 2016;20(2):352-356.
- MESSY, J.; et al. **A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice.** São Paulo: Aleph, 1999.
- MOREIRA. K. Q. **Atuação da Terapia Ocupacional junto ao idoso com Alzheimer.** Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza. 2007.
- TALMELLI.; L. F. S. et al. **Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer.** Rev. Esc Enferm USP. São Paulo, 2010. V.44.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Demência.** Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5560:demen-cia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos&Itemid=839>. Acesso em: 28 março, 2018.
- PRADO. M. A., CAMELLI. P., FERREIRA. S. T., CAMMAROTA. M., IZQUEIRDO. I. **Envelhecimento e memória: foco na doença de Alzheimer.** REVISTA USP, São Paulo, n.75, p. 42-49, setembro/novembro 2007.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **População,** Santa Maria em dados. Disponível em: <<http://santamariaemdados.com.br/sociedade/>>. Acesso em: 03 maio, 2018.
- VERAS. R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Rev Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2009; 43(3):548-54