

A intervenção da terapia ocupacional em pacientes com a doença de Alzheimer

OCCUPATIONAL THERAPY IN THE REHABILITATION OF THE OLDER ALZHEIMER CARRIER

RESUMO: O presente trabalho tem por finalidade demonstrar a intervenção do Terapeuta Ocupacional na reabilitação de pacientes portadores da doença de Alzheimer. Buscando inserir na socialização, usando de atividades terapêuticas para manter e/ou melhorar o seu cognitivo, treino de AVD's (Atividades de Vida Diária) para promover autonomia e independência, para que o paciente tenha melhor qualidade de vida. Por compreender também a grande importância e melhora significativa do tratamento com o profissional de Terapia Ocupacional com os pacientes diagnosticado com Alzheimer.

Palavras-Chave: Terapia Ocupacional, Alzheimer, Atividades, Cognitivo, Melhor qualidade de vida, Demência.

ABSTRACT: The objective of this work is to demonstrate the intervention of the Occupational Therapist in the rehabilitation of patients with Alzheimer's disease. Seeking to insert into socialization, using therapeutic activities to maintain and / or improve their cognitive, ADL training (Daily Life Activities) to promote autonomy, so that the patient has a good quality of life. By understanding also the great importance and significant improvement of the treatment with the professional of occupational therapist with the patients who have this disease.

Keywords: Occupational Therapy, Alzheimer, Activities, cognitive, better quality of life, dementia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é inevitável e com isso, mudanças acontecem e doenças aparecem. Fato este, que desencadeou o interesse em falar sobre uma dessas doenças que é o tema deste trabalho. Neste estudo vamos falar sobre a Doença de Alzhei-

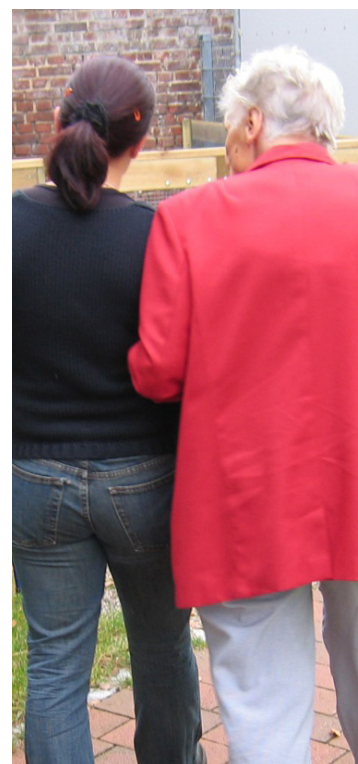


Imagem pxhere

Kelly Cristina Alves Cruz¹
Thainara Lucia Duarte Mundin¹
Marielle Ribeiro Vieira²

¹ Bacharel em Terapia Ocupacional pela Faculdade União de Goyazes, Trindade – GO.

² Especialista em Terapia Ocupacional. Coordenadora do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade União de Goyazes, Trindade – GO.



Recebido: 09.05.2019 | Aprovado: 09.05.2019

mer (DA), que está ligada a este processo de envelhecimento. É uma doença neurológica degenerativa, a incidência principal é a partir dos 65 anos e que compromete a funcionalidade motora e também as funções cognitivas do paciente¹.

A Doença de Alzheimer surgiu no ano de 1907. O médico Alois Alzheimer foi o responsável por descobrir a doença ao examinar o cérebro de uma mulher que faleceu aos 56 anos e apresentava demência, o Dr. Alzheimer examinou seu cérebro e descreveu as alterações que hoje são conhecidas como características da doença. Relatou-se que essa mulher tinha fantasias e alucinações, apresentava dificuldades de aprendizagem, como ler, escrever, etc.²

Essa doença degenerativa se agrava com o tempo, não tem cura, porém pode e deve ser tratada. Não se sabe ao certo o que causa a doença de Alzheimer, sabe-se que ocorre lesões cerebrais; o Alzheimer se apresenta como demência, perda das funções cognitivas (memória, orientação global, atenção, linguagem verbal e não verbal, pensamento, percepção, raciocínio, etc.) A doença de Alzheimer é dividida em três fases: leve, moderada e grave.³

É comum que o início da Doença de Alzheimer seja confundida com o processo de envelhecimento normal, os sintomas tem início lento, o que retarda a família ou o cuidador a procurar orientações de profissionais da saúde ou serviço especializado, o diagnóstico se torna tardio. É indicado que com os primeiros sinais de alerta de Demência os familiares ou cuidador procurem o médico, porque quanto antes começar o tratamento melhor o prognóstico. Alguns exames podem ser feitos para a prevenção e exclusão de outras doenças, como exame de sangue, exame de imagens, ressonância magnética do crânio, etc.³

Será abordado a intervenção da Terapia Ocupacional aos pacientes com a doença de Alzheimer. Sabendo que a T.O trabalha com a prevenção e com o tratamento e reabilitação de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, estruturando e utilizando das atividades humanas como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade.⁴

O Terapeuta Ocupacional trabalha de forma direta e indiretamente com o paciente portador da doença de Alzheimer, com orientações aos familiares e cuidadores, com adaptações, reabilitação física e psíquica se necessário, modificações ambientais, treino das AVD's (Atividades de Vida Diária) e AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária).

O Terapeuta Ocupacional usa das atividades para preservar ou diminuir os déficits cognitivos e funcionais, intervém também com a baixa estima, criando um ambiente para que ele possa se sentir importante e produtivo, elevando a auto estima¹. O mais importante é saber que além do tratamento a humanização e de extrema importância, o vínculo terapêutico (afetividade) com o paciente portador da doença de Alzheimer, como em qualquer doença é fundamental.

Alzheimer

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa, provoca alterações nas funções e não tem cura. No geral se inicia em um grupo de células responsáveis pela memória, porém com a evolução da doença acomete todo o cérebro. Reduz todas as capacidades da

pessoa, relação social, comportamental, motoras, físicas e até na personalidade. Uma das mais comuns doenças em idosos.

De acordo com Bacellar⁵ a doença de Alzheimer “é uma doença neurodegenerativa cerebral, primária, progressiva, irreversível e de curso fatal”. Os estudos feitos nos cérebros de pessoas já falecidas nota-se uma falha na metabolização de duas proteínas, proteína precursora do amiloide e a proteína tau que causa inflamação, desorganização e destruição das células neuronais, principalmente nas regiões do cérebro chamadas de hipocampo e córtex. A causa da morte dessas proteínas permanece desconhecida. A principal queixa é a do esquecimento de coisas recentes como por exemplo não se lembrar de ter feito uma refeição ou de tomar banho, com o passar do tempo o esquecimento passa a ser geral. As alterações ocorrem em todos os campos, habilidades motoras, memória, linguagem, etc.⁵

Se conhecermos mais sobre a DA deve-se a Alois Alzheimer (1906-1907), foi ele que descobriu a doença, que logo após foi denominada por Kraepelin (1910) como Doença de Alzheimer. Com o passar dos anos o conceito da DA foi se expandindo. Na década de 1970 confirma-se que as formas pré-senil e senil de demência mostravam o mesmo substrato neuropatológico, desde então elas foram incluídas na DA.⁶

Segundo D’Alencar, Santos e Pinto⁷ os sintomas da DA podem se manifestar diferente em cada pessoa, se divide em 3 fases porem nem sempre são reconhecidas de forma isolada, as três fases são:

Primeira fase: quando ocorre esquecimento de coisas recentes, a capacidade de atenção e concentração diminuem, esquece nome de pessoas e objetos porem ainda consegue realizar as atividades de vida diária (AVD’S).

Segunda fase: os problemas do primeiro estágio se agravam, porque a perda de memória aumenta, perde também noção espacial, não compreende as palavras, agitação, mudanças de humor, já não reconhece familiares e amigos.

Terceira fase: a mais severa, as funções cognitivas somem, dependência total, perda de peso, capacidade de se locomover baixa e com toda essa dependência leva o paciente a um estado de vulnerabilidade, causando assim um desgaste tanto físico quanto mental.

De acordo com D’Alencar, Santos e Pinto⁷ “No envelhecimento, todas as pessoas sofrem mudanças físicas que resultam de alterações nos sistemas e órgãos do corpo”. Porém isso ocorre de maneiras e tempos diferentes, variando de uma pessoa para outra, dependendo também das influências durante as fases de sua vida:

Caracteriza-se como um processo progressivo, dinâmico e irreversível de modificações bioquímicas, funcionais e morfológicas, que determinam a diminuição da capacidade do indivíduo a adaptar-se ao meio onde vive. Assim as pessoas não envelhecem da mesma maneira, pois o envelhecimento é ímpar e individual.(D’Alencar; Santos; Pinto⁷)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula-se que no mundo tenha 47,5 milhões de pessoas com demência, e esse número pode chegar a 75,6 milhões no ano de 2030 e pode até triplicar em 2050. Neste contexto a DA representa de 60-70% desses casos de Demência.

Não há causa específica, a DA é degenerativa, aos poucos vai destruindo as estruturas neurais e matando os neurônios, ela não surge de uma hora para outra, se aloja aos poucos no cérebro e para se revelar intensamente vai depender de como a pessoa viveu, sua saúde, estudos, hábitos, etc. A doença se desenvolve aos poucos começa no hipocampo, que tem como uma das funções fixar novas aprendizagens, com a doença ele é reduzido, fazendo com que a pessoa tenha dificuldades na memória recente. Com o passar do tempo se espalha pelo cérebro e afeta outras funções mentais, velocidade, orientação espacial, etc.⁸

Segundo Minozzo⁸ o tratamento é iniciado por exames e avaliações médicas e com qualquer sinal de alteração na memória, atenção, raciocínio ou até mesmo isolamento da pessoa deve-se com urgência investigar, procurar ajuda especializada. Quanto mais precoce o diagnóstico da DA maiores são as chances dos pacientes, cuidadores e familiares manterem uma boa qualidade de vida ao longo do tratamento.

Ainda não dispomos de uma medicação capaz de parar ou alterar os sintomas da DA nem ao menos impedir seu surgimento, e medicamentado conforme os sintomas apresentados no paciente. Os cuidados serão sempre realizados por uma equipe multiprofissional, de acordo com a necessidade do paciente e para o tratamento ser produtivo tem que ser em conjunto, o paciente, os familiares e os cuidadores. As principais metas do tratamento são: manter e promover qualidade de vida e autonomia, potencializar o desempenho funcional, trabalhar os aspectos cognitivos, o psicológico, reduzir e minimizar os efeitos nos aspectos comportamental (promovendo o auto estima) cognitivo e funcional.⁶

Início da Terapia Ocupacional

A área da saúde e composta por vários profissionais, dentro dela compõem o Terapeuta Ocupacional, faz parte da equipe multidisciplinar que vem se desmarcando sua história ao longo dos tempos, compondo vários requisitos entre eles destaca-se as atividades humanas e análise de atividades.⁹

Segundo Tinoco (1997) *apud* Carvalho⁹ desde os tempos da era da pré-história já era característica dos indivíduos realizar atividades de pinturas nas paredes das cavernas, pois era uma forma de expressar seus sentimentos, já em outros países como Roma por volta de 500 a. C, era primordial atividades lúdicas e de lazer para ajudar a amenizar o quadro de pessoas doentes que ali vivia. No ano de 1407, foi descoberto uma nova forma de tratamento que era de grande importância, o trabalho. Atividades como recreação e artes foi dado como tratamento pelo médico Francês Clement Joseph Tissot no ano de 1780 para pacientes com distúrbio musculares e articulares, causados por doenças ou acidentes.⁹

De acordo com Carvalho e Scatolini⁹ as técnicas ocupacionais foram ressurgindo devido a revolução francesa que aconteceu no ano de 1789, onde o médico Phelippe Pinel começou a expor as bases moderna a assistência psiquiátrica.

Terapia Ocupacional como profissão, que surgiu na segunda década do século XX, resultou da compartimentalização do conhecimento, com a conseqüente especialização do conhecimento, com a conseqüente especialização do trabalho. Seu alcance profissional continua, em grande medida, variando segundo o campo médico ao qual esteja associado: Ortopedia, Neurologia, Geriatria, Psiquiatria, entre outros.(Carvalho;Scatolini⁹)

A Terapia Ocupacional começou a ganhar nome e ser reconhecida após a I e II guerra mundial, através de pessoas que sofreram mutilações, amputações, e sofreram também transtornos psiquiátricos, devido fatos ocorridos, foi assim que começou a exploração aos dispositivos, técnicas e métodos como análise para identificar a incapacidade física.¹⁰

A quantidade de feridos só aumentava e com isso a Terapia Ocupacional se expandiu, devido à grande demanda tendo a necessidade de mais profissionais especializados na área de reabilitação para poder interferir diretamente com amputados, traumatismo craniano, problemas psiquiátricos, como as neuroses de guerra.¹⁰

Com todos os fatos ocorridos antes e depois da primeira e segunda Guerra Mundial, a profissão Terapia Ocupacional passou a ser reconhecida e ganhar espaço na área da saúde, social e na educação, tanto para atendimentos particulares ou atendimentos nas unidades de serviços públicos. E passar a fazer parte da equipe multidisciplinar promovendo desenvolvimentos e conhecimento para atuar em diferentes áreas, e em diversos campos além das clínicas, como na educação, de consultoria, de hidroterapia, e outras demandas da sociedade.⁹

Com o reconhecimento na Europa em 1948 a Terapia Ocupacional torna se reconhecida profissionalmente, e cria se em 1951 a Federação Mundial de Terapia Ocupacional. No Brasil a profissão Terapeuta Ocupacional e regulamentada no Rio de Janeiro e regulamentada no ano de 1954, e em 1959 oficializa o primeiro curso de Terapia Ocupacional na cidade de São Paulo.⁹

COFFITO publicou a resolução n°316 em 19 de junho de 2006. Ela "dispõem sobre a prática de Atividades da vida diária, de Atividades instrumentais de Vida Diária e Tecnologias Assistivas pelo Terapeuta Ocupacional". Submetendo-se que a atuação nas áreas descritas fica a cargo do Terapeuta Ocupacional.(CARVALHO; SCATOLINI⁹)

Terapia Ocupacional na doença de Alzheimer

A intervenção do Terapeuta Ocupacional no tratamento com pacientes portadores da Doença de Alzheimer é indispensável tanto na orientação a seus familiares e cuidadores e nas adaptações e modificações ambientais, esse e tipo de tratamento ameniza o uso de contenções, diminui os distúrbios de comportamentos e minimiza redução de uso medicamentoso.¹

E um campo de conhecimentos e de intervenções em saúde, educação e na esfera social, reunidos tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específica, física, sensoriais, mentais, psicológicas ou sociais, apresentam temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social. (Cavalcante; Galvao¹)

Quando a doença começa a se manifestar as percas consequentemente aparecem, o esquecimento de fatos ocorridos e curto tempo, dificuldades para fazer compras, organização do seu próprio lar e cuidados pessoais (AIVD), a partir do momento que a doença se agrava o paciente começa a ter dificuldades de se locomover, dificuldades de realizar o banho sozinho, até mesmo de se alimentar, pode ocorrer também problemas psicológicos e comportamentais, como depressão nas fases iniciais, agitação, agressividade, alterações dos hábitos alimentares alucinações e delírios.¹¹

Promover a independência e importante em todas as fases da demência. De acordo com a Occupational therapy practice framework: domain and process (de agora em diante denominada) Estrutura; America Occupational Therapy Association [AOTA] 2008, o foco geral da intervenção da Terapia Ocupacional e facilitar a participação do maior número de ocupações possível de ocupações desejadas durante o curso da doença. Os Terapeutas oferecem aos indivíduos um repertório de atividades que refletem equilíbrio de atividades de cuidados pessoais, produtivas, de lazer, físicas, sociais e espirituais. A intenção é melhorar a qualidade de vida e bem-estar da pessoa com demência e, ao mesmo tempo aliviar a sobrecarga e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de seus cuidadores. (Katz¹¹)

É de grande importância o Terapeuta Ocupacional promover atividades relacionadas a funções que foram perdidas em decorrência da demência, fazer com que o paciente passe a realizar atividades ocupacionais cotidianas como: fazer compras, atividades profissionais/domésticas e ressaltar a valorização útil do seu paciente, e otimizar a saúde.¹²

Após a anamnese é realizada a avaliação para traçar o plano de tratamento para o paciente, para Trombly e Radomski (2005), o Terapeuta Ocupacional na prática clínica avalia a cognição por três razões primárias: estabelecer uma linha base diante da qual mensurar a modificação; informa o plano de tratamento e identificar aqueles que mais se beneficiarão de uma avaliação neuropsicológica, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que avalia as diversas funções cognitivas como orientação, atenção, cálculo, habilidades viso-construtiva, linguagem e evocação. E a Medida de Independência Funcional (MIF) que avalia aspectos motor e cognitivo.

E da conduta do Terapeuta Ocupacional traçar projeto terapêutico singular após a avaliação de cada paciente, atendendo suas necessidades de acordo com os déficits apresentados na avaliação, estabelecer se o atendimento será em grupos ou individuais ou ambos.

O Terapeuta Ocupacional dispõe de recursos terapêuticos para prevenir, manter ou tratar dificuldades físicas, cognitivas ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do portador de Alzheimer em relação as atividades de vida diárias, trabalho e lazer¹³.

O papel do Terapeuta Ocupacional com paciente portador de DA visa reestabelecer a manutenção e a melhoria da capacidade funcional, promovendo a participação em ocupações satisfatórias que otimizem a saúde e o bem estar, minimizado a sobre carga do cuidador, faz parte da intervenção do T.O a análise da atividade, orientações com o cuidador, modificações ambientais, recursos terapêuticos, encaminhamentos, adaptações e indicações para órteses e próteses, sendo definido através do estágio da doença e ambientação, cria se o plano de in-

tervenção. Os atendimentos podem ser realizados a domicílios, diurnos semi institucional ou institucional ao longo prazo podendo ser públicos ou privados.¹²

Atividades que resgatem lembranças como fotografias, músicas e de grande importância para os pacientes, trabalhar calendários, dependendo do grau que a doença se encontra, atividades de jogos pedagógicos são de grande importância, como jogo da memória, caça palavra para explorar o cognitivo. Na realização de treinos para sua alimentação e higienização.

E de extrema importância o Terapeuta Ocupacional orientar o cuidador ou membro da família, sobre os cuidados que devem ter com o paciente; por exemplo: procurar não deixar tapetes espalhados pela casa, fios como extensões, procurar deixar o ambiente como quarto iluminado e arejado, e ter bastante cuidado com o emocional do idoso, ele já está se sentido não útil por conta de ter alguém cuidando, procurar deixar e incentivar que ele realize as atividades sozinho como tomar água, manter o tom de voz com o paciente com tranquilidade, calmo e baixo, inserir o paciente na mesa junto com a família as horas das refeições, não deixar o paciente excluído do convívio familiar.

Diante do que foi estudado sugerimos que para manter uma melhor qualidade de vida para os pacientes, algumas intervenções da Terapia Ocupacional podem ser indicadas: atividades auto expressivas, atividades lúdicas, atividades laborativas, atividades educativas, atividades sócio terapêuticas, atividades psicofísicas, atividades cognitivas, e atividades físicas; acompanhamento nutricional, escuta qualificada (pode ser por psicólogo, psiquiatra) assistente social, fisioterapeuta e o médico responsável Geriatra.

A Terapia Ocupacional através das atividades terapêuticas proporciona oportunidades para o desenvolvimento e habilidades dispendo na produção de mudanças que possibilitam o comportamento mais funcional e adaptativo, buscando caminhos para minimizar o sofrimento do portador de Alzheimer, reestabelecendo as perdas físicas, e sociais que causam desajuste no idoso, promovendo a sociabilização e resgatando valores, estabelecendo um ambiente confortável e descontraído, autonomia, independência e melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A DA é uma doença neurodegenerativa, progressiva e não tem cura, de causa desconhecida, atinge alguns aspectos como: cognitivo, motor e social. Baseado nos estudos realizados é de fundamental importância a atuação do Terapeuta Ocupacional com os pacientes de Alzheimer; realizando orientações nas intervenções e execuções das AVD's (Atividades de Vida Diária) na estimulação cognitiva (atenção, concentração, memória, raciocínio) funcional e emocional, nas adaptações ambientais, proporcionando melhorias ao idoso.

A principal ferramenta do Terapeuta Ocupacional e atividade terapêutica que utiliza os recursos terapêuticos (jogos pedagógicos, atividades recreativas, atividades lúdicas...) adaptações, atividades que estimulam o cognitivo: noção espacial, temporal mantendo e promovendo a funcionalidade e independência do paciente e treino de AVDs, (adaptação de talheres, copo adaptado, barras de adaptações no banheiro, dentre outras).

Ressaltando que a intervenção do TO na doença de Alzheimer deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional, a Terapia Ocupacional promove o bem-estar, a independência

e melhor qualidade de vida do paciente com Alzheimer, orientando os cuidadores e familiares, em prol de melhoras no quadro clínico do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcante A, Galvão C. Terapia Ocupacional Fundamentação & Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
2. Goldman L, Ausiello DC. Tratado de Medicina Interna. Tradução de Ana Kemper, et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
3. ABRAZ (Associação Brasileira de Alzheimer) Disponível em: www.abraz.org.br/index.php?page=alzheimer; Acesso em: 02 de junho de 2018.
4. COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382 Acesso em: 20 de maio de 2018.
5. Bacelar O. Lembro, logo existo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Auracom, 2009.
6. Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
7. D'Alencar RS, Santos EMP, Pinto JB. Conhecendo a doença de Alzheimer: uma contribuição para familiares e cuidadores. Ilhéus: Editus, 2010.
8. Minozzo L. Doença de Alzheimer: como se prevenir. Porto Alegre: AGE, 2013.
9. Carvalho AFT, Scatolini HMN. Terapia Ocupacional na Complexidade do Sujeito. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2013
10. CREFFITO 09 (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região) Disponível em: <http://www.creffito9.org.br/imprime.php?cid=1163&sid=320> Acesso em: 18 de maio de 2018.
11. Katz N. Neurociência, Reabilitação Cognitiva e Modelos de Intervenção em Terapia Ocupacional. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2014.
12. Pedretti LW, Early MB. Terapia Ocupacional: Capacidades práticas para as Disfunções Físicas. 5ª ed. São Paulo: Roca, 2004.
13. Ferrari MAC. Reabilitação do Idoso portador de demência tipo Alzheimer. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.