

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

ANA MARIA TABET DE OLIVEIRA

**A Importância da Fisioterapia Gerontológica em
um Grupo de Idosos com Doença de Alzheimer**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

São Paulo

2014

ANA MARIA TABET DE OLIVEIRA

**A Importância da Fisioterapia Gerontológica em
um Grupo de Idosos com Doença de Alzheimer**

Mestrado em Gerontologia

PUC – São Paulo

2014

ANA MARIA TABET DE OLIVEIRA

**A Importância da Fisioterapia Gerontológica em
um Grupo de Idosos com Doença de Alzheimer**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Renato Canineu.

Mestrado em Gerontologia

PUC – São Paulo

2014

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais, idosos queridos, que me proporcionam, sempre, tantas possibilidades de crescimento, como esta :
o contato com a Gerontologia.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, pela sua grandeza em me proporcionar tão maravilhosos aprendizados.

Gostaria de agradecer a meu orientador, Prof. Dr. Paulo Canineu, pela sabedoria de seus ensinamentos, sempre tão precisos, sua paciência para com minha ansiedade e sua incansável luta em mostrar-nos a profundidade e beleza do que é envelhecer;

Muito obrigada a todas as professoras do Programa de Gerontologia da PUC/SP, todas muito amorosas e generosas na transmissão de conhecimento;

Obrigada à colega Bernadete, que me colocou em contato com o centro-dia desta pesquisa;

Obrigada ao Sr. Edelmar e à Da. Miyoko, do centro-dia, pela acolhida calorosa e receptiva ao meu projeto de estudo;

Obrigada às pessoas que colaboraram comigo nesta jornada de escrita da dissertação : Profa Yara Castro (estaticista) e Profa. Maria Helena (revisora);

Agradeço às minhas amigas e colegas de aula, Amarilis, Gislaine, Denise, Sandra, e todas as outras de cada disciplina nas quais estivemos juntas, pelos deliciosos momentos compartilhados.

Obrigada à Telma, com quem tive meu primeiro contato com uma clínica geriátrica para idosos com Doença de Alzheimer.

Obrigada, sempre, a meus pais. Por tudo !

“O ser humano não chegaria aos oitenta ou noventa anos, se esta longevidade não tivesse um significado para a sua espécie. Por isso, a tarde da vida humana deve ter também um significado e uma finalidade próprios e não pode ser apenas um lastimoso apêndice da manhã da vida.”

Carl Gustav Jung

RESUMO

A Importância da Fisioterapia Gerontológica em um Grupo de Idosos com Doença de Alzheimer

Ana Maria Tabet de Oliveira

Esta pesquisa visou refletir sobre a aplicação de um protocolo fisioterapêutico, no âmbito da Gerontologia, aplicado em idosos de um centro-dia de SP (n=14), todos com Doença de Alzheimer, de grau leve a moderado, com a finalidade de se avaliarem três aspectos: funcionalidade, cognição e comportamento, num período de seis meses, em um encontro semanal. A funcionalidade foi avaliada pelo teste “Timed Up and Go (TUG)” e pelo “Questionário Pfeffer”; a cognição, pelos testes “Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)”, “Teste de Fluência Verbal (TFV)” e “Teste do Desenho do Relógio (TDR)”; e o comportamento foi avaliado pelos questionários “Escala de Depressão Geriátrica (GDS)” e “Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings”. Os referidos testes foram aplicados em três fases, respectivamente no início, no meio e no final do processo de intervenção. O grupo submetido aos testes foi dividido em dois subgrupos, pela análise do desempenho no TUG test : o grupo de menor risco de quedas (n=7) e o de maior risco de quedas (n=7), com duas variáveis: posicionamento (sentados e em ortostatismo) e cooperação mútua (com cooperação e sem). Cada grupo recebeu uma proposta distinta. Aos três meses se inverteram os grupos e protocolos. A hipótese é a repercussão benéfica nos aspectos analisados. Para avaliar os resultados foi utilizado o programa SPSS 17.0 (*Statistical Package for Social Sciences*), o teste de Friedman para análise descritiva da amostra e para análise do desempenho nos testes foi aplicado o SPAD (*Système Portable d'Analyse des Données*). Os resultados demonstraram diferença significativa ($p < 0,05$) no comportamento (“GDS”) com melhora da depressão, além de tendências à melhora nos testes analisados, em fases distintas. A análise de desempenho classificou-os em três grupos: misto, de bom resultado e de resultado ruim. Conclusão : apesar de o tempo e a frequência de aplicação terem sido curtos, esta abordagem fisioterapêutica mostrou-se positiva para o idoso com Doença de Alzheimer, uma doença neurodegenerativa.

Palavras-chave: Demência, fisioterapia, gerontologia, funcionalidade, cognição, comportamento.

ABSTRACT

The importance of Gerontological Physical Therapy in a group of elderly with Alzheimer's Disease.

This research aimed to reflect on the application of a physical therapy protocol, within the Gerontologic approach, applied in an "elderly home" in SP (n=14), all with mild to moderate Alzheimer's disease, assessing three aspects : functionality, cognition and behavior over a period of six months, at a weekly meeting. Functionality was assessed by the "Timed Up and Go (TUG)Test" and the "Pfeffer Questionnaire"; cognition, with the "Mini-Mental State Examination (MMSE)", "Verbal Fluency Test (VFT)" and "Clock Drawing Test (CDT)" and behavior, by "Geriatric Depression Scale (GDS)" and "Neuropsychiatric Inventory (NPI) by Cummings". Such tests were applied at the beginning, middle and the end of the process. The group was divided into two subgroups, according to the analysis of performance on the TUG test: the ones with lower risk of falls (n=7) and increased risk (n=7), with two variables : position (seated and standing) and mutual cooperation during the exercises (with and without cooperation). Each group received a distinct exercise protocol. At three months they were reversed about variables and protocols. The hypothesis is the beneficial effect in the analyzed aspects. To evaluate the results, it was used the SPSS17.0 software (Statistical Package for Social Sciences), the Friedman test for descriptive analysis and for analysis of the tests performance it was applied the SPAD (Système Portables d'Analyse des Données). Results: significant difference ($p < 0,05$) in behavior ("GDS") with improvement of depression as well as trends towards improvements in the tests analysed, in distinct phases. Analysis of performance in tests classified them into three groups : mixed, good and bad results. Conclusion : Although the short period of intervention, it proved positive for the elderly with A.D.

Keywords : Dementia, physical therapy, gerontology, functionality, cognition, behavior.

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO	12
1.1) Dados epidemiológicos e demográficos	13
1.2) Caracterização de demência e da Doença de Alzheimer.....	15
1.3) Algumas palavras sobre a Gerontologia	18
1.4) Algumas palavras sobre a Gerontologia Social	20
1.5) Algumas palavras sobre “Gerontologia e Demência”.....	22
1.6) “Fisioterapia” X “Fisioterapia Gerontológica” no cuidado do idoso com Doença de Alzheimer	23
2) OBJETIVOS	26
3) ABORDAGEM METODOLÓGICA	27
3.1) Método como “caminho”	27
3.2) Metodologia quanti-quali : algumas considerações	30
3.3) O “Protocolo” em questão	32
3.4) O trabalho com o grupo	36
3.5) Sobre os testes e questionários utilizados	38
3.6) Alguns referenciais teóricos e reflexões no caminho	40
4) RESULTADOS	44
5) DISCUSSÃO	46
6) CONCLUSÃO	69
7) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
8) ANEXOS	80
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
Anexo B – Testes e Questionários utilizados	85

Anexo C – Relato do histórico da Doença de Alzheimer	94
Anexo D – Fotos do trabalho realizado no centro-dia	106

9) LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1. Desempenho dos idosos no “TUG Test”	47
Figura 2. Desempenho dos idosos no “Questionário Pfeffer”.....	47
Figura 3. Desempenho dos idosos no “MEEM”	48
Figura 4. Desempenho dos idosos no “TFV”	48
Figura 5. Desempenho dos idosos no “TDR/Clox1”	48
Figura 6. Desempenho dos idosos no “TDR/Clox2”	48
Figura 7. Desempenho dos idosos no “GDS”	49
Figura 8. Desempenho dos idosos no “NPI”	49
Figura 9. Média da idade nos grupos	55
Figura 10. Tempo na ocupação principal nos grupos	55
Tabela 1. Médias nos testes por grupos	50
Tabela 2. Densidades=médias dos grupos/médias do total.....	51
Quadro 1. Instrumentos de avaliação utilizados	38

1- INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento populacional, decorrente, dentre outros fatores, do aumento da expectativa de vida, tem determinado a necessidade crescente do melhor conhecimento e entendimento não só do processo de envelhecimento natural como das doenças mais prevalentes e suas consequências nessa fase da vida (BRUCKI, 2011).

Ao iniciar esta pesquisa, tinha como meta “conhecer e entender”, como citado por Brucki no parágrafo acima, a maior quantidade de informações e dados possíveis a respeito de tão assustadora doença de nossos tempos, em virtude do aumento da longevidade : a Doença de Alzheimer. Doença da ausência, do retirar-se da vida social, da realidade prática do dia a dia. Tinha a sensação de não ser capaz de abarcar toda a gravidade do assunto...

Essa sensação foi se atenuando gradativamente ao decidir realizar uma pesquisa de campo, isto é, propor um protocolo fisioterapêutico a um grupo de idosos, participantes de um centro-dia, que tivessem condição de entender meu comando do exercício proposto e realizá-lo da melhor maneira que conseguissem. Ao entrar em contato com o grupo em questão, muito amável e receptivo a mim e à minha proposta, senti que eu estava diante de pessoas que, antes de serem “doentes com Doença de Alzheimer”, tinham uma história particular de vida, personalidade, uma maneira ímpar de ser e estar no mundo, seus desejos, sua vaidade – era a Gerontologia, apresentando-se a mim, fora da sala de aula, por meio daqueles idosos. Além disso, alguns deles me demonstravam sua força de vida (vontade de viver), e outros, certa desesperança, um não entendimento do que estava ocorrendo com seu cérebro, seus corpos, emoções e mentes.

Realizei os exercícios fisioterapêuticos e testes para avaliar de que maneira meu trabalho repercutiria neles, se havia ou não qualquer

alteração em determinadas áreas investigadas. Para tanto, foram colhidos dados, observações foram feitas, tudo em conformidade com o projeto inicial: verificar a importância de uma proposta fisioterapêutica em idosos com Doença de Alzheimer, de forma totalmente objetiva.

No entanto, o que mais ficou manifesto e gravado em minha memória e que muito me emocionou, não foi a objetividade dos fatos averiguados, todos legítimos, mas sim, a subjetividade de minha percepção e encontro com os 14 idosos, seus rostos, suas expressões faciais e corporais quando de meu primeiro contato com eles (ao me apresentar e lhes propor o trabalho que eles estariam realizando), a realização dos exercícios, a despedida, deixando claro que eu estaria lá na semana seguinte. Mas, na semana subsequente, a maioria não se lembrava de mim, não sabia quem eu era, e eu tinha de me apresentar novamente e lhes expor o trabalho que seria realizado ... Tal procedimento, a cada semana.

Enfim, espero, com esta pesquisa ser capaz de proporcionar alguma qualidade, algum bem-estar em qualquer instância da vida de idosos que estejam em processo de demência. É o que almejei ter realizado com os 14 idosos com os quais trabalhei por seis meses.

1.1 - Dados epidemiológicos e demográficos

A faixa etária que mais cresce no Brasil é a dos idosos com 80 anos ou mais. A consequência positiva é o aumento da expectativa de vida do brasileiro. Por outro lado, a transição demográfica é acompanhada da transição epidemiológica, com expressiva sobrecarga das doenças crônicas não transmissíveis, as crônico-degenerativas, dentre as quais a demência tem grande impacto. Em 2010, mais de 35

milhões de pessoas tinham o diagnóstico de Doença de Alzheimer (DA) no mundo e a estimativa é que esse número chegue a 65 milhões no ano de 2030. A incidência de demência, descrita na literatura, é de 34,2 por 100.000 pessoas/ano e da DA, de 5 a 8 por 1000 pessoas/ano. Nos Estados Unidos, 10% a 14% das pessoas com mais de 65 anos têm o diagnóstico de algum quadro demencial. O risco de DA dobra a cada cinco anos, a partir dos 65 anos. Acima dos 80 anos, um em cada três idosos tem chance de desenvolver demência. Em vários estudos, observaram-se mais mulheres que homens com demência (risco cumulativo de 17% VS 9%, respectivamente), provavelmente pela maior longevidade de pessoas do gênero feminino. Outros dois fatores de risco bem definidos na literatura são o número reduzido de anos de estudo e o baixo nível socioeconômico.¹

A DA pode estar entre as doenças mais dispendiosas para a sociedade, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos (BONINGUILLAUME, 2005; MEEK, McKEITHAN, SHUMOCK, 1998).

Os custos associados à doença incluem os custos médicos diretos, tais como os de *home care*, custos não médicos diretos, como o gasto com cuidadores, além dos custos indiretos, tais como a perda da produtividade tanto do paciente como de quem cuida dele (MEEK, McKEITHAN, SHUMOCK, 1998). Pelo exposto, a DA é reconhecida, a exemplo de outras demências, como um relevante problema de saúde pública em todo o mundo (FREITAS, 2002).

De acordo com a Alzheimer's Association, em relatório de 22/4/2013, a DA já era citada como a sexta causa de morte nos Estados Unidos, pois mais de cinco milhões de americanos de todas as idades já haviam sido diagnosticados com esta doença até aquela data, incluindo aí cerca de cinco milhões de pessoas com 65 anos ou mais e, aproximadamente, 200.000 indivíduos com menos de 65 anos que

¹ (Ministério da Saúde. Parecer Técnico-Científico. [PTC 16/2013 – Prevenção da Demência] Brasília/Maio-2013 – Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde. [NATS]/HC-UFG/BH-Dez-2012. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Depto. De Ciência e Tecnologia – [DECIT/MS.] -

² (Ministério da Saúde. Parecer Técnico-Científico. [PTC 16/2013 – Prevenção da

apresentavam início precoce da doença. Com o progressivo e inexorável envelhecimento da população, a DA ganhará destaque como a epidemia deste novo milênio. Os países subdesenvolvidos, e até aqueles em desenvolvimento, serão os mais impactados com tal transição, uma vez que não estão preparados para lidar com o problema que sobrecarregará seus já claudicantes sistemas de saúde (CAIXETA, 2012).

No Brasil, a proporção de idosos está crescendo, o que torna a demência um assunto de saúde pública (FORLENZA, 2012).

Recente revisão sistemática sobre a demência no Brasil apontou prevalências de 5,1% a 19%, com base nos estudos com melhor qualidade metodológica. São, portanto, entre 700 mil e 2,7 milhões de brasileiros cujas famílias estão enfrentando as consequências dessa condição neurológica devastadora.²

1.2 - Caracterização da demência e da Doença de Alzheimer

Dentre as doenças frequentemente associadas ao envelhecimento, consideram-se as demências as mais impactantes, já que se caracterizam por *déficits* progressivos de diversas funções cognitivas, levando ao prejuízo do pensamento e planejamento, perdas funcionais e sociais, além de alterações de comportamento, com consequente perda de independência funcional (PERRACINI, FLÓ, 2011).

O diagnóstico de demência segue os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV e V)* e preconiza a

² (Ministério da Saúde. Parecer Técnico-Científico. [PTC 16/2013 – Prevenção da Demência] Brasília/Maio-2013 – Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde. [NATS]/HC-UFG/BH-Dez-2012. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Depto. De Ciência e Tecnologia – [DECIT/MS.] -

existência de *déficit* de memória e de, pelo menos, mais de um domínio cognitivo (idem).

Há várias causas para as demências, considerando-se a Doença de Alzheimer a que mais prevalece, equivalendo de 50% a 60% dos casos. É causada por degeneração neuronal associada à presença de alterações microscópicas, como os emaranhados neurofibrilares e as placas senis (idem).

A doença de Alzheimer (DA) é um tipo de demência neurodegenerativa, progressiva e, até o momento, inexorável. A semiologia clínica e neuropsicológica pode identificá-la e classificar seus estágios – leve, moderado e grave (BOTTINO, LAKS, BLAY, 2006).

De acordo com a American Psychiatric Association (1995), in CAIXETA (2012), além do comprometimento da memória, a demência deve apresentar o desenvolvimento de outra perturbação cognitiva, como afasia (diminuição das funções de linguagem), apraxia (prejuízo na capacidade de executar atividades motoras), agnosia (dificuldade para reconhecer ou identificar objetos) ou uma perturbação do funcionamento executivo (capacidade de pensar de forma abstrata e planejar, iniciar, sequenciar, monitorar e cessar um comportamento complexo). Os *déficits* cognitivos devem prejudicar o funcionamento ocupacional e/ou social e representar um declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento. Outras dificuldades cognitivas incluem prejuízo da atenção e concentração. São observadas possíveis perturbações motoras da marcha, levando a quedas, bem como a presença de delírios e alucinações.

No que diz respeito aos principais fatores de risco para a DA, os principais são os seguintes : idade avançada (envelhecimento), história familiar, alterações genéticas (cromossomo 14), presença do alelo $\epsilon 4$ do gene que codifica a ApoE, trissomia do cromossomo 21, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes melito, dieta inadequada,

traumatismo cranioencefálico (TCE), doenças cerebrovasculares (AVE) e baixo nível socioeconômico, de acordo com CAIXETA (2012).

Quanto ao diagnóstico, segundo referência acima, como atualmente não existem marcadores biológicos disponíveis que permitam a detecção pré-sintomática ou o diagnóstico pré-mórbido definitivo da DA, são muitas as dificuldades que cercam seu diagnóstico e, por isso, é preciso lançar mão de muitas modalidades de avaliação: neuropsicológica, de linguagem, laboratorial e de neuroimagem, ou seja, podemos dizer que o diagnóstico da DA é, ainda, essencialmente clínico.

O conceito de DA continuará evoluindo, uma vez que novas descobertas no campo da neurociência são constantes, sobretudo advindas dos avanços da genética, da neuropatologia, da biologia molecular, da neuroimagem e de estudos transculturais. Muito desse novo conhecimento resultará em diagnósticos mais precoces antes mesmo da manifestação dos sinais clínicos da doença. Tal situação vai compor desafios éticos, porque se estará diante da possibilidade de um diagnóstico preciso a um sujeito (ainda não doente) com plena consciência das consequências catastróficas de uma doença para a qual ainda não existe cura (CAIXETA, 2012).

No que tange ao assunto “prevenção em demência”, há a informação de que a redução no risco de doença cardiovascular parece oferecer, atualmente, a melhor chance de sucesso com o controle da hipertensão arterial, da hipercolesterolemia e do hábito do fumo (idem).

Observando-se os dados epidemiológicos sobre o avanço da Doença de Alzheimer no Brasil e no mundo, a meu ver, é fundamental a realização de estudos aprofundados sobre esta alarmante doença, como enfrentá-la, como lidar com ela (seu manejo, em todas as fases em que ela se apresenta), de que modo abordá-la – tanto farmacologicamente como não – e, especificamente no presente estudo, pela realização de uma proposta de tratamento fisioterapêutico, na linha da Gerontologia – linha mestra deste estudo - que busque melhorar e/ou atenuar

sintomas que afetam três aspectos diretamente prejudicados na DA: a funcionalidade, a cognição e o comportamento desses pacientes, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida.

1.3 - Algumas palavras sobre a Gerontologia

Entendo e penso a Gerontologia como uma abordagem que engloba o idoso, no seu processo de envelhecer, de forma ampla e complexa, considerando não apenas as transformações fisiológicas e funcionais que ocorrem nessa etapa da vida, mas toda a ordem de fatos relacionados ao envelhecimento – sua relação consigo, com seus familiares, com a comunidade e cultura à qual pertence, com a sociedade, de uma maneira geral. Realiza-se, dessa forma, a interface entre vários saberes: a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, a Biologia, dentre os principais.

NETTO (2006) define Gerontologia como a ciência que estuda os idosos, as características da velhice enquanto fase final do ciclo de vida e seus determinantes biopsicossociais, além de tratar também do processo de envelhecimento normal e patológico. Pelo fato de várias disciplinas abordarem o estudo do envelhecimento e pelo amplo espectro de áreas relacionadas ao envelhecer – biológica, fisiológica, psíquica, social, cultural, existencial – a Gerontologia é considerada um campo do conhecimento multidisciplinar e interdisciplinar.

O termo “Gerontologia” foi utilizado pela primeira vez em 1903, segundo NETTO (2006), por Elie Metchnicoff, sucessor de Pasteur; é formado pela união das palavras gregas **geron** - γερων (velho) e **logos**-λόγος (estudo). Na época, Metchnicoff previu que este campo seria determinante no século XX, em decorrência do aumento da longevidade, provocado pelos avanços da ciência.

Algumas datas e momentos significativos para a Geriatria e para a Gerontologia, segundo SILVA (2011):

- Em 1942, foi fundada a *American Geriatric Society*;
- Em 1946, foi fundada a *Gerontological Society of America* e a *Division of Maturity and Old Age* da *American Psychological Association*, ambas surgidas por causa do aumento no interesse pelo estudo da velhice e pelo crescimento no número de idosos nos Estados Unidos;
- NETTO (2006) nos explica que, em 1961, foi fundada a *Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG)* e, em 1968, a *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, uma ampliação da SBG, com a inclusão de sócios - profissionais da saúde - ligados ao envelhecimento, mas não médicos.

Segundo VERAS, LOURENÇO (2010), ao nos referirmos à “Geriatria” e “Gerontologia”, devemos refletir sobre duas linhas básicas: “Geriatria” é definida como o estudo clínico da velhice e compreende a prevenção e o manejo de doenças do envelhecimento. É uma especialidade da Medicina e também em Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia; já a “Gerontologia” é definida como um campo interdisciplinar que visa ao estudo das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes biológicos, psicológicos e socioculturais. É um campo multiprofissional e multidisciplinar. Embora a Gerontologia seja um campo que envolva muitas disciplinas, a pesquisa repousa sobre um eixo formado pela Biologia, pela Psicologia e pelas Ciências Sociais.

Ao apresentar o perfil do gerontólogo, MARTINS DE SÁ (2002), in (VERAS, LOURENÇO, 2010) declara que é dever deste profissional:

- 1) Estar apto a apreender, histórica e criticamente, o processo de envelhecimento em seu conjunto;
- 2) Compreender o significado social da ação gerontológica;

- 3) Situar o desenvolvimento da Gerontologia no contexto sócio-histórico;
- 4) Atuar nas expressões da questão da velhice e do envelhecimento;
- 5) Formular e implementar propostas para o enfrentamento;
- 6) Realizar pesquisas que subsidiem a formulação e ações gerontológicas;
- 7) Compreender a natureza interdisciplinar da Gerontologia, buscando ações compatíveis no ensino, na pesquisa e na assistência;
- 8) Zelar por uma postura ética e solidária no desempenho de suas funções;
- 9) Orientar a população idosa na identificação de recursos para o atendimento às necessidades básicas e de defesa de seus direitos.

1.4 - Algumas palavras sobre a Gerontologia Social

MORAGAS (2010) expõe sobre os primórdios de uma ramificação da Gerontologia, isto é, da Gerontologia Social cujo surgimento se deu mediante o interesse por um enfoque científico interdisciplinar da velhice, depois da Segunda Guerra Mundial; a Associação Internacional de Gerontologia constituiu-se em 1950, com o objetivo de “promover a pesquisa gerontológica em Biologia, Medicina e Ciências Sociais (antropologia, psicologia, sociologia e economia).

De forma complementar, SILVA (2011) nos informa que o termo “Gerontologia Social” foi utilizado pela primeira vez, em 1954, por Clark Tibbits, para descrever a área da Gerontologia que versa sobre os aspectos não orgânicos do envelhecimento, o impacto das condições socioculturais sobre o processo de envelhecimento e as consequências sociais. São assuntos básicos nesse campo : atitudes em relação à

velhice, práticas e políticas sociais, formas de gestão da velhice pelas instituições sociais e pelas organizações governamentais e não governamentais, redes de suporte social, entre outros. A Gerontologia Social envolve conhecimentos produzidos na Filosofia, nas Ciências da Saúde e em ciências como a Antropologia, a Sociologia, a Economia, a Psicologia, além do Direito, da Demografia, da Arquitetura, do Urbanismo, etc.

A Gerontologia Social trata dos fenômenos humanos associados ao fato de envelhecer, processo inerente a todo ser humano, segundo MORAGAS (2010). Entretanto, a velhice, resultado do envelhecimento, é vulgarmente considerada uma realidade que afeta somente uma parte da população. Os velhos se configuram como uma categoria independente do resto da sociedade, separados como grupo com características próprias. A velhice separa mais os idosos do resto dos cidadãos do que outros atributos cronológicos ou sociais. Existem algumas formas de se conceituar a velhice: a) *Velhice cronológica* – definida pelo fato de se ter atingido os 65 anos. Baseia-se nas idades tradicionais de afastamento do trabalho, cujo primeiro precedente surge com as medidas sociais do chanceler Bismarck, no século XIX. Fundamenta-se na velhice histórica real do organismo, calculada pelo transcurso do tempo; b) *Velhice funcional* – corresponde ao emprego do termo “velho”, sinônimo de “incapaz” ou “limitado” e reflete a relação tradicional entre velhice e limitações. Trata-se de um conceito errôneo, pois a velhice não representa necessariamente incapacidade. Portanto, é preciso lutar contra a idéia de que o velho é funcionalmente limitado; c) *Velhice, etapa vital* – é a mais equilibrada e moderna concepção de velhice. Baseia-se no reconhecimento de que o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa, que entra numa etapa diferente das vidas previamente e que possui uma realidade própria e diferenciada das anteriores, limitada unicamente por condições objetivas externas e subjetivas. Apresenta limitações, mas também potencialidades únicas : serenidade, experiência, maturidade. O enfoque da velhice como etapa

vital se insere nas modernas teorias e práticas da psicologia do desenvolvimento humano, da sociologia do possível, do trabalho social integrador e, portanto, pode e deve ser uma fase positiva do desenvolvimento individual e social.

Existe ainda a “Gerontologia Biomédica” que estuda o envelhecimento do ponto de vista molecular e celular (biogerontologia), além de pesquisar a prevenção de doenças a ele associadas. Nesta área, as pesquisas estão direcionadas para se obter respostas sobre “como” e “por que” envelhecemos, de acordo com SILVA (2011).

1.5 - Algumas palavras sobre “Gerontologia e Demência”

Importa clarificar o quão importante é a interdisciplinaridade no tratamento e abordagem integral, gerontológica, ao idoso dementado, o qual apresenta uma multiplicidade de repercussões, visto ser esta uma patologia multifatorial. Não são suficientes os conhecimentos específicos do especialista, nem são capazes de abarcar toda a complexidade de um paciente com demência os conhecimentos específicos da medicina, da psiquiatria, tratando da saúde física e mental desses indivíduos, mas temos de considerar toda a relação do envelhecimento desse idoso com o mundo ao seu redor, com suas relações próximas (familiares), seu contato social e buscar o diálogo interdisciplinar, gerontológico, para tratá-lo: além da medicina (e da psiquiatria), a atuação do fisioterapeuta, do terapeuta ocupacional, do enfermeiro, do fonoaudiólogo, do nutricionista, do assistente social, do psicólogo (neuropsicólogo), do odontólogo, do arte-educador (com a ação das “terapias expressivas”, que utilizam a arte como expressão do eu interior do paciente), dentre os principais profissionais envolvidos nesse processo.

O debate acadêmico acerca da interdisciplinaridade surge como crítica à fragmentação do saber e à produção do conhecimento. No campo da ciência, a interdisciplinaridade objetiva superar a visão restrita de mundo e compreender a complexidade da realidade, resgatando a centralidade humana; representa uma nova consciência da realidade, do pensar, ambiciona a troca, a reciprocidade e a integração entre diferentes áreas e busca a resolução de problemas de forma global e abrangente (VERAS, LOURENÇO, 2010).

O reconhecimento da realidade como complexidade organizada propõe que se busque compreendê-la mediante estratégias dinâmicas e flexíveis de organização da diversidade percebida, de modo a se compreenderem as múltiplas interconexões nela existentes (...) A prática interdisciplinar permite a superação da fragmentação, linearidade e artificialização, tanto do processo de produção do conhecimento, como do ensino e do afastamento em relação à realidade (LUCK, 2002).

1.6 - “Fisioterapia” X “Fisioterapia Gerontológica” no cuidado do idoso com Doença de Alzheimer

A fisioterapia, como a conhecemos na atualidade, com o uso de recursos da natureza e do próprio movimento humano, que inclui músculos, articulações e respiração, foram utilizadas terapeuticamente desde a antiguidade. Na Grécia antiga, o filósofo Aristóteles já descrevia a ação dos músculos, tendo sido conhecido como o pai da Cinesiologia; na China, existem registros de obras abordando a cura pelo movimento desde 2.698 a.C. segundo PETRI (2006), in (FORTES, 2011).

No entanto, no Brasil, a profissão de fisioterapeuta foi regulamentada apenas em 1969.

Já o termo “Gerontologia” surgiu apenas no início do século XX, mas, no período de 1969 a 1979, houve um aumento de 270% de pesquisas nessa área (NERY, 2006). Ou seja, a Gerontologia é uma ciência muito mais nova que a Fisioterapia, porém, com o aumento dos perfis etários, na atualidade, elas têm caminhado em consonância.

Podemos, ainda, definir melhor os termos para diferenciá-los, a saber: existe a “Fisioterapia Geriátrica”, que contempla conteúdos voltados ao processo de tratamento das doenças e aos métodos e técnicas para preveni-las, sob a ótica dos conhecimentos da Fisioterapia; e há a “Fisioterapia Gerontológica”, que atua na prevenção e reabilitação do idoso, com o objetivo de minimizar as consequências das alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento, também sob a mesma perspectiva. (SILVA, 2011)

MESQUITA (2002) descreve que a Gerontologia apresenta novo pano de fundo para a fisioterapia, pois tem como meta a reabilitação da pessoa idosa, ao oferecer estudo interdisciplinar que propicia a análise complexa do indivíduo idoso, permitindo, assim, ao fisioterapeuta, nova leitura de sua função ao idoso.

RIBEIRO (2012) nos orienta sobre o objetivo da fisioterapia gerontológica, que é o de preservar a função motora, promovendo o adiamento da instalação das incapacidades decorrentes do envelhecimento e/ou reabilitar funcionalmente o idoso, dentro de suas potencialidades, heterogeneidades e especificidades; esclarece, ainda, que é essencial compreender que a fisioterapia gerontológica não se baseia apenas no instrumento de reabilitação, mas também proporciona ao idoso a abrangência da sua totalidade, correlacionando suas funções físicas, psicossociais, cognitivas e emocionais.

Na Gerontologia, a fisioterapia tem ganhado bastante destaque na área preventiva, não apenas evitando ou minimizando a ocorrência de perdas fisiológicas nos sistemas ósseo e neuromuscular associadas ao envelhecimento, como retardando as incapacidades resultantes de

doenças crônico-degenerativas, comuns no envelhecimento, como as demências, segundo KATO, RADANOVIC (2007).

Em meu entender, o olhar humanizado e integral proposto pela Gerontologia tem muito que acrescentar à prática fisioterapêutica geriátrica tradicional, principalmente quando nos referimos a idosos com demência, com tantos aspectos em prejuízo.

2) OBJETIVOS

Objetivo Geral

Verificar a repercussão da proposta de um protocolo fisioterapêutico, na linha da Gerontologia, elaborado e aplicado em um grupo de 14 idosos com Doença de Alzheimer, graus leve e moderado, em sua funcionalidade, cognição e comportamento, com análise das respostas avaliadas pela aplicação de testes e questionários específicos.

Objetivo Específico

Sugerir tratamentos fisioterapêuticos e/ou cuidados não-farmacológicos de forma a que possam ser utilizados no manejo de idosos dementados, não apenas em centros-dia, mas também em domicílios e em ILPIs.

3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 - Método como “caminho”

Além do comprometimento cognitivo, presença de distúrbios neuropsiquiátricos e perda da funcionalidade, característicos da Doença de Alzheimer (DA), um importante olhar clínico vem sendo dado para as alterações motoras desses pacientes. Os distúrbios motores na DA eram comumente descritos nos estágios mais avançados da doença, porém estudos recentes relatam que, mesmo em estágios pré-demenciais e iniciais da doença, ocorre comprometimento dessas funções. (ANDRADE, 2013).

Dentre as alterações motoras descritas na literatura atualmente, segundo referência supracitada, nos estágios iniciais da doença, devem ser destacadas as alterações da marcha e do controle postural, principalmente em situações que exijam o desempenho de tarefas cognitivas realizadas concomitantemente com tarefas motoras. Além dessas, também as modificações de todos os componentes físicos da capacidade funcional como força, flexibilidade, agilidade e coordenação motora vêm sendo investigadas.

Uma proposta fisioterapêutica baseada na evolução da Doença de Alzheimer, na qual o portador apresenta perdas motoras essenciais, possibilita trabalhar a independência do paciente e lidar com complicações como perda de força muscular, dores motivadas por encurtamentos, imobilidade e deformidades, aparecimento de escaras, etc. (DRIUSSO, MELLO, 2006).

Pelo exposto e refletindo a respeito de todo o quadro de comprometimento motor e funcional, além de cognitivo e comportamental de pacientes dementados, elaborei um protocolo de

exercícios fisioterapêuticos, com base na abordagem gerontológica, para ser aplicado em idosos com Doença de Alzheimer (a mais prevalente das demências), de grau leve a moderado, ou seja, que tivessem seu quadro motor e cognitivo conservado a ponto de conseguirem compreender meu comando e executá-lo, durante os exercícios. Este protocolo foi pensado em termos de melhora da flexibilidade, força, equilíbrio, agilidade e socialização.

O caminho que trilhei foi o seguinte:

Em conversa com uma colega fisioterapeuta, ela me colocou em contato com um centro-dia de São Paulo, que abrigava pacientes exatamente com este perfil : idosos com DA, grau leve a moderado, quadro clínico estável – era exatamente o *locus* que estava em busca para realizar minha pesquisa.

Certifiquei-me de que os referidos idosos preenchiam os “critérios de inclusão” propostos, a saber: deviam ter grau de estadiamento leve a moderado da Doença de Alzheimer, de acordo com os critérios da CID-10 e da DSM-IV, ter aceitado participar da pesquisa de forma livre ou consentida por familiar responsável, após preenchimento do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) e estarem mantendo quadro clínico estável da doença. Os “critérios de exclusão” foram: ter idade inferior a 60 anos, ter grau de estadiamento grave da DA, não terem concordado em participar da pesquisa (em razão da não assinatura do idoso ou do familiar responsável) e terem apresentado piora do quadro clínico da doença, de forma a não conseguirem realizar os exercícios propostos.

O protocolo elaborado foi aplicado nos idosos (n=14) por seis meses, de maio a novembro de 2013, com um encontro semanal de duas horas (uma hora em cada grupo formado).

Os idosos foram avaliados em três momentos, a saber, antes do início da aplicação do protocolo, ao meio do processo (aos três meses) e ao final (aos seis meses) e analisados em três aspectos : sua

funcionalidade (pelo teste “Timed Up and Go”/TUG e pelo “Questionário Pfeffer”), sua cognição (pelo “Mini-Exame do Estado Mental”/MEEM, pelo “Teste do Desenho do Relógio”/TDR e pelo “Teste de Fluência Verbal”/TFV) e seu comportamento (pelo “Questionário NPI” de Cummings e pela “Escala de Depressão Geriátrica”/GDS).

Os idosos (n=14) foram divididos em dois subgrupos de acordo com a pontuação do desempenho motor alcançado no “Timed Up and Go (TUG) Test”, segundo GUIMARÃES (2004). O subgrupo com menor tempo de realização do teste e melhor equilíbrio e estabilidade postural ao realizá-lo (n=7) concluiu o teste no tempo de 10 a 20 segundos (“médio risco de quedas”), e o outro subgrupo (n=7), de maior tempo de realização do teste e pior equilíbrio e estabilidade postural, utilizou um tempo maior que 20 segundos (“alto risco de quedas”). (Nenhum deles realizou o teste em menos de 10 segundos - “baixo risco de quedas”).

Após a divisão dos subgrupos, iniciaram-se os trabalhos, nos quais cada subgrupo era submetido ao protocolo de exercícios por uma hora.

Foram propostas duas variáveis, para a execução dos exercícios :

1^a) **Posicionamento físico** – o subgrupo de maior risco de quedas realizou os exercícios de forma sentada em cadeiras, dispostos em círculo e o outro subgrupo, de menor risco de quedas, realizou os exercícios na mesma disposição, porém, em posição ortostática (em pé).

2^a) **Cooperação durante os exercícios** - o subgrupo de maior risco de quedas não teve cooperação mútua na realização dos exercícios, realizavam-nos individualmente e supervisionados por mim; já o outro subgrupo, de menor risco de quedas, realizava os exercícios com cooperação mútua na sua execução, em duplas ou todos juntos, em atividades realizadas conjuntamente, “em grupo”, propriamente dito.

Ao meio do processo (aos três meses) foi realizada a inversão dos protocolos e dos subgrupos, ou seja, o subgrupo que realizou os exercícios sentado e sem cooperação mútua, inverteu suas atividades com o outro subgrupo: realizou o outro protocolo de exercícios, ficaram

em posição ortostática e tiveram cooperação mútua na execução dos exercícios e, o outro subgrupo, trocou de protocolo, ficaram sentados e não tiveram cooperação mútua nas atividades propostas.

Como já previamente referido, todos os grupos tinham acompanhamento de uma a duas cuidadoras, em todas as atividades propostas, principalmente quando os idosos com maior risco de queda estavam em ação.

Enfim, cada subgrupo realizou um protocolo de exercícios diferente por três meses, tendo realizado os dois posicionamentos (sentados e em ortostatismo) e as duas abordagens de cooperação propostas (sem e com cooperação mútua na realização dos exercícios).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP), em conformidade com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e todos os idosos participantes, ou o familiar mais próximo, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes do início do trabalho.

3.2 - Metodologia quanti-quali : algumas considerações

Ao refletir a respeito das questões metodológicas que conduziram esta pesquisa, cito MINAYO (2010): “(...) considero o conceito de Metodologia de forma abrangente e concomitante : (a) como a discussão epistemológica sobre o ‘caminho do pensamento’ que o tema ou o objeto de investigação requer; (b) como a apresentação adequada e justificada dos *métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos* que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; (c) e como o que denominei ‘criatividade do pesquisador’, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações científicas”.

O método de análise desta pesquisa foi o quantitativo-qualitativo, justificando-se por ter havido observação, atuação e interpretação do processo de intervenção no grupo de indivíduos estudados (metodologia qualitativa) e também ter havido análise estatística de dados coletados no mesmo grupo (metodologia quantitativa), apesar de a amostra em questão ser considerada pequena (n=14).

A abordagem qualitativa, de acordo com TURATO (2005), pretende conhecer amplamente as vivências das pessoas e que representações elas têm dessas experiências de vida (...); busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos (pacientes, etc) acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença. É utilizado para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenômeno e lida com a idéia de “processo”, aqui particularmente rico, caracterizando-se este método como aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta.

Importa, nesta pesquisa, definir a idéia de “método clínico-qualitativo”, proposto por TURATO (2005), como sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, porém voltados especificamente para os *settings* das vivências em saúde. Nas palavras do autor: “Nesse particular método, todo o empreendimento deve ser sustentado por três pilares, que funcionam como características demarcadoras e consistem das seguintes atitudes – existencialista, clínica e psicanalítica. Elas propiciam, respectivamente, uma postura de acolhida das angústias e ansiedades inerentes do ser humano; uma aproximação própria de quem habitualmente já trabalha na ajuda terapêutica; e a escuta e a valorização dos aspectos psicodinâmicos mobilizados sobretudo na relação afetiva e direta com os sujeitos sob estudo. Esse método tem-se provado adequado em pesquisas qualitativas já realizadas no campo da saúde.”

Interessante a proposta do referido autor, em obra supracitada, quanto à atitude do investigador do trabalho de tipo qualitativo : “(...)resta-lhe colocar-se desarmado, o máximo possível, em atitude de permitir-se escutar suficientemente sobre o objeto de estudo, acerca dos sentimentos, idéias e comportamentos humanos e, então, procurar compreender quais sentidos e significações aqueles fenômenos referidos ganham em especial para os sujeitos eleitos para o estudo”.

Já o método de abordagem quantitativa, segundo TURATO (2005), tem sua força atribuída à alta confiabilidade e reprodutibilidade dos resultados obtidos, lida com fatos vistos e descritos, estabelece matematicamente causas e efeitos, utiliza técnicas bioestatísticas para organizar achados, vale-se de tabelas, escalas, quadros, questionários fechados como instrumentos de pesquisa e análise de dados, atualiza conhecimentos complementares novos sobre questões clínicas diversas, enfim, analisa estudos classificatórios de tipos de atitudes, manifestações físicas, psíquicas, sociais ou comportamentais, observáveis em indivíduos ou em grupos como respostas a estímulos intrapessoais ou ambientais.

3.3 - O “Protocolo” em questão

Descreve-se a seguir o protocolo de exercícios fisioterapêuticos:

a) Para o grupo de não-cooperação mútua para a realização dos exercícios (todos sentados, exceto o nº4 - “caminhada”):

1) Exercícios de mobilização articular – Movimentação ativa (caso tenham total condição) ou ativo-assistida (caso tenham alguma condição de realização) das seguintes articulações :

- 1a) tornozelos – flexão plantar, dorsiflexão e circundução;
- 1b) joelhos – flexão, extensão e circundução;
- 1c) coxo-femoral – flexão e extensão;
- 1d) ombros – elevação e retorno deste movimento à posição original, adução e abdução (associado a membros superiores);
- 1e) cotovelos, punhos e dedos – flexão e extensão;
- 1f) pescoço – rotação lateral e inclinação lateral/anterior/posterior.

2) Alongamentos :

- 2a) Musculatura cervical – posição de inclinação lateral, por 10 segundos;
- 2b) Musculatura escapular – posição de adução dos membros superiores, em extensão, na altura da região peitoral, por 10 segundos;
- 2c) Musculatura flexora e extensora de membros superiores – Posição de flexão e extensão de punhos, por 10 segundos em cada posição;
- 2d) Musculatura posterior de coxas – posição de “abraçar joelhos”, por 10 segundos;
- 2e) Musculatura posterior de membros inferiores – posição de segurar em cada uma das duas pontas de uma atadura de crepe, passá-la na região plantar e erguer o membro inferior, em extensão, por 10 segundos.

3) Exercícios resistidos (fortalecimento) : Com uma bola semelhante à utilizada em brincadeiras infantis, realizar contração isotônica da mesma, em duas séries de 10 repetições cada :

- 3a) Entre os joelhos – fortalecimento de musculatura adutora;
- 3b) Entre os maléolos inferiores – fortalecimento de musculatura medial de membros inferiores;
- 3c) Sob a região plantar, no chão – fortalecimento de musculatura posterior de membros inferiores;
- 3d) Entre região súpero-anterior das coxas, em adução (joelhos encostados um no outro) e abdômen – fortalecimento de musculatura abdominal;
- 3e) Com os membros superiores flexionados à frente do corpo concomitantemente à flexão dos cotovelos a 90°, a bola entre os cotovelos flexionados – fortalecimento da musculatura peitoral e posterior de membros superiores;
- 3f) Com os membros superiores flexionados à frente do corpo, em extensão, as palmas das mãos paralelas uma à outra, a bola entre as palmas das mãos – fortalecimento de membros superiores, em geral.

4) Caminhada : Neste exercício, os idosos caminhavam ao redor do espaço interno do centro-dia, dispostos em fila e apoiando as mãos nos ombros do idoso que estava à sua frente, para fins de segurança e com vistas a uma boa postura dorsal e estabilidade de membros inferiores ao realizarem o passo, segundo minhas observações.

Obs. Este exercício foi uma exceção à série, pois, ao realizá-lo, houve “cooperação mútua” entre os idosos. No entanto, julguei-o valioso para trabalhar, especificamente com o grupo mais debilitado em termos motores, questões de equilíbrio dinâmico, postura em deambulação e marcha.

5) Relaxamento : (Sentados, de volta às cadeiras) Os idosos realizavam exercícios respiratórios (“respiração tranquila”), de inspiração (pelas narinas) e expiração (pela boca), associados a movimentos de abdução e adução de MMSS, ou seja, ao inspirarem, realizavam ao mesmo tempo abdução de MMSS e, ao expirarem, adução à posição original.

b) Para o grupo com cooperação mútua na realização dos exercícios (todos em ortostatismo, exceto o nº5 - “massagem”):

1) Mobilização articular : Em roda, de mãos dadas, movimentavam membros superiores (MMSS) – flexão e extensão – e membros inferiores (MMII) – flexão e extensão; na mesma posição, movimentavam tornozelos, realizando flexo-extensão e circundução para a direita e para a esquerda, flexo-extensão de joelhos e da articulação coxo-femoral;

2) Exercícios de estimulação do esquema corporal : Em duplas, eu realizava o comando : “peça para seu colega da frente erguer o braço direito/joelho esquerdo, inclinar a cabeça para a direita/esquerda, levantar o braço direito/esquerdo, mover o pé direito, levantar os dois braços ao lado/à frente”, etc. Cada um dos integrantes da dupla realizava a ordem e a recebia, executando-a;

3) Exercícios de lateralidade : Os idosos, dispostos em círculo, passavam uma bola para seu vizinho à direita, depois à esquerda, aumentando-se gradativamente a velocidade da passagem, segundo meu comando, além de prestarem atenção à visão periférica, no momento da passagem da bola, evitando-se olhá-la diretamente;

4) Transferências : Os idosos realizavam a transferência da postura “sentada” (em cadeiras, em roda) para “ortostatismo” e vice-versa, aumentando-se e diminuindo-se a velocidade da transferência, segundo meu comando, evitando-se o apoio das mãos nos joelhos para realizar os dois movimentos, isto é, sentar-se e levantar-se;

Obs. Apesar de este exercício não se valer da cooperação entre os idosos para sua realização, julguei-o importante, porque trabalha a prontidão corporal, a agilidade e o equilíbrio, fundamentais na promoção da melhora da movimentação global desses idosos.

5) Massagem (sentados): Os idosos sentavam-se numa fileira de cadeiras e realizavam massagem nos ombros do colega da frente; todos realizavam a massagem e eram massageados.

Cumprir acrescentar que houve três desistências ao longo do processo, todos por piora do quadro clínico global e por decisão familiar de institucionalização ou internação domiciliar com cuidadora formal.

3.4 - O trabalho com o grupo

Meu trabalho com o grupo começava logo na entrada do centro-dia. Acontecia uma vez por semana, às terças-feiras, das 13 às 15 horas. Ao chegar, o grupo já estava disposto em círculo no salão principal, seus integrantes já estavam sentados em cadeiras, realizando alguma atividade, geralmente “canto”. Terminavam a música, eu lhes era apresentada pelo coordenador do local e me dirigia a cada um, cumprimentava-os, e as cuidadoras logo tratavam de dividir o grupo: metade ficaria na sala comigo, para o início dos exercícios (n=7), e a outra metade (n=7) se dirigiria a outro espaço do centro-dia, com as

cuidadoras, para realizar outra atividade direcionada (pintura, por exemplo). Depois de uma hora, havia a inversão dos grupos, isto é, a metade que estava engajada em outra atividade vinha ao salão principal para realizar as atividades comigo, e o grupo que tinha terminado as atividades comigo dirigia-se a outro espaço do centro-dia para realizar uma atividade diversa, sempre acompanhados das cuidadoras do local.

Todos eles me foram empáticos, aceitaram o trabalho e se dedicavam aos exercícios propostos – eu os explicava sempre, a cada semana e sempre acrescentava alguma informação para que eles não perdessem o interesse.

Entretanto, houve algumas exceções durante a realização do meu trabalho: Da. Y. tinha muito sono, ao longo do dia todo, e o familiar responsável, seu esposo, após duas semanas, tirou-a do centro-dia e a manteve em seu domicílio, com uma cuidadora formal; outra senhora, Da. T., também saiu do centro-dia após três semanas, por questões particulares e manteve-se também no domicílio, com uma cuidadora formal; o Sr. L., apesar de sempre muito ansioso e agitado, conseguia realizar os exercícios, porém de forma entrecortada, pois eu precisava interromper os exercícios, constantemente, para tranquilizá-lo e fazer com que ele continuasse a executá-los com o grupo; ele também foi retirado do centro-dia por decisão da família e foi institucionalizado. Estas foram as três únicas desistências do trabalho e é importante afirmar que eles não saíram do meu projeto, mas do centro-dia.

E mais: os quatorze idosos foram atenciosos, dedicados, prestativos, extremamente “presentes”, interessados no trabalho, com uma única exceção, a Da. A. que sempre me questionava a respeito de cada exercício que eu propunha, em todos os encontros, pelos seis meses. Ela me questionava, mas não deixava de fazê-los e com precisão. Em alguns momentos, alguns deles se mostravam impacientes, por exemplo, na atividade da “massagem”, mas a realizavam até o final, em todos os encontros.

Ao longo dos seis meses, com a inversão dos grupos e dos protocolos, percebi o mesmo nível de engajamento à minha proposta. Davam-me a impressão de que queriam que eu os visse bem, com boa condição física, esforçavam-se na realização perfeita dos exercícios. No entanto, dois deles demonstraram dados novos; o Sr. I e a Sra. M.H. mostraram impaciência e irritabilidade, “vontade de ir embora” (SIC), na 2ª. fase de realização do protocolo, sinais clínicos típicos da doença, principalmente nos dois últimos meses.

Enfim, foi extremamente rico e interessante observar o nível de atenção, prontidão e disponibilidade dos idosos às propostas de exercício oferecidas.

3.5 - Sobre os testes e questionários utilizados

Os idosos e familiares foram submetidos aos seguintes testes e questionários, de acordo com a especificidade do instrumento de avaliação:

a) Para avaliação da funcionalidade :
1) “ <i>Teste Timed Up and Go</i> ” (TUG) - realizado pelo idoso;
2) “ <i>Questionário Pfeffer</i> ” - realizado pelo familiar;
b) Para avaliação da cognição :
1) “ <i>Mini-Exame do Estado Mental</i> ” (MEEM) – realizado pelo idoso;
2) “ <i>Teste de Fluência Verbal</i> ” (TFV) – realizado pelo idoso;
3) “ <i>Teste de Desenho do Relógio</i> ” (TDR) – realizado pelo idoso;
c) Para avaliação do comportamento :
1) “ <i>Inventário Neuropsiquiátrico</i> ” (NPI Cummings)– realizado pelo familiar;
2) “ <i>Escala de Depressão Geriátrica</i> ” (GDS) – realizado pelo idoso.

Quadro 1. Instrumentos de avaliação utilizados

- O “**Timed Up and Go Test**” (TUG) é um instrumento de simples avaliação de funcionalidade que avalia a mobilidade do

indivíduo (idoso), mais especificamente, estabilidade postural, marcha, oscilação e o comprimento de seu passo. O teste consiste em o idoso sentar-se numa cadeira, levantar-se, sem o auxílio das mãos para tal, andar à frente sobre uma linha que marca três metros de comprimento, no chão e, ao final, deve retornar e sentar-se à cadeira, sem o apoio das mãos. Cronometra-se o tempo, desde a saída da cadeira até o retorno (PODSIADLO, RICHARDSON, 1991).

- O **“Questionário Pfeffer”** é um instrumento de avaliação de atividades funcionais e avalia a autonomia funcional do indivíduo em atividades de vida diária (PFEFFER, 1987).

- O **“Mini-Exame do Estado Mental” (MEEM)** é um teste de rastreio agrupado em sete categorias que visam avaliar funções cognitivas específicas, tais como, orientação têmporo-espacial, registro de palavras, atenção, cálculo, memória, linguagem e capacidade visuoestrutiva (BRUCKI, 2003).

- O **“Teste de Fluência Verbal” (TFV)** é um teste de rastreio neuropsicológico, por meio do qual o idoso deve nomear animais e frutas no prazo de um minuto e fornece informações sobre a capacidade de armazenamento do sistema de memória semântica, do processamento de funções executivas, especialmente aquelas que se referem à capacidade de organizar o pensamento e às estratégias utilizadas para a busca de palavras (BRUCKI, 1997).

- O **“Teste do Desenho do Relógio” (TDR)** é uma medida neuropsicológica de rastreio cognitivo que avalia funções visuoestrutivas, visuoespaciais, representação simbólica e grafomotora, linguagem auditiva, memória semântica e funções executivas. Apresenta boa associação com outras medidas cognitivas, como o MEEM, razão pela qual tem sido empregado rotineiramente em baterias neuropsicológicas para rastreio de alterações cognitivas em indivíduos com Doença de Alzheimer. O idoso deve desenhar um mostrador de relógio, com os números e os ponteiros e marcar um

horário informado pelo entrevistador. Há uma variação : **“clox 1”** – o indivíduo faz o auto-desenho do relógio e **“clox 2”** – o indivíduo faz a cópia de um mostrador de relógio realizado pelo entrevistador (SUNDERLAND, 1989).

- O **“Inventário Neuropsiquiátrico NPI Cummings”** é um instrumento (questionário) validado e utilizado para a avaliação dos sintomas não cognitivos da Doença de Alzheimer, com dez itens: delírios, alucinações, irritabilidade, desinibição, agitação, ansiedade, depressão, euforia, apatia e alterações psicomotoras (CUMMINGS, 1994).

- A **“Escala de Depressão Geriátrica” (GDS)** é uma medida utilizada para o rastreamento de depressão em idosos, com perguntas fechadas que possibilitam respostas como “sim” ou “não” (YESAVAGE, 1983).

3.6 - Alguns referenciais teóricos e reflexões no caminho

Algumas questões suscitaram-me reflexões nesta pesquisa; como “ler”, interpretar o envelhecimento num idoso em processo de demência? Como este idoso se sente ? Como ele vê e percebe as pessoas e o mundo ao seu redor? Como interage com seus familiares, com a comunidade da qual faz parte? Através de qual filtro, qual lente? E eu, enquanto pesquisadora, como interpreto estes 14 idosos com os quais convivi por seis meses, nos encontros semanais? Para este idoso, o que representa e o que significa “ser tratado”? Ele, que vai se retirando aos poucos da vida social e vai penetrando gradativamente num universo particular, o da demência ... Vai se tornando, aos poucos, uma fonte de cuidados que são exercidos sobre ele, o que isso representa para a família? Qual é o tempo e lugar deste idoso? Onde ele se vê e em qual

época? (Lembro-me de um dos idosos do centro-dia que julgava ter 40 anos a menos e que estava, naquele momento, no pós – IIGGM...)

Pensando nas questões propostas para interpretação, fui buscar nas disciplinas apresentadas pelo programa de Gerontologia da PUC/SP alguns referenciais teóricos que pudessem guiar minha reflexão : o binômio saúde-doença, de CANGUILHEM (2000) , a contribuição do pensamento psicanalítico ao idoso dementado, proposto por Jack Messy, a interdisciplinaridade – o diálogo entre as disciplinas que pode ser capaz de gerar um olhar e uma prática terapêutica diferenciados para o indivíduo demente (doente da alma ?...).

O texto “O normal e o patológico”, do autor supracitado, com a observação do pensamento médico hegemônico do século XIX, faz uma crítica ao olhar direcionado para a “doença” e não para o “doente”, naquela época, e que ecoa até nós, hoje, em pleno século XXI, apesar de todas as transformações e evoluções socioculturais, tecnológicas, médicas e comportamentais ocorridas nas sociedades ocidental e oriental. A ideia do estado patológico como apenas uma modificação quantitativa do estado tido como normal, proposta pelo positivismo de Auguste Comte e por Claude Bernard, que foi refutada por Canguilhem ao dizer que “a doença é vida, é uma vida nova”... Este pensamento me remeteu à noção do “doente de Alzheimer”: qual é esta vida nova para a qual ele se dirige ? O idoso demente, tanto quanto um idoso que envelhece sem esta patologia, não é apenas o somatório de corpo, alma, mente e cérebro. É algo mais, pois é capaz de simbolizar, utilizar e/ou compreender, minimamente ou não, a linguagem, é capaz de sentir. É um sujeito, é um “corpo habitado”, sem dúvida.

Tive o privilégio de ter contato com o “idoso/demente/sujeito” nesta pesquisa, pude observar e interagir com 14 deles, mesmo com pouca orientação têmporo-espacial (a maioria deles não tinha consciência do dia/mês/ano atuais) e pouca memória recente (a maioria não se lembrava de mim na sessão de fisioterapia subsequente e alguns deles me diziam que estavam em outra década). No entanto,

apesar de nossos encontros pouco frequentes , o nível de participação e engajamento às atividades fisioterapêuticas propostas por mim era total, pois o corpo deles estava presente, estavam totalmente “habitados” por uma espécie de inteligência emocional e corpórea, uma vez que se mantinham atentos e tranquilos às minhas orientações, ao mesmo tempo que se mostravam colaborativos e realizavam todos os exercícios propostos da melhor forma possível.

Outro texto que me chamou a atenção foi “A pessoa idosa não existe” (MESSY, 1999) que me propiciou um olhar psicanalítico ao processo de envelhecimento, mais especificamente, ao envelhecimento do idoso com demência. O texto versa sobre as perdas (da beleza, da memória, da independência), sobre o idoso com Doença de Alzheimer não se reconhecer ao olhar-se no espelho, a idéia de que “o velho é o outro”, não se identificando consigo mesmo neste olhar, a angústia diante da proximidade da morte, de perder a vida.

Neste ponto, abro um parêntese para relatar que sempre tive a intuição de a demência ser como uma “fuga da vida real”, um afugentar-se, por não suportar algo traumaticamente ocorrido ou perdido. E também a idéia de “demência como refúgio”, isto é, o idoso se refugia num tempo-espaco agradável, belo, não sombrio, um tempo-espaco suportável e lá permanece.

Este olhar proposto por MESSY me reportou diretamente aos idosos com os quais trabalhei nesta pesquisa, pois, ao entrevistá-los, geralmente o que me diziam a respeito de suas vidas, de sua percepção de si mesmos e do mundo ao redor diferia muito dos relatos de seus familiares, o que me causava a seguinte dúvida : “eles estão refugiados num mundo próprio, numa verdade particular ou seus familiares não os enxergam como realmente são, com seus desejos próprios ? Quem diz a verdade, o idoso ou o familiar ?”

O texto “Escrita de uma memória que não se apaga” de MUCIDA (2009) também me propiciou reflexões a respeito do envelhecimento,

principalmente do envelhecimento do indivíduo que deflagra um processo de demência. Neste texto, o envelhecimento é descrito como uma escrita, contínua, tecida com os fios do tempo, no singular (eu-sujeito). Desse modo, reflito como esses 14 idosos, cada um com sua história e trajetória de vida particular, digna, teceram suas vidas até chegarem àquele momento: internos de um centro-dia, afastados da realidade prática do dia a dia, mas todos engajados numa tentativa de manter sua dignidade de seres humanos. Era assim que eu os via : bem-vestidos, vaidosos (especialmente as mulheres), comunicativos (em sua maioria), colaborativos ao meu trabalho.

O terceiro referencial teórico que me interessou nesta pesquisa foi a ideia de “interdisciplinaridade”, tão cara à Gerontologia.

Observei, *in locu*, como as várias atividades e abordagens clínicas, artísticas e recreativas, proporcionadas aos idosos do centro-dia, favoreceram e repercutiram positivamente no ótimo estado global em que eles se encontravam, corroborado por relato de familiares, das cuidadoras e dos coordenadores do local, de que a maioria deles gostava muito de ir ao centro-dia e passar um tempo lá. Eu observava e era informada pelas cuidadoras do local que todos eles, sem exceção, sentiam-se muito bem e satisfeitos por estarem naquele local. A socialização era intensa e de ótimo nível, auxiliada por, no mínimo, duas cuidadoras com o grupo em atividade. A ação das várias abordagens disciplinares em uso, naquele local, não exatamente em “diálogo”, mas em consonante harmonia, foi capaz de resultar em estados de tranquilidade, bem-estar e alegria para os idosos dementados, segundo minha própria observação.

Eis as referidas abordagens disciplinares utilizadas no centro-dia: fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, enfermagem, geriatria, gerontologia, psicologia, nutrição, musicoterapia, arteterapia (dança sênior), pet terapia (terapia com animais) e leituras (“leitura de jornal” realizada por uma jornalista voluntária), além das atividades

distribuídas ao longo do dia e da semana, conforme organograma interno do local.

4 - RESULTADOS

Foi utilizado o programa SPSS 17.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) para realizar este trabalho.

Para realizar a análise classificatória de desempenho dos idosos nos testes, a “análise dos grupos”, aplicou-se o SPAD (*Système Portable d’Analyse des Données*) com apenas 11 sujeitos da amostra (não o total inicial de 14 sujeitos), uma vez que, nesse tipo de análise, todos os indivíduos devem estar presentes em todas as fases observadas e apenas 11 deles as cumpriram, já que três saíram do grupo, por motivos já esclarecidos.

A fim de comparar os resultados de todos os testes aplicados nos sujeitos da amostra, utilizou-se o *teste de Friedman*. A escolha deste teste não-paramétrico se deu em decorrência do pequeno tamanho da amostra ($n=14$) e do objetivo deste trabalho, que é o de comparar os mesmos sujeitos em três momentos diferentes. Todos os resultados mostraram que, em apenas um deles, no questionário “GDS” (Escala de Depressão Geriátrica), houve diferença significativa ($p < 0,05$).

Entretanto, ao observarmos os resultados da amostra, podemos verificar que, na maioria dos testes, houve melhora nos valores da 1ª fase para a 2ª fase de análise. Por outro lado, as diferenças foram pequenas da 2ª para a 3ª fase.

A análise descritiva da amostra demonstra, especificamente, os seguintes dados:

1) Na **figura 1**, as médias obtidas pelos idosos nas três fases de avaliação pelo teste de funcionalidade, o “TUG Test”, demonstraram que, na 2ª fase (ao meio do processo de intervenção), a média foi a menor de todas, considerando o melhor momento de desempenho alcançado pelos idosos, pois, quanto menor este valor, melhor o resultado); da 2ª para a 3ª Fase, a média aumentou, demonstrando uma leve piora. No entanto, a média da 3ª fase ainda foi inferior (melhor), comparando-a à 1ª. fase;

2) Na **figura 2**, as médias obtidas pelos idosos nas três fases de avaliação pelo “Questionário Pfeffer”, também de funcionalidade, demonstraram que, na 2ª fase (meio do processo), houve o melhor momento de interpretação dos idosos pelos seus familiares, com o menor valor alcançado (quanto menor o valor, melhor o resultado). Como no teste anterior (TUG), houve piora da 2ª para a 3ª fase, não de forma leve, mas acentuada; no entanto, a média da 3ª fase ainda foi inferior à da 1ª. fase (melhor), como no “TUG”;

3) Na **figura 3**, as médias obtidas pelos idosos nas três fases de avaliação do “MEEM”, teste de cognição, confirmaram que houve uma pequena melhora nos resultados da 1ª para a 2ª fase, mas a 3ª fase (a última) foi a melhor de todas (maior valor), pois, como já referido, neste teste, quanto maior o valor da pontuação, melhor o resultado;

4) Na **figura 4**, as médias obtidas pelos idosos nas três fases de avaliação do TFV, teste de cognição, mostraram que houve melhora da 1ª para a 2ª fase e da 2ª para a 3ª fase (quanto maior a pontuação, melhor o resultado do teste), mas o melhor desempenho foi a comparação da 1ª. fase com a 3ª, que foi a melhor de todas;

5) Na **figura 5**, as médias obtidas pelos idosos nas três fases de avaliação do TDR/Clox 1, teste de cognição, revelaram uma considerável melhora da 1ª fase para a 2ª fase e uma leve piora da 2ª para a 3ª. fase, pois quanto maior o valor da pontuação obtida, melhor o resultado; portanto, a melhor fase do teste foi a 2ª. fase;

6) Na **figura 6**, as médias obtidas pelos idosos nas três fases de avaliação do TDR/Clox 2, teste de cognição, atestaram que houve uma piora da 1ª para a 2ª. Fase; no entanto, houve uma considerável melhora da 2ª para a 3ª. fase, a melhor de todas;

7) Na **figura 7**, as médias obtidas pelos idosos nas três fases de avaliação do GDS, questionário de avaliação comportamental, demonstraram que houve uma piora da 1ª fase para a 2ª fase, pois quanto maior a pontuação pior o resultado; no entanto, houve uma expressiva melhora da 2ª para a 3ª. fase, retornando-se quase aos mesmos valores iniciais, os menores (melhores). Daí que podemos dizer que houve uma melhora dos sintomas depressivos da 1ª fase para a 3ª, segundo a visão do próprio idoso.

Este foi o único teste que apresentou diferença significativa, pela análise do teste de Friedman (nível de significância < 0,05).

8) Na **figura 8**, as médias obtidas pelos idosos nas três fases de avaliação do NPI, questionário de avaliação comportamental, comprovaram que houve uma piora da 1ª fase para a 2ª Fase, e uma pequena melhora da 2ª para a 3ª, visto que a menor pontuação é a melhor (sintomas neuropsiquiátricos menos expressivos). Dessa maneira, podemos dizer que houve uma pequena melhora da 2ª fase para a 3ª Fase, mas uma piora da 1ª para a 3ª fase, ao longo do processo, segundo a visão do familiar responsável.

Gráficos do Teste e do Questionário de Funcionalidade

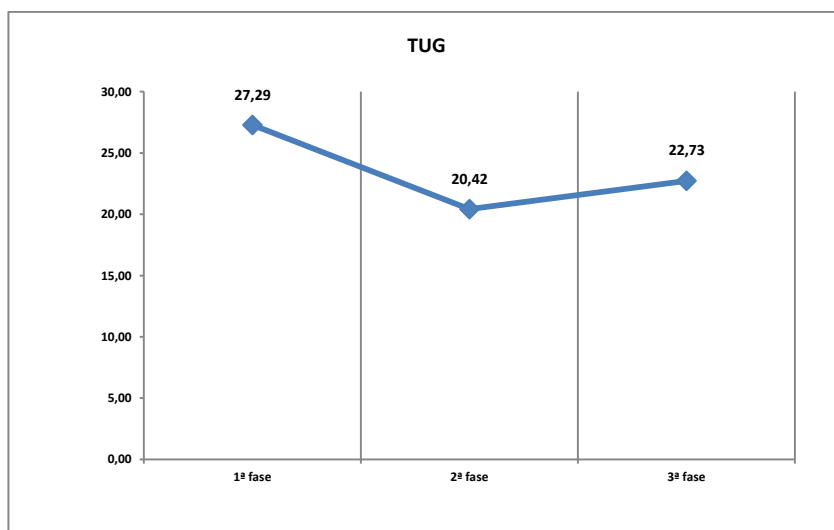


Figura 1. Médias do desempenho dos idosos analisados nas 3 fases do Tug Test. Quanto menor a pontuação obtida, melhor a funcionalidade do idoso. **(Melhor momento do teste = 2ª Fase)**

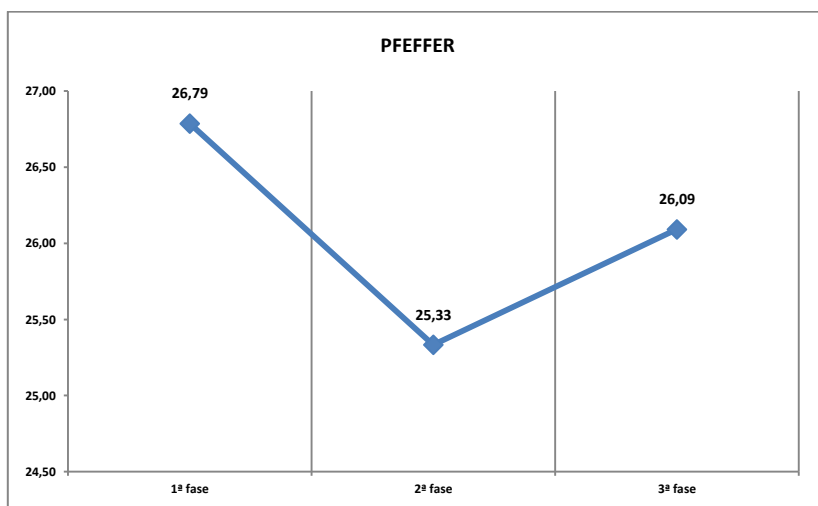


Figura 2. Médias do desempenho dos idosos analisados nas 3 fases do Questionário Pfeiffer. Quanto menor a pontuação obtida, melhor a funcionalidade do idoso. **(Melhor momento do teste=2ª fase)**

Gráficos dos Testes de Cognição

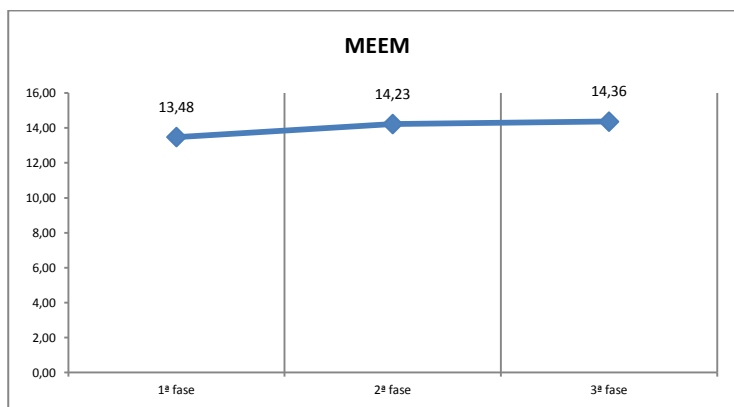


Figura 3. Médias do desempenho dos idosos nas 3 fases do MEEM. Quanto maior a pontuação obtida, melhor a cognição do idoso.
(Melhor momento do teste = 3ª fase)

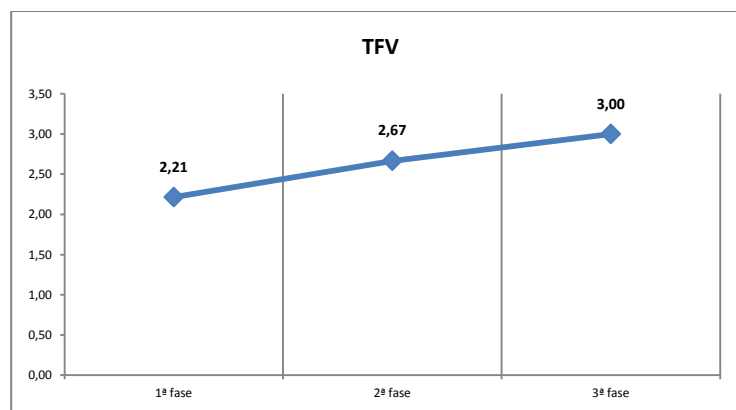


Figura 4. Médias do desempenho dos idosos nas 3 fases do TFV. Quanto maior a pontuação obtida, melhor a cognição do idoso.
(Melhor momento do teste = 3ª fase)

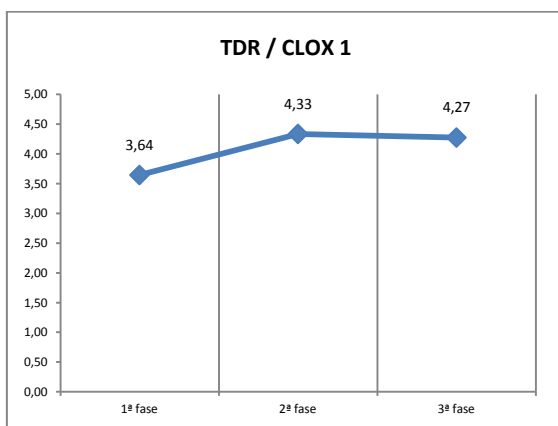


Figura 5. Médias do desempenho dos idosos no TDR/Clox 1. Quanto maior a pontuação, melhor a cognição.
(Melhor momento do teste = 2ª fase)

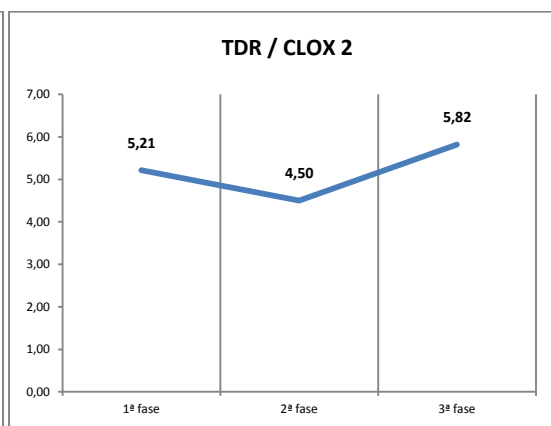


Figura 6. Médias do desempenho dos idosos no TDR/Clox 2. Quanto maior a pontuação, melhor a cognição.
(Melhor momento = 3ª fase)

Gráficos dos Questionários de Comportamento

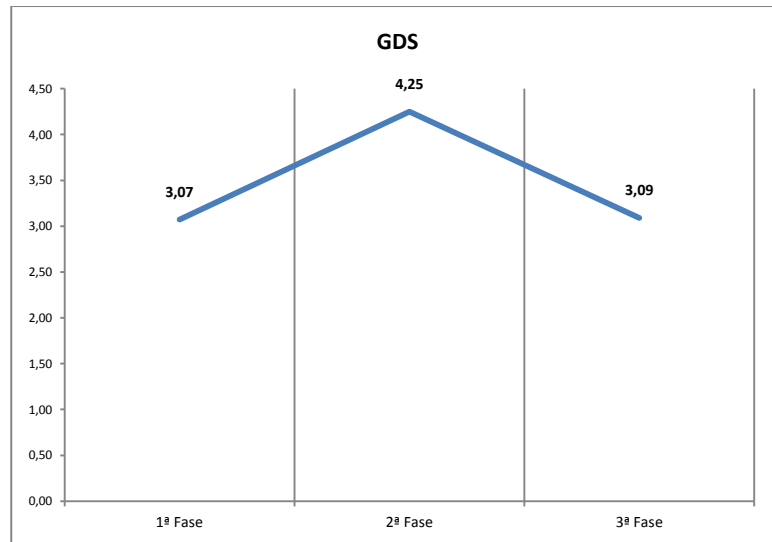


Figura 7. Médias do desempenho dos idosos nas 3 fases do GDS. Quanto menor a pontuação, melhor o resultado (menor probabilidade de depressão).
(Melhor momento do teste = 1ª fase, próxima à 3ª fase)

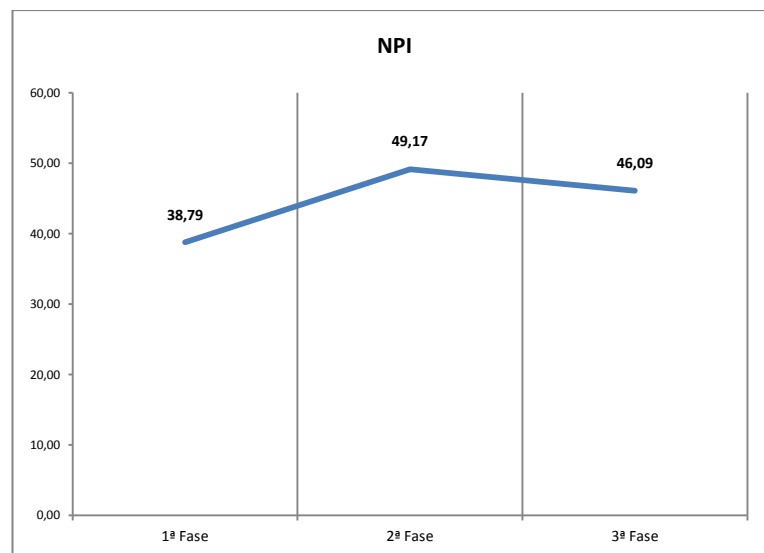


Figura 8. Médias do desempenho dos idosos nas 3 fases do NPI. Quanto menor a pontuação, melhor o resultado. (sintomas neuropsiquiátricos menos expressivos)
(Melhor momento do teste = 1ª fase)

Já a análise de desempenho dos idosos, nos testes realizados, identificou três agrupamentos ou “tipologias”, quais sejam: **Grupo 1**, **Grupo 2 e Grupo 3** :

Tabela 1. Médias nos testes por grupos

		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Funcionalidade	TUG - 1ª fase	18,75	15,67	31,25	22,45
	TUG - 2ª fase	15,25	17,33	26,75	20,00
	TUG - 3ª fase	15,50	14,33	36,25	22,73
	PFEFFER - 1ª Fase	14,88	22,33	10,19	15,20
	PFEFFER - 2ª Fase	12,63	21,67	10,33	14,65
	PFEFFER - 3ª Fase	14,25	22,33	8,50	14,36
Cognição	MEEM - 1ª fase	2,50	5,67	0,50	2,64
	MEEM - 2ª fase	2,25	7,00	0,50	2,91
	MEEM - 3ª fase	2,50	6,67	0,75	3,00
	TFV - 1ª fase	3,50	8,00	2,00	4,18
	TFV - 2ª fase	4,75	8,33	5,25	5,91
	TFV - 3ª fase	5,00	8,00	1,75	4,64
	TDR/Clox1/1a.fase	3,50	8,00	2,00	4,18
	TDR/Clox1/2a.fase	5,00	8,00	1,75	4,64
	TDR/Clox1/3a.fase	3,50	9,67	1,00	4,27
	TDR/Clox2/1a.fase	4,75	8,33	5,25	5,91
	TDR/Clox2/2a.fase	3,75	9,67	1,75	4,64
	TDR/Clox2/3a.fase	5,25	9,67	3,50	5,82
Comportamento	GDS- 1ª Fase	27,75	24,33	26,75	26,45
	GDS- 2ª Fase	22,75	24,33	29,00	25,45
	GDS- 3ª Fase	25,00	25,33	27,75	26,09
	NPI - 1ª Fase	35,50	44,67	25,25	34,27
	NPI - 2ª Fase	42,75	59,67	40,50	46,55
	NPI - 3ª Fase	44,75	62,67	35,00	46,09

Tabela 2. Densidades = Médias dos grupos/ Médias do Total

		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Funcionalidade	TUG - 1ª fase	0,84	0,70	1,39	1,00
	TUG - 2ª fase	0,76	0,87	1,34	1,00
	TUG - 3ª fase	0,68	0,63	1,60	1,00
	PFEFFER - 1ª Fase	1,05	0,92	1,01	1,00
	PFEFFER - 2ª Fase	0,89	0,96	1,14	1,00
	PFEFFER - 3ª Fase	0,96	0,97	1,06	1,00
Cognição	MEEM - 1ª fase	0,98	1,47	0,67	1,00
	MEEM - 2ª fase	0,86	1,48	0,71	1,00
	MEEM - 3ª fase	0,99	1,55	0,59	1,00
	TFV - 1ª fase	0,95	2,15	0,19	1,00
	TFV - 2ª fase	0,77	2,41	0,17	1,00
	TFV - 3ª fase	0,83	2,22	0,25	1,00
	TDR/Clox1/1a.fase	0,84	1,91	0,48	1,00
	TDR/Clox2/1a.fase	1,08	1,73	0,38	1,00
	TDR/Clox1/2a.fase	0,82	2,26	0,23	1,00
	TDR/Clox2/2a.fase	0,80	1,41	0,89	1,00
	TDR/Clox1/3a.fase	0,81	2,08	0,38	1,00
	TDR/Clox2/3a.fase	0,90	1,66	0,60	1,00
Comportamento	GDS- 1ª Fase	0,71	1,06	1,24	1,00
	GDS- 2ª Fase	0,73	0,82	1,40	1,00
	GDS- 3ª Fase	1,05	0,75	1,13	1,00
	NPI - 1ª Fase	1,04	1,30	0,74	1,00
	NPI - 2ª Fase	0,92	1,28	0,87	1,00
	NPI - 3ª Fase	0,97	1,36	0,76	1,00

-Grupo 1 (N=4/ Idosos : Sra. A.B., Sra. M.M., Sra. M.O., Sra. Y.K.)

Por meio da análise da Tabela 2 (densidades), podemos observar que :

- **Item “Funcionalidade” :**

1) “TUG” (feito pelo idoso)

- 1ª. fase – Pontuação Intermediária (entre a pior e a melhor pontuação);

- 2ª.fase - Baixa pontuação = Resultado Bom **(pois menores valores, neste teste, representam melhores resultados);**
- 3ª. fase – Pontuação Intermediária.

2) “Pfeffer” (feito pelo familiar)

- 1ª. fase – Pontuação alta = Resultado Ruim **(pois maiores valores, neste teste, representam piores resultados);**
- 2ª. fase – Baixa pontuação = Resultado Bom;
- 3ª. fase – Baixa pontuação = Resultado Bom.

Resumo : Grupo 1/”Funcionalidade” : RESULTADO MISTO.

- 3 “resultados bons”(2 feitos pelo familiar e 1 pelo idoso);
- 2 “resultados intermediários” (feitos pelo idoso);
- 1 “resultado ruim” (feito pelo familiar).

- **Item “Cognição” - RESULTADO MISTO :**

- Todas pontuações nos testes foram intermediárias, nas 3 fases, exceto um valor (Clox2/1ªfase, baixa pontuação = resultado ruim).

- **Item “Comportamento” – RESULTADO MISTO :**

- Todas pontuações nos testes apresentaram valores intermediários, exceto dois: GDS/1ª e 2ª. fases, com baixa pontuação = resultado bom.

Daí que, resumindo :

- “Grupo 1” - Na “Funcionalidade” - Resultado Misto;**
- Na “Cognição” - Resultado Misto;**
- No “Comportamento” - Resultado misto.**

- **Grupo 2** (N=3/Idosos : Sr. A.A., Sr. P.W., Sr.W.I.)

- **Item “Funcionalidade”** : Todos os testes apresentaram baixas pontuações, nas 3 fases = **BOM RESULTADO**.
- **Item “Cognição”** :Todos os testes apresentaram valores altos (MEEM/TFV/TDR-Clox 1 e 2, em todas as fases) = **BOM RESULTADO (pois maiores valores, nestes testes, representam melhores resultados);**
- **Item “Comportamento”**
 - 1) “GDS” (**referido pelo idoso**)- Todas as fases com baixas pontuações = **BOM RESULTADO (pois, neste teste, menores valores representam melhores resultados);**
 - 2) “NPI” (**referido pelo familiar**) - Todas as fases com altas pontuações =**RESULTADO RUIM (pois, neste teste, maiores valores representam piores resultados).**

Daí que, resumindo :

“Grupo 2” - Na “Funcionalidade” - Bom resultado;
- Na “Cognição” - Bom resultado;
- No “Comportamento” - Bom resultado (quando auto-referido/”GDS”) e
- Resultado ruim (quando referido pelo familiar/”NPI”).

- **Grupo 3** (N=4/Idosos : Sra. C.W., Sra. M.H., Sra. T.O., Sr. F.M.)

- **Item “Funcionalidade”**: Todos os testes apresentaram valores altos, em todas as fases = **RESULTADO RUIM**.
- **Item “Cognição”**: Todos os testes apresentaram valores baixos, em todas as fases = **RESULTADO RUIM**.
- **Item “Comportamento”**:

1) “GDS” : Valores altos em todas as fases = **RESULTADO RUIM;**

2) “NPI” : Valores baixos em todas as fases = **BOM RESULTADO.**

Daí que, resumindo :

“Grupo 3” - Na “Funcionalidade” - Resultado ruim;

- Na “Cognição” - Resultado ruim;

- No “Comportamento” - Resultado ruim (quando auto-referido/”GDS”) e

- Bom resultado (quando referido pelo familiar/”NPI”).

Figura 9. Média da Idade nos grupos

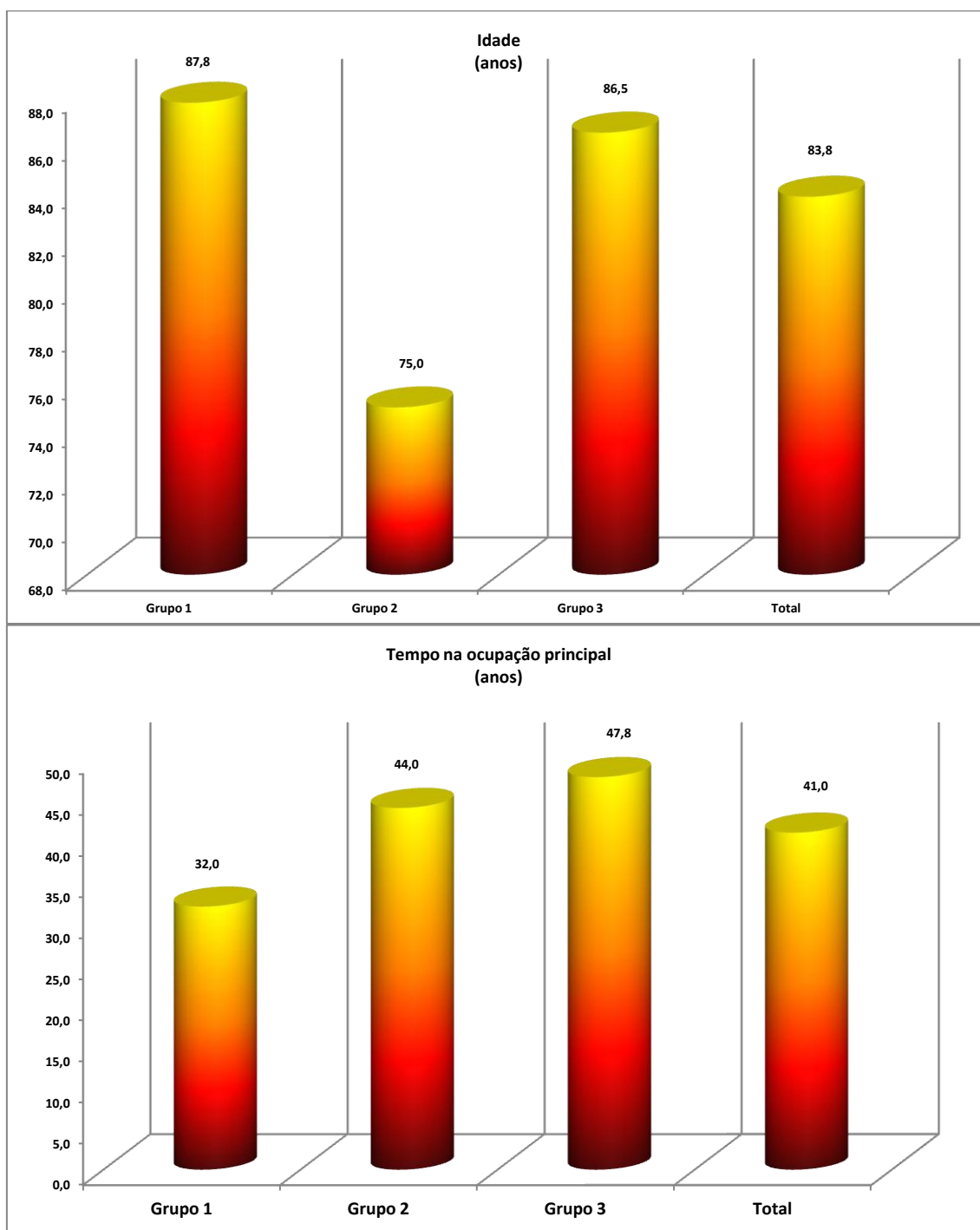


Figura 10. Tempo na ocupação principal nos grupos

5) DISCUSSÃO

A análise descritiva da amostra aponta-nos algumas considerações, observadas nas três fases analisadas:

- 1ª Fase - Antes da aplicação do protocolo;
- 2ª fase - Ao meio do processo (aos três meses) e
- 3ª fase - Ao final do processo de intervenção (aos seis meses), que serão descritas a seguir.

Análise das fases :

Não se pode deixar de mencionar que, pela análise dos gráficos dos testes (Figuras 1 a 8), o fato de a **“1ª fase” das avaliações** ter sido realizada **antes do início de aplicação do protocolo**, ou seja, num momento em que o “contato afetivo” entre mim e os idosos ainda não havia acontecido, pode ser uma explicação para os resultados desta fase não terem sido os melhores (com exceção do “NPI”, de sintomas neuropsiquiátricos referido pelo familiar daquele que apresentou seu melhor resultado nesta fase).

Na **“2ª fase” das avaliações**, já havia decorrido três meses de trabalho (meio do processo) e a relação estabelecida de respeito, acolhida e afeto já se evidenciava entre mim e os idosos o que talvez, possa ter influenciado os valores de melhores pontuações desta fase em alguns dos testes (três deles): TUG, Pfeffer – funcionalidade – e TDR/Clox 1 – cognição); e ainda, na **“3ª fase” das avaliações** (aos seis meses), minha relação com os idosos já estava consolidada, portanto a sensação e impressão de que eu estava lá, com eles, para propor algo que ia lhes proporcionar algum bem, de alguma forma, talvez possa ter influenciado nos resultados que se apresentaram melhores nesta fase em outros testes (a maior parte deles, em quatro): MEEM,TFV, TDR/Clox 2 – cognição – e GDS – comportamento.

1) Sobre a Funcionalidade

Ao longo do período de intervenção (seis meses), a funcionalidade dos idosos apresentou tendência à melhora, durante o processo (três meses) tanto pelo teste aplicado neles (“TUG”) quanto pelo questionário de avaliação funcional respondido pelo familiar responsável (“Pfeffer”). Do meio do período ao final do processo, houve tendência à piora nas duas referidas avaliações, de forma leve, como se observa na Figura 1 (realizada pelo idoso) e de forma acentuada, como mostra a Figura 2 (realizada pelo familiar).

Explico melhor: se observarmos as mesmas figuras (1 e 2), comparando-se as três fases, podemos dizer que houve uma tendência à melhora não só no desempenho funcional dos idosos, mas também avaliação feita pelos familiares da 1ª fase para a 2ª fase, pois, quanto menores os valores, melhores os resultados desses dois instrumentos; e houve tendência à piora em ambas as figuras da 2ª fase para a 3ª fase, pois, quanto maiores os valores, piores os resultados, nesses dois instrumentos de avaliação.

No entanto, se compararmos a 3ª fase com a 1ª fase das duas figuras, percebe-se uma tendência à estabilização, pois os valores finais de ambas as figuras (3ª fase) estão numa posição intermediária aos valores da 1ª e da 2ª fases, de ambas as figuras.

2) Sobre a Cognição

Durante o período de intervenção, a cognição dos idosos apresentou uma tendência a um melhor desempenho ao final do processo (3ª fase), em 3 das 4 avaliações realizadas : MEEM, TFV e TDR/Clox 2, exceto na avaliação do TDR/Clox 1, que teve seu melhor valor ao meio do processo (aos três meses).

Nos três referidos testes, o maior valor representava o melhor resultado.

Na avaliação dos instrumentos MEEM e TFV, o melhor desempenho se deu quando se comparou a 1ª fase (início do processo) com a 3ª fase (final do processo).

A avaliação do instrumento TDR/Clox 2 mostrou considerável piora nos valores da 1ª Fase, comparando-se com a 2ª Fase, mas, em contrapartida, tendeu a uma sensível melhora da 2ª fase para a 3ª fase, a melhor de todas.

Já na avaliação do instrumento TDR/Clox 1, observou-se tendência a uma considerável melhora nos valores da 1ª fase para a 2ª fase (esta de melhor valor) e leve piora da 2ª para a 3ª fase.

3) Sobre o Comportamento

O comportamento dos idosos, ao longo do período de intervenção, apresentou, pela observação do instrumento de avaliação comportamental de rastreio de depressão (GDS), respondido pelo idoso, uma piora da 1ª fase para a 2ª fase, mas uma melhora significativa (nível de significância $< 0,05$) da 2ª para a 3ª fase.

Desse modo, podemos dizer que, efetivamente, houve uma expressiva melhora nos sintomas depressivos, comparando-se a 1ª fase (início) com a 3ª fase (final), ou, em outras palavras, ao longo do processo de intervenção, a depressão apresentou melhora, diminuiu seus níveis, na autoavaliação do idoso.

No entanto, se observarmos o outro instrumento de avaliação comportamental de rastreio de sintomas neuropsiquiátricos utilizado (NPI), respondido pelo familiar, observamos que o melhor desempenho ocorreu na 1ª fase da intervenção; houve uma piora da 1ª fase para a 2ª Fase, e uma leve melhora da 2ª para a 3ª fase.

Tal diferença nos resultados, em dois testes de rastreio comportamentais, um de rastreio de depressão, e outro, de sintomas neuropsiquiátricos, incluindo a depressão, quanto ao fato de o teste ser autorresponsivo (1º. Caso/Figura 7) e ser respondido pelo familiar responsável (2º. Caso/Figura 8) nos sugere uma questão, previamente mencionada neste trabalho : qual é a percepção mais fiel da “verdade” do que o idoso sente ? É sua autoexpressão (pelas respostas ao questionário GDS) ou é a observação do familiar a seu respeito (pelas respostas ao questionário NPI)? Fica aqui a dúvida.

Importante ressaltar que o grupo completo trabalhado (n=14) não recebeu unicamente as minhas abordagens como intervenção terapêutica (conforme já mencionado no texto), visto o cronograma ser repleto de atividades terapêuticas e recreativas (como todo centro-dia). Assim, não é possível afirmar, com garantia, que os resultados alcançados se devam apenas à ação do meu programa de intervenção, individualmente, ou ao somatório das atividades propostas aos idosos.

A análise classificatória de desempenho dos idosos nos testes realizados, estatística, feita pelo *SPAD (Système Portable d'Analyse des Données)*, agrupou-os em três grupos (ou tipologias) de desempenhos alcançados : Grupo 1, Grupo 2 e Grupo 3. (O número de idosos avaliado foi apenas 11, decorrente da necessidade de esta análise ter todos os participantes presentes em todas as fases e apenas 11 estiveram presentes nas três fases de teste, por motivos já previamente esclarecidos.)

O “Grupo 1” de idosos (n=4, Sra. A.B., Sra. M.O., Sr. M.M. e Sra. Y.K.) apresentou “resultado misto” – nem bom nem ruim – nos três aspectos avaliados: funcionalidade, cognição e comportamento.

O “Grupo 2” de idosos (n=3, Sra. A.A., Sr. P.W. e Sr. W.I.) demonstrou “bom resultado” nos aspectos: funcionalidade, cognição e comportamento, quando autorreferido (“GDS”). Foi o grupo de idosos de

melhor desempenho nos testes. Apresentou “resultado ruim” apenas no item “comportamento”, quando referido pelo familiar (“NPI”).

O “Grupo 3” de idosos (n=4, Sra. C.W., Sra. M.H., Sra. T.O. e Sr. F.M.) foi o de pior desempenho nos aspectos funcionais, cognitivos e comportamentais, quando autorreferido (“GDS”), tendo apresentado “bom resultado” apenas no item “comportamento”, quando referido pelo familiar (“NPI”).

Outra observação que se pode fazer, pela análise da **Figura 9** (idade) dos três grupos, é a relação entre idade e desempenho nos testes: o grupo que apresentou melhor pontuação e desempenho nos testes, em geral, foi o grupo de idosos “mais jovens” (Grupo 2, com média de idade de 75 anos), ou seja, a idade (mais jovem) pode ser capaz de influenciar positivamente as áreas funcionais, cognitivas e comportamentais e, pela análise da **Figura 10** (tempo de ocupação), observamos que, tanto o grupo de melhor desempenho geral nos testes (grupo 2) quanto o de pior desempenho (grupo 3), tiveram muitos anos de ocupação ao longo da vida, concluindo-se, com isso, que a quantidade de tempo dedicado ao trabalho, ao longo da vida, pode não ser um fator definidor da *performance* funcional, cognitiva e comportamental. No entanto, há que se dizer que a generalização, aqui, destes dois últimos dados (idade e tempo na ocupação principal) é temerária, visto o número reduzido de idosos pesquisados (n=11).

Minha percepção a respeito do trabalho desenvolvido, de forma geral, é que houve, sim, uma melhora nos aspectos comportamentais (de humor, percepção de depressão) ao longo do processo, conforme corroborado pela análise estatística realizada (no “GDS”, houve melhora significativa, com $p < 0,05$).

Os idosos estavam, a cada sessão, mais engajados, presentes, atentos e de bom humor, ao realizar os exercícios. Além disso, buscavam cumpri-los de forma cada vez mais elaborada, seguindo meu estímulo de comando e incentivo.

No entanto, quanto aos “sintomas neuropsiquiátricos”, percebi ansiedade (pressa em terminar os exercícios) e irritabilidade (“para que estou fazendo isso ?”) em alguns deles (uma minoria), que se manifestaram em todo o período dos seis meses de intervenção. Não notei nem melhora, nem piora. Um exercício em que verifiquei estar bem evidente a ansiedade foi durante a “massagem”: queriam terminá-la logo. Talvez a ideia e sensação do “toque”, de serem tocados (em ombros, apenas) tenha produzido tal sentimento, apesar de se notar também, concomitantemente, que isto os relaxava (a maioria deles).

Quanto aos aspectos funcionais e cognitivos, não notei nenhuma variação, efetivamente, ao longo do processo de intervenção: como em todos os exercícios desenvolvidos, mostravam-se atentos, presentes e mobilizando seus aspectos motores e cognitivos de forma concentrada. Dessa forma, cada exercício proposto era feito com o máximo de dedicação, cada qual com seu grau de dificuldade. No entanto, nunca deixavam de concluí-los.

O exercício que mobilizou mais aspectos cognitivos na sua compreensão e execução e, também, o que apresentou maior grau de dificuldade foi o de “estimulação do esquema corporal”, no qual, em duplas, tinham que “dar um comando” e “executar o comando proposto”, cada um de uma vez. Ou seja, num momento, um da dupla comandava e o outro realizava o comando e, no momento seguinte, invertiam-se os papéis. Entretanto, eu os auxiliava e encorajava, mesmo com suas dificuldades, o que lhes causava sensação de “completude na execução da tarefa proposta”. Foi o que percebi, ao longo de todo o processo.

No que diz respeito à questão das “diferenças entre os dois grupos” que receberam os dois diferentes protocolos (subgrupo dos idosos de maior risco de quedas e de menor risco de quedas), com as duas variações propostas, de posicionamento físico (sentados e em ortostatismo) e de cooperação mútua (com e sem cooperação na execução dos exercícios), a única diferença observada foi a dificuldade maior dos idosos de maior risco de quedas na realização de todos os

exercícios em ortostatismo; no entanto, demonstravam empenho na execução de todos eles. O fato de cooperarem, auxiliarem-se durante os exercícios ou não, não foi um fator diferencial na abordagem proposta, a meu ver, uma vez que, mesmo quando estavam realizando os exercícios individualmente (sem cooperação mútua), comunicavam-se e interagiam comigo, procedimento que os auxiliava nas atividades.

Não tive nenhuma outra percepção quanto às diferenças entre os grupos, além de verificar que eles gostavam de realizar todas as atividades, de forma geral, sentados ou em ortostatismo, com cooperação mútua ou sem.

A atualização bibliográfica realizada nas bases de dados Pubmed, Medline, SciELO e busca manual, no período de 2010 a 2013, com os descritores demência, fisioterapia, gerontologia, funcionalidade, cognição e comportamento, nos fornece s algumas informações interessantes, algumas delas novas, outras em consonância com minha pesquisa.

Uma informação nova, que julguei pertinente foi a pesquisa de MELROSE (2011) que diz que o hipometabolismo de regiões cerebrais à direita, envolvidas no funcionamento executivo, processamento visuoespacial, atenção e memória de trabalho, estão no cerne das disfunções funcionais em pacientes com Doença de Alzheimer.

De acordo com SUTTANON et al. (2012), os indivíduos com DA, todos com disfunção de mobilidade e de equilíbrio, podem se beneficiar com um “Programa de Intervenção Motora” para melhora de flexibilidade, força, equilíbrio e agilidade, com o objetivo de reduzir a piora ou de preservar a funcionalidade (CANONICI, 2012), além de melhorar a resistência e as limitações de mobilidade (ROACH et al., 2011) como houve nesta pesquisa, na “análise dos grupos”, em que o grupo 2 apresentou bons resultados em seus aspectos funcionais

Já para RAZANI et al. (2011), muito é pesquisado sobre padrões de *déficit* cognitivo na DA mas pouco é investigado sobre padrões de *déficit* funcional nas atividades de vida diária (AVDs) em indivíduos com DA,

como foi averiguado nesta pesquisa, de certa forma, com a utilização do “Questionário Pfeffer”, referente à funcionalidade.

Uma pesquisa que apresentou consonância com esta foi a de VIOLA (2010), que estudou o efeito de um programa multiprofissional, não farmacológico, de estimulação funcional e cognitiva em idosos com DA de leve a moderada, tendo apresentado, como resultado, melhora significativa nos sintomas depressivos, como nesta pesquisa, ($p=0,002$) pela avaliação do “GDS”, sem informar, no entanto, qual foi o programa de exercícios utilizado.

Outro artigo que nos informa a respeito da importância e eficácia de um programa de reabilitação com exercícios (quais ?...) para melhora de resistência, equilíbrio e força sobre a mobilidade e a funcionalidade em indivíduos com DA é o de PITKALA et al. (2010), em concordância com os objetivos do protocolo aplicado nesta pesquisa.

GARUFFI et al.(2010) nos explica sobre a ação benéfica do exercício físico, como um tratamento não farmacológico para a DA, resultando em efeitos positivos na cognição, redução nos distúrbios de comportamento e melhora na função motora desses pacientes.

Cabe acrescentar que a idéia de “exercício físico” e “programa de intervenção motora”, como proposta de tratamento não farmacológico para melhorar aspectos motores, cognitivos e comportamentais, para idosos com DA de leve a moderada, pode conter similaridades na sua apresentação, como considero nesta pesquisa; é um programa de intervenção motora e, ao mesmo tempo, não deixa de ser uma proposta de atividade física, fisioterapêutica, com trabalho de alongamentos, dentre outros.

A idéia de a atividade física ser capaz de alterar o impacto causado em idosos com DA na cognição, no comportamento (humor) e na funcionalidade (AVDs), com a utilização da “caminhada”, que provocou melhora nas pontuações do MEEM (cognição), conforme WINCHESTER et al.(2013), tem consonância com este estudo, com a melhora da cognição no “grupo 2”, que também apresentou boas pontuações no MEEM, após a intervenção fisioterapêutica proposta.

Outro artigo muito interessante foi o de VIOLA (2011) sobre os efeitos na cognição e nos sintomas neuropsiquiátricos de um programa de reabilitação multidisciplinar (com a fisioterapia como uma das abordagens profissionais) em idosos com DA leve, capaz de manter estável a função cognitiva e de reduzir sintomas depressivos (avaliados pelo “GDS”) tanto quanto reduzir sintomas neuropsiquiátricos (avaliados pelo “NPI”), no referido grupo, como foi o caso deste estudo, em que o “grupo 2” apresentou bons resultados no “GDS”, e o “grupo 3” apresentou bons resultados no “NPI”.

Com relação aos distúrbios neuropsiquiátricos presentes na DA, a apatia é um dos mais prevalentes, tanto quanto a depressão. Em artigo de DAVID et al.(2012), observa-se a relação da apatia com a atividade motora, salientando-se que, quando esta se encontra diminuída em idosos com DA, há maior incidência de sintomas de apatia - estando relacionada à disfunção executiva nas fases precoces da doença e sendo caracterizada por uma pobre iniciativa (DRIJGERS et al., 2011). Tal procedimento pôde ser observado no idoso que deixou o grupo (Sr. L.) e foi institucionalizado pela família, que demonstrava ter um misto de ansiedade, irritabilidade e apatia, concomitantemente.

A depressão é uma das mais frequentes comorbidades psiquiátricas na DA e em outras demências, segundo CAIXETA (2012). Ela está associada à pior qualidade de vida, à maior deficiência nas AVDs, ao declínio cognitivo mais rápido, a uma elevada taxa de institucionalização, mortalidade mais elevada e maior frequência de depressão e sobrecarga em cuidadores. Tratamentos não farmacológicos costumam ser recomendados como a mais apropriada estratégia inicial para o manejo de distúrbios comportamentais nos idosos com demência; assim, essas intervenções (incluindo aconselhamento psicossocial/psicológico, manejo interpessoal e manejo do ambiente) devem ser tentadas em primeiro lugar, seguidas com um mínimo de medicamentos. Um plano de tratamento abrangente deve incluir intervenções biológicas, psicoterapêuticas, sociais e familiares. A estratégia de tratamento não farmacológico também pode ser dividida

em quatro grandes categorias: emocional-orientada, estimulação-orientada, comportamental-orientada e cognitivo-orientada.

Um ponto que não pode deixar de ser mencionado é a importância da atuação do cuidador no manejo diário de idosos com demência, cuja tarefa consiste em mantê-los ativos e interessados, tanto quanto com uma funcionalidade em seu melhor nível possível, treinando suas capacidades residuais e desenvolvendo uma perspectiva de vida que os faça lidar melhor com a longa duração da DA (SCHULZ et al., 2012). Observei, claramente, essa atuação no centro-dia, com a presença das cuidadoras, de excelente resiliência, com bom estado físico e emocional, capacitadas em manter os idosos atuantes e em estado de bem-estar (FERNÁNDEZ-LANSAC et al., 2012).

Em texto sobre as diretrizes e recomendações da Academia Brasileira de Neurologia, através do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento, para o tratamento da Doença de Alzheimer no Brasil, enfocando-se os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), com abordagens médicas e não-médicas, foram apresentadas recomendações para o tratamento tanto farmacológico quanto não farmacológico, as quais incluíram a utilização da fisioterapia, da terapia ocupacional, de intervenções educacionais, de musicoterapia, de arteterapia, de massagem e de terapia com luz, de acordo com VALE et al. (2011), abordagens todas praticadas no centro-dia no qual realizei esta pesquisa, exceto a “terapia com luz”, com ótima receptividade pelos idosos.

No tocante à questão da “receptividade” dos idosos com DA às abordagens não farmacológicas, YAMAGUCHI, MAKI, YAMAGAMI (2010) informam-nos que sua eficácia será garantida quando se pensar no “como” os terapeutas se comunicam com os idosos, muito mais do que “qual” abordagem lhes é oferecida; postulam um novo tipo de reabilitação para demência, a “reabilitação de ativação cerebral”, que consiste em cinco princípios : 1) atividades confortáveis e agradáveis em uma atmosfera de aceitação; 2) atividades associadas a uma

comunicação empática na via paciente e terapeuta, assim como entre os pacientes; 3) os terapeutas devem incentivar os pacientes para aumentar sua motivação; 4) os terapeutas devem tentar oferecer a cada paciente algum papel social que leve em conta suas habilidades remanescentes e 5) as atividades devem ser baseadas em um aprendizado sem erro para garantir uma atmosfera agradável e manter a dignidade do paciente. O objetivo dessa proposta de reabilitação é aumentar a motivação do paciente e maximizar o uso de suas funções remanescentes, recrutando-se uma rede de trabalho compensatória e evitando-se o desuso da função cerebral. O primeiro efeito esperado é que os pacientes recuperem seu desejo de viver, assim como sua autoestima; pode-se chegar à melhora da função cognitiva, nos sintomas psicológicos e comportamentais da demência e as atividades de vida diária também podem ser esperadas, em virtude de uma renovada atitude positiva em relação à vida, além de atingir uma qualidade de vida mais satisfatória tanto do paciente quanto do cuidador.

Tal abordagem me é muito cara, pois senti que foi exatamente dessa forma que eu tentei me aproximar dos idosos com os quais trabalhei, incentivando-os ao máximo a que realizassem seu melhor desempenho em todas as atividades fisioterapêuticas propostas, explicando-lhes tudo o que eu lhes propunha. Enfim, fazia com que eles percebessem que o que estavam realizando, nas atividades sugeridas, era bom e fundamental para a boa saúde “física e mental” deles.

Ainda sobre a questão do “como” lidar com os idosos (com ou sem demência), proposta no artigo referido anteriormente, como percebê-los de maneira integral para uma boa proposição de abordagem de saúde, (LAMELA, BASTOS, 2012) advogam em prol de uma boa comunicação entre profissionais de saúde e os idosos, vital para a otimização da saúde deles. E ainda, sobre uma visão biopsicossocial, em que o sujeito é proativo em seu desenvolvimento, em sua recuperação.

Certamente, o idoso com demência se beneficia dessa comunicação mais empática, mas, como pensar em “proatividade” na

questão da “recuperação” do indivíduo com demência? Como se dá esta “recuperação”? Poderíamos pensar em momentos de bem-estar... CAIXETA (2012) nos orienta no sentido de um ambiente calmo, espiritualizado e bem estruturado como sendo capaz de manter o idoso dementado em níveis aceitáveis, mesmo dentro da realidade de seu comprometimento cognitivo. E também comprometido de forma funcional e comportamental, observando-se o nível de demência em que o idoso se encontra.

A percepção e compreensão que se tem do idoso, demenciado ou não, interfere diretamente na forma de assisti-lo e tratá-lo; somente com essa consciência é que se pode desenvolver programas de treinamento de reabilitação e se reverem posturas paternalistas ou autoritárias, que inibem a autonomia e a independência do idoso, segundo SCHIMIDT e SILVA (2012).

Refletindo-se a respeito da “percepção” e “observação”, em artigo de FERNANDES et al. (2010), somos informados que os agentes comunitários de saúde brasileiros têm uma visão limitante sobre a demência, como sendo “apenas um problema biológico que afeta o cérebro” devendo-se, dessa forma, incentivar programas educacionais sobre “envelhecimento e demência”, imprimindo-se à equipe de saúde da família um olhar gerontológico, ainda hoje tão fraco e tímido.

Há que se buscar um olhar sobre o envelhecimento e a velhice, de forma interdisciplinar (LODOVICI, MERCADANTE, 2012), sobre o idoso senescente e o idoso senil (dementado, por exemplo), de forma ampla, sob vários aspectos, o físico, o psicológico, o cultural, o social – um olhar “gerontológico” crítico, que seja capaz de abarcar vários ângulos da mesma questão, qual seja, como abordar o idoso? E o idoso com demência? Como tratá-lo com dignidade? Talvez precisássemos de um *gestionnaires de cas*, um *case manager*, que avaliasse as necessidades do doente, a fim de coordenar os serviços que respondam à sua necessidade global de saúde (CORVOL, MOUTEL, SOMME, 2012)

Cito KOSTER (2012) sobre nosso “aprendizado gerontológico” :

“a gerontologia crítica está orientada na direção do que é humanamente possível e tenta identificar restrições a uma vida plena na velhice e sugere perspectivas sobre como tais restrições podem ser sobrepujadas. O objetivo é refletir sobre nossa própria atitude profissional, fazê-la mais compatível teoricamente com discursos científicos críticos sobre o envelhecimento e desta forma contribuir para a emancipação dos idosos dos discursos de dominação”.

6) CONCLUSÃO

Por meio desta pesquisa foi possível observar-se tanto limitações quanto virtudes:

a) O período de aplicação do protocolo (seis meses) foi curto, e a frequência com a qual foi aplicado (1 vez/semana, por 2 horas, sendo destinada uma hora cada subgrupo) foi insuficiente para se medir a eficácia da repercussão nos aspectos avaliados – funcionalidade, cognição e comportamento; um prazo maior de aplicação pode levar a melhores respostas, advinda da neuroplasticidade cerebral;

b) Como já previamente mencionado, o fato de o protocolo de exercícios fisioterapêuticos não ser a única abordagem de intervenção não farmacológica utilizada no centro-dia onde se realizou a pesquisa, e também por não ter havido comparação com um grupo controle, não nos torna possível afirmar a verdadeira ação do protocolo utilizado, nos aspectos avaliados no grupo de idosos com Doença de Alzheimer.

c) Apesar do que foi mencionado no item anterior (b), houve melhora significativa ($p < 0,05$), em termos objetivos, no aspecto “comportamento” (pela análise do “GDS”), ao longo do processo de intervenção, principalmente a partir da 2ª fase (aos três meses) até a 3ª fase (final do protocolo, aos seis meses). Houve, também, algumas tendências: melhora no aspecto “funcionalidade”, no início do processo (1ª para 2ª fase de intervenção), na cognição, ao longo do processo (1ª para 3ª fase) e no item “comportamento”, na fase final (2ª para 3ª fase), pela avaliação do “NPI”. A simples “tendência” à melhora já é, por si só, um dado que suscita continuação e aprofundamento desta pesquisa;

d) Observou-se expressivo engajamento dos idosos à proposta fisioterapêutica apresentada, uma vez que ela lhes proporcionou boa disposição e bem-estar, de forma geral, após o término de cada sessão de exercícios, em termos de análise subjetiva;

e) Uma análise estatística realizada (SPAD) foi capaz de agrupar os idosos pesquisados de acordo com seu desempenho nos testes aplicados: o “grupo de desempenho misto” (n=4), o “grupo de bom desempenho” (n=3) - os de melhor *performance* nos testes - e o “grupo de desempenho ruim” (n=4) - de pior desempenho nos testes;

f) O fato de a Doença de Alzheimer ser neurodegenerativa e progressiva torna a aplicação de um protocolo de fisioterapia que aborde o idoso de forma ampla e complexa - de acordo com os parâmetros propostos pela Gerontologia - algo válido e positivo tanto para o doente quanto para a família, independente da comprovação ou não de sua eficácia;

g) O protocolo fisioterapêutico aqui exposto pode ser capaz de auxiliar, como uma forma de abordagem não farmacológica, adjunta à farmacológica, no manejo de idosos com demência em geral e com DA, em particular, especificamente no aspecto comportamental (controle da depressão) não só em centros-dia, como também em tratamentos domiciliares e em ILPIs;

h) Os órgãos públicos de todas as instâncias - municipal, estadual e federal - devem concentrar esforços no sentido de fomentar ensino e pesquisa na área de estudo sobre a demência, que é uma questão de saúde pública mundial, e possibilitar a criação de mais espaços especializados (centros-dia, ILPIs, etc.) no tratamento e cuidado dessa parcela da população que aumenta, a passos largos - de idosos com demência e, especificamente, daqueles que contraíram a Doença de Alzheimer.

Com esta proposta de trabalho, espero contribuir para um atendimento mais abrangente e satisfatório aos idosos com DA, e ainda, gostaria de pontuar que o protocolo aplicado nesta pesquisa pode ser uma sugestão para aqueles que querem ampliar o estudo na área da fisioterapia gerontológica, direcionado para proporcionar qualidade de vida aos idosos demenciados.

7) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alz.org Alzheimer's Facts and Figures. [Disponível em : URL : <http://www.alz.org>. Acesso em 22 abr 2013.]

American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico em transtornos mentais : DSM – IV**, 4.ed. Porto Alegre : Artmed, 1995.

ANDRADE L. P. et al. Alterações motoras na Doença de Alzheimer. In : COELHO, F.G.M. et al. **Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico : da teoria à prática**. Curitiba, Editora CRV, 2013.

BERTOLUCCI P.H.F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral : impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr** 52(1):1-7, 1994.

BONIN-GUILLAUME S. et al. **Impact économique de la démence**. (English : The economical impact of dementia) *Presse Med.* 2005; 34 (1): 35-41. French. PMID 15685097 (In : MAL DE ALZHEIMER. In : WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida : Wikimedia Foundation, 2013. [Disponível em : http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Mal_de_Alzheimer&oldid=35330721. Acesso em 13abr.2013.]

BOTTINO C.M.C., LAKS J., BLAY S.L. **Demência e transtornos cognitivos em idosos**. RJ, Guanabara Koogan, 2006.

BRUCKI, S. M. D. et al. **Demências. Enfoque multidisciplinar. Das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. SP, Atheneu, 2011.

_____ Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr** 61(3)777-81, 2003.

_____ Dados normativos para o Teste de Fluência Verbal em nosso meio. In : **Arquivos de Neuropsiquiatria** 55:156-161, 1997.

CAIXETA L. e colaboradores **Doença de Alzheimer**. Porto Alegre, Artmed, 2012.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. R.J., 5^a ed., Forense Universitária, 2000.

CANONICI A.P. et al. Functional dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease : a controlled Trial on the benefits of motor intervention. **Psychogeriatrics**. Japan; 12(3):186-92, 2012.

CORVOL L. MOUTEL G. SOMME D. La gestion de cas em gérontologie. Nouveau métier, nouvelles questions. **Médecine/Sciences**. France, 28(3): 321-24, 2012.

CUMMINGS J.L. et al. The Neuropsychiatric Inventory. Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. **Neurology** vol.44, v.12 2308 Dec, 1994.

DAVID R. et al. Decreased daytime motor activity associated with apathy in Alzheimer disease : na actigraphic study. **Am J Geriatr Psychiatry**. France, 20(9):806-14, 2012.

DRIJGERS R.L. et al. Neuropsychological correlates of apathy in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease : the role of executive functioning. **Int Psychogeriatr**. The Netherlands, 23(8):1327-33, 2011.

DRIUSSO P., MELO M.A. Proposta fisioterapêutica para os cuidados de portadores da Doença de Alzheimer. In : **Envelhecimento e Saúde**. SP, 12 (4), 2006.

FERNANDES H. da C.L. et al. Envelhecimento e demência : o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde ? **Rev Esc Enferm USP**; 44(3):782-8, 2010.

FERNÁNDEZ-LANSAC V. et al. Resilience in caregivers of patients with dementia : A preliminary study. **Rev Esp Geriatr Gerontol**; 47(3):102-9, May-Jun, 2012.

FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E. E McHUGH P.R. MiniMental State Examination : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiat Res** 12:189-98, 1975.

FORLENZA O. et al. **Doença de Alzheimer. Uma perspectiva do tratamento multiprofissional**. SP , Atheneu, 2012.

FORTES R. **Toque fisiogerontológico na Doença de Alzheimer e a redução da apatia**. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), 2011.

FREITAS E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. RJ, Guanabara Koogan, 2002.

GARUFFI M. et al. Atividade física para promoção da saúde de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. SP, 16(1):80-83, 2010.

GUIMARÃES L.H.C.T. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista**

Neurociências v.12 n.2 Atha Comunicação e Editora, SP, abr/jun, 2004.

KATO E. M., RADANOVIC M **Fisioterapia nas demências**. São Paulo : Atheneu, 2007.

KOSTER D. Thesis on critical Gerontology from a social science point of view. **Z Gerontol Geriatr**; 45(7):603-7, Oct. 2012.

LAMELA D., BASTOS A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso : uma revisão da investigação **Psicologia&Sociedade** 24(3):684-690, 2012.

LODOVICI F.M., MERCADANTE E.F. Gerontologia e *copyleft* : um novo ar no nosso tempo. **Revista Kairós Gerontologia**. (editorial) SP, 15(2):01-03, 2012.

LUCK H. **Pedagogia interdisciplinar : fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2002.

MARTINS DE SÁ J.L. In : FREITAS, E.V. et al. (org) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

MEEK P.D., McKEITHAN K., SCHUMOCK G.T. Economic considerations in Alzheimer's disease. **Pharmacotherapy**. 1998 ; 18; (2Pt): 68-73; discussion 79-82.PMID 9543467. (In : MAL DE ALZHEIMER. In : WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida : Wikimedia Foundation, 2013. [Disponível em : http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Mal_de_Alzheimer&oldid=35330721. Acesso em : 13abr.2013.]

MELROSE R.J. et al. Cerebral metabolism, cognition and functional abilities in Alzheimer disease. **J Geriatr Psychiatry Neurol.** USA, 24(3):127-34, 2011.

MESQUITA, M.A. **Da fisioterapia à gerontologia.** Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), São Paulo, 2002.

MESSY, Jack **A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice.** São Paulo, Edit. Aleph, 1999.

MINAYO, C. Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 12^a. Ed, SP, Hucitec, 2010.

MORAGAS MORAGAS, R. **Gerontologia social : envelhecimento e qualidade de vida;** 3^a. ed. São Paulo : Paulinas, 2010.

MUCIDA, Ângela. **Escrita de uma memória que não se apaga. Envelhecimento e velhice.** Belo Horizonte : Autêntica Edit, 2009.

NERI, A. L. **A formação gerontológica no Brasil.** In : Revista Terceira Idade, vol. 17, n. 35, fev, 2006.

NETTO, M.P. Gerontologia como Disciplina e a Ciência do Envelhecimento. In FREITAS, V.E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2^a.ed, RJ; Guanabara Koogan, 2006.

PERRACINI, M.R., FLÓ, C.M. **Funcionalidade e envelhecimento. Fisioterapia : teoria e prática clínicas.** RJ, Guanabara Koogan, 2011.

PETRI F.C. **História e Interdisciplinaridade no Processo de Humanização da Fisioterapia**. Dissertação de Mestrado em Integração Latino-Americana, UFMS-RS, Rio Grande do Sul, (s/data).

PFEFFER R.I. et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **J Gerontol** 37:323-9, 1987.

PITKALA K.H. et al. Exercise rehabilitation on home-dwelling patients with Alzheimer's disease – a randomized, controlled Trial. Study protocol. **Trials**. Finland, 11:92, 2010.

PODSIADLO D, RICHARDSON S. The timed “Up & Go” : a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal of the American Geriatrics Society** 39(2):142-148, 1991.

RAZANI J et al. Patterns of deficits in daily functioning and cognitive performance of patients with Alzheimer disease. **J Geriatr Psychiatry Neurol**. USA, 24(1):23-32, 2010.

RIBEIRO, C. **As 8 premissas da fisioterapia gerontológica. A atuação fisioterapêutica sob a ótica da gerontologia**. SP, Andrei, 2012.

ROACH K.E. et al. A randomized controlled trial of an activity specific exercise program for individuals with Alzheimer Disease in long-term care settings. **J Geriatr Phys Ther**. USA, 34(2):50-56, 2011.

SCHIMIDT T.C.G., SILVA M.J.P. da. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev Esc Enferm USP**; 46(3):612-7, 2012.

SCHULZ H et al., A training program for dementia trainers : does this program have practical relevance ? **Z Gerontol Geriatr**; 45(7):637-41, Oct, 2012.

SILVA, Cristina C.R. da **Fisioterapia gerontológica : uma nova perspectiva de atuação da fisioterapia no idoso**. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP), São Paulo, 2011.

SUNDERLAND T. et al. Clock drawing test in Alzheimer's disease : a novel measure of dementia severity **J Am Geriatr Soc** 37(8):725-729, Aug. 1989.

SUTTANON P. et al. Balance and mobility dysfunction and falls risk in older people with mild to moderate Alzheimer disease. **Am. J. Phys Med Rehabil.** Australia, 91(1):12-23, 2012.

TURATO E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde : definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. In **Rev.Saúde Pública**, SP, 39(3): 507-14, 2005.

_____ **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. (construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas)**. 5ª. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

VALE F. de A. C. et al. Treatment of Alzheimer's disease in Brazil. **Dement Neuropsychol.** USA, 5(30):189-197, 2011.

VERAS, R.; LOURENÇO, R. **Formação humana em geriatria e gerontologia. Uma pesquisa interdisciplinar**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro : Edit DOC, 2010.

VIOLA L.F. **A avaliação do efeito de um programa multiprofissional de estimulação cognitiva e funcional em pacientes portadores de Doença de Alzheimer leve e moderada**. 69 p. Dissertação, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

_____ Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. **Clinics**. Brazil, 66(8):1395-1400, 2011.

YAMAGUCHI H., MAKI Y., YAMAGAMI T. Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. **Psychogeriatrics**. Japan, 10:206-213, 2010.

YESAVAGE J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. **J Psychiat Res** 17(1):37-49, 1983.

WINCHESTER J. et al. Walking stabilizes cognitive functioning in Alzheimer's disease (AD) across one year. **Arch Gerontol Geriatr**. USA, 56(1):96-103, 2012.

8) ANEXOS

**Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(TCLE)**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Ana Maria Tabet de Oliveira, fisioterapeuta e aluna do curso de “Estudos Pós-Graduados em Gerontologia” da PUC-SP, convido o Sr.(a) a participar de um projeto de pesquisa sobre uma proposta de reabilitação em pacientes com Doença de Alzheimer onde serão avaliados três itens : a funcionalidade, a cognição e o comportamento dos pacientes da instituição AFAl. A proposta consiste em uma série de exercícios fisioterapêuticos que serão realizados por 6 (seis) meses, de maio/2013 a novembro/2013, por 15 (quinze) pacientes presentes na instituição às terças-feiras, das 13 às 14.30 hs, onde metade do grupo os realizará individualmente, das 13 hs às 13.45 e a outra metade os realizará em grupo, das 13.45 às 14.30, todos orientados e supervisionados pela pesquisadora responsável.

A referida proposta de reabilitação pretende investigar como os pacientes demenciados (principalmente grau leve e alguns com grau moderado da Doença de Alzheimer) beneficiam-se ou não quando abordados com o protocolo de exercícios de forma individual (metade do grupo) ou grupal (outra metade do grupo), nos tópicos mencionados, funcionalidade, cognição e comportamento.

A avaliação dos três itens propostos (funcionalidade, cognição e comportamento) se dará pela realização do preenchimento de determinados instrumentos – para a questão cognitiva : o Mini-Exame do Estado Mental [MMSE], o Teste de Fluência Verbal [FV] e o Teste de Desenho do Relógio [TDR]; para a questão funcional : o teste Timed Up and Go [TUG] e o questionário Pfeffer; e, finalmente, para a questão comportamental, o Inventário Neuropsiquiátrico [NPI Cummings] e a Escala de Depressão Geriátrica [GDS] - por parte do paciente ou familiar ou cuidador, de acordo com a especificidade do instrumento em questão.

Os instrumentos de avaliação serão aplicados antes do início dos seis meses de atividade com os pacientes e após o referido prazo.

O Sr(a). terá acesso, a qualquer momento, aos dados obtidos no presente estudo, para fins de consulta ou ainda, se assim o desejar, até desistir de sua participação.

Eu, Ana Maria Tabet de Oliveira, RG. 17.386.920-8, pesquisadora responsável por este projeto, garanto ao Sr(a). o direito a qualquer esclarecimento mais específico antes e durante o curso da presente pesquisa, sobre a metodologia e assuntos afins.

Acredito que esta pesquisa se justifica por poder oferecer alguma possibilidade de gerar conhecimento para entender e proporcionar bem-estar, além de melhor lidar com um problema – a Doença de Alzheimer – que afeta os sujeitos desta pesquisa e muitos outros indivíduos com o mesmo diagnóstico, acrescentando-se aos benefícios de outras alternativas de tratamento não-farmacológico já disponíveis.

NOME DO PACIENTE :

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :

SEXO : M() F()

DATA DE NASCIMENTO :

ENDEREÇO : N. APTO.

CEP : TELEFONE : DDD()

RESPONSÁVEL LEGAL :

NATUREZA (grau de parentesco) :

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :

SEXO : M() F()

DATA DE NASCIMENTO :

ENDEREÇO : N. APTO.

CEP : TELEFONE : DDD()

Eu, _____,

RG _____, declaro que fui convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora responsável por este estudo de maneira clara e detalhada sobre os objetivos do presente trabalho, tive minhas dúvidas esclarecidas, entendi o que me foi explicado e consinto em participar deste projeto de pesquisa. Também declaro que recebi cópia deste consentimento.

São Paulo, 23 de abril de 2013.

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável.

Assinatura do pesquisador e carimbo.

Anexo B – Testes e Questionários utilizados

Timed Up and Go Test (TUG)

Propósito : Avaliar mobilidade

Equipamentos : uma cadeira, uma fita isolante, um relógio

Direções : Os pacientes usam seus apatos normamente e podem utilizar qualquer auxílio à marcha se necessário. Comece pelo paciente sentado com as costas no assento da cadeira numa poltrona (ou cadeira convencional e marque no chão uma linha de 3 metros à frente.

Instruções ao paciente :

Quando eu disser “vai”, quero que você :

- 1) Levante-se da cadeira sem a ajuda dos braços
- 2) Caminhe na linha marcada no chão no seu passo normal
- 3) Vire-se ao fim da linha
- 4) Volte à cadeira no seu passo normal
- 5) Sente-se novamente sem a ajuda dos braços.

Quando disser “Vai” comece a cronometrar.

Pare de cronometrar após o paciente ter se sentado e ter encostado suas costas na cadeira.

O idoso que demorar 12 segundos ou mais para completar o TUG, está em alto risco de queda.

Observar a estabilidade postural do paciente, sua marcha, comprimento de passo e oscilação. Observar se há : tentativa de passos lenta, perda de equilíbrio, passos curtos, pouco ou nenhum balanço e braços, apoiar-se nas paredes, arrastar os pés, virar-se em bloco. (GUIMARÃES, 2004; PODSIADLO, RICHARDSON, 1991)

ÍNDICE DE PFEFFER

Avaliação das Atividades de Vida Diária, segundo Pfeffer						
0. Normal 1. Faz, com dificuldade 2. Necessita de ajuda 3. Não é capaz	0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo 1. Nunca o fez e agora teria dificuldade					
		0	1	2	3	0 1
Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?						
Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?						
Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?						
Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?						
Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?						
Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?						
Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?						
Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?						
Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?						
Ele (Ela) é pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura? 0. Normal 1. Sim, com precauções 2. Sim, por curtos períodos 3. Não poderia	0. Nunca ficou, mas poderia ficar agora 1. Nunca ficou e agora teria dificuldade					
PONTUAÇÃO						

O QPAF (*Questionário Pfeffer de Atividades Funcionais*) destina-se a avaliar a autonomia funcional da pessoa em atividades de vida cotidiana. (PFEFFER R.I., KUROSAKI T.T., HARRAH Jr. C.H., CHANCE J.M., FILOS S. *Measurement of functional activities in older adults in the communitu.* J Gerontol 1987: 37: 323-9.)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta. máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

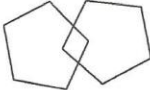
Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHIE OS OLIHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p> <p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL

- Avaliação da memória semântica (conhecimento geral sobre o mundo, dos fatos, das palavras, sem relação com o momento do seu aprendizado). Consiste na avaliação de categorias semânticas pré-definidas, como por exemplo animais e frutas.

- INSTRUÇÕES: Solicita-se ao paciente que enumere o máximo de animais ("bichos") e frutas em 1 minuto cronometrado.

Ex.: "Você deve falar todos os nomes de animais que se lembrar, no menor tempo possível. Qualquer animal vale: insetos, pássaros, peixes e animais de quatro patas. Quanto mais você falar, melhor. Pode começar".

- **Importante:** considere "boi e vaca" como dois animais mas "gato e gata" como um só. Se disser passarinho, cobra, lagarto" conte como três animais; mas, se disser "passarinho, canário e peixe", conte como dois. Ou seja: a classe vale como nome se não houver outros nomes da mesma classe).

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PONTUAÇÃO: ___ ANIMAIS + ___ FRUTAS.

Pontuação Mínima	nº
8 anos de escolaridade ou mais	13
Analfabeto	9

Referência: BRUCKI S.M.D. et al (1997). Dados normativos para o Teste de Fluência Verbal (categorias animais), em nosso meio. in *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 55: 156-161.

TDR – Teste do Desenho do Relógio

Pede-se à pessoa que desenhe um mostrador de relógio com números.

Em seguida, solicita-se que sejam acrescentados os ponteiros do relógio, de horas e minutos, representando ali um horário específico, por exemplo, 2 horas e 45 minutos.




TDR – Teste do Desenho do Relógio

Avalia, além do verbal, aspectos não-verbais, parece uma tarefa simples, mas envolve várias áreas da cognição (Shulman, 2000):

- compreensão verbal do comando,
- planejamento,
- memória visual,
- habilidade visuo-espacial,
- programação e execução motoras,
- conhecimento numérico,
- Pensamento abstrato.



TDR – Teste do Desenho do Relógio



Normal Score 10

Mild Cognitive Impairment (Memory error and placement of hands) Score 8

Moderate Cognitive Impairment Score 4

Severe Cognitive Impairment Score 2

Sunderland, 1989 08

TDR – Teste do Desenho do Relógio

- Várias formas de quantificar
Sunderland et al., 1989 (10 pontos)
Shulman, 2000 (5 pontos)
- É um teste de rastreio, mas avalia funções frontais e têmporo-parietais
- Tem influência da escolaridade

APÊNDICE 24

Escala de Depressão Geriátrica (Abreviada de Yesavage)

- 1 – Satisfeito(a) com a vida? (não)
- 2 – Interrompeu muitas de suas atividades? (sim)
- 3 – Acha sua vida vazia? (sim)
- 4 – Aborrece-se com frequência? (sim)
- 5 – Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não)
- 6 – Teme que algo ruim lhe aconteça? (sim)
- 7 – Sente-se alegre a maior parte do tempo? (não)
- 8 – Sente-se desamparado(a) com frequência? (sim)
- 9 – Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim)
- 10 – Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? (sim)
- 11 – Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? (não)
- 12 – Vale a pena viver como vive agora? (não)
- 13 – Sente-se cheio(a) de energia? (não)
- 14 – Acha que sua situação tem solução? (não)
- 15 – Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim)

0 = quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1 = quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão.

Adaptado de Yesavage JA et al. *J Psychiat Res*, 1983; 17(1):37-49.

INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO – (NPI – CUMMINGS et al., 1994)

Sintomatologia	Intensidade	Frequência			
		SIM			
		1	2	3	4
Delusão: persecutoriedade, (ex. furto, infidelidade, etc)					
Alucinações: visuais/ auditivas/ táteis/ olfativas					
Agitação, inquietude, agressividade					
Disforia: baixa de humor, tristeza					
Ansiedade					
Euforia					
Apatia: comportamento passivo, falta de iniciativa,					
Desinibição					
Irritabilidade/Labilidade emocional					
Atividade motora aberrante: perambulação,...					

Intensidade:

- 1 = Leve;
- 2 = Moderado;
- 3 = Grave;

Frequência:

- 1 = Menos de uma vez/sem;
- 2 = 1x/sem;
- 3 = várias vezes/sem, mas não todo dia;
- 4 = uma ou mais vezes/dia ou continuamente

Anexo C – Pequeno relato do histórico da “Doença de Alzheimer” pelos familiares dos idosos, acrescido de alguns dados sobre eles.

1) Sra. A.A.

- Idade: 82 anos
- Anos de estudo: 1 a 4
- Ocupação principal/por quanto tempo: Dona de casa por 52 anos (18 aos 70 anos).

Comecei a notar quando minha mãe começou a falar do passado como se estivesse vivendo o momento, há mais ou menos dez anos. Agora a doença está evoluindo um pouco, ela está ficando mais esquecida, com as pernas mais fracas e muito repetitiva.

(Relato da filha, S.)

2) Sr. W. I.

- Idade: 93 anos
- Anos de estudo: 5 a 8
- Ocupação principal/por quanto tempo: comerciante de serraria por 30 anos.

Ele começou a ficar esquecido neste ano (2013), aos 93 anos. Levei-o ao geriatra, quando foi diagnosticado com 'demência'. Começaram, então, a surgir os transtornos de memória, passou a não reconhecer pessoas muito próximas, foi perdendo o interesse pelas coisas e pessoas. Teve uma queda... não sabe mais realizar atividades cotidianas (escovar os dentes, por exemplo), tem incontinência fecal ...

(Relato da filha, T.)

3) Sr. P.W.

- Idade: 81 anos
- Anos de estudo: Mais de 11
- Ocupação principal/por quanto tempo: Dentista por 40 anos.

Nós estranhamos pelo fato de se perder ao ir para a casa da minha filha mais velha, e ele sempre foi bom de caminho, dirigindo. E mais alguns esquecimentos, em geral. Depois, minha filha assistiu a uma reportagem na TV sobre a doença e resolvemos levá-lo aos médicos. Porém a doença só foi confirmada há dez anos. E foi piorando aos poucos, ano a ano. Agora ele deu piorou bastante, está mais confuso, mais atrapalhado...

(Relato da esposa, Sra. C.)

4) Sra. M. O.

- Idade: 86 anos.
- Anos de estudo: 1 a 4
- Ocupação principal/por quanto tempo: Dona de casa por 56 anos (18 aos 74 anos).

Em 2001, ela veio morar comigo. Na convivência diária, percebi que alguma coisa não estava bem. Quando a minha irmã chegava à casa dela, antes de ela vir morar comigo, encontrava o fogão ligado, a panela queimando; minha mãe dizia que o dinheiro sumia, que a faxineira levava as coisas...Fomos ao geriatra, que diagnosticou “depressão”; após seis meses, tomando medicamento para depressão e não obtendo melhora, foi solicitada uma tomografia e, sem nenhum comentário da neurologista, foi indicado o medicamento “Excelon”, que hoje sei que é indicado para Alzheimer. Após três anos em que foram indicadas outras medicações para Alzheimer, ao perguntar para a geriatra se minha mãe estava com a doença, obtive a resposta da médica: ‘com toda a certeza’. Passados sete anos, fui informada pela mesma neurologista que havíamos conseguido “segurar” muito a doença de minha mãe; e que não havia nenhuma medicação diferente ou nova para dar, ou seja, devíamos continuar dando os mesmos medicamentos , Assim foi até dezembro de 2012, quando se descobriu um hematoma subdural que a levou para

uma cirurgia de emergência. Todos os medicamentos foram suspensos, exceto o anticonvulsivo, até agosto de 2013, quando, de comum acordo entre nós, familiares (eu e uma irmã) e a neurologista que a acompanha desde 2001, decidimos suspender toda medicação para Alzheimer.

Evolução da doença: necessidade de supervisão para tomar banho; acompanhamento ao banheiro para se limpar;

Atualmente: mais lenta e mais insegura na marcha (decorrência da doença ou da cirurgia?), entretanto, mais participativa nas atividades e nas respostas, quando solicitada.

(Relato da filha, M.)

5) Sra. T.O.

- Idade: 92 anos
- Anos de estudo: 1 a 4
- Ocupação principal/por quanto tempo: Costureira por 30 anos (20 aos 50 anos).

A Sra. T. começou a partir de, aproximadamente, 1984 a misturar as roupas a serem lavadas com os panos de chão e todo o tipo de tecido para ser lavado junto. Nessa época, continuava atuando somente como dona de casa em trabalhos domésticos. Espaçadamente, essa situação foi evoluindo, esquecendo o gás aberto, o fogo aceso e, lentamente, foi abandonando muitas tarefas domésticas e se despreocupando da questão da higiene corporal. Com o passar do tempo, essas falhas passaram a ocorrer no preparo das comidas, com alimentos que não cozinhavam adequadamente ou passavam do ponto, torrando carnes, frangos, peixes, etc.

Atualmente, ajuda nas tarefas, muito pequenas, sempre monitoradas e necessita de ajuda também para se vestir.”

(Relato da filha, M.)

6) Sra. Y.K.

- Idade: 62 anos
- Anos de estudo: 9 a 11
- Ocupação principal/por quanto tempo: Dona de casa por 40 anos.

Minha mãe parou de estudar com uns 22 anos e logo começou a ter filhos, no caso, cinco. Ela se dedicou plenamente a nos educar e cuidar da casa durante todos esses anos. Conforme fomos crescendo, comecei a sentir que minha mãe nunca se adaptou com a nossa independência e ela não buscou outra atividade além de nós, o que me levou a perceber que se tratava de um início de depressão. Acho que aquele vazão acelerou o processo da doença que já vem piorando de uns dez anos para cá. Atualmente, ela ainda lembra de muitas coisas que aconteceram no passado dela, mas coisas do dia a dia ela não consegue lembrar.

(Relato do filho, C.)

7) Sra. C.W.

- Idade: 80 anos
- Anos de estudo: 1 a 4
- Ocupação principal/por quanto tempo: dona de casa, a vida toda (cerca de 60 anos).

É difícil pensar como e quando começou, mas há aproximadamente cinco anos atrás, mamãe passou por uma cirurgia para retirada de vesícula e depois disso começou com algumas crises de esquecimento e confusão mental, principalmente após retorno anestésico, ainda no hospital. Percebemos que, nas atividades diárias, passou a esquecer aparelhos ligados, trocar temperos e, algumas vezes, acordava durante a noite para fazer atividades que costumava fazer durante o dia, como temperar

feijão, estender roupas, etc. Um ano depois, teve de tomar outra anestesia, em decorrência de cateterismo e angioplastia, e mais uma vez percebemos que isso, de alguma forma, a havia deixado confusa ao retornar da anestesia, com excesso de agitação e confusão mental.

No ano seguinte, sofreu novo infarto e passou por cirurgia cardíaca e, mais uma vez, o retorno da anestesia foi bastante tumultuado. Desde então, teve de deixar por um longo tempo de frequentar a atividade de atletismo, arremesso de disco e dardo.

Com o passar do tempo, retornou ao atletismo, mas aquilo que era uma atividade de bastante prazer começou a se tornar cansativa, apesar de insistirmos para que continuasse. Ela dizia que não via mais graça no atletismo e que tudo aquilo era muito chato e tedioso.

Há dois anos foi diagnosticada com o Mal de Alzheimer e, desde então, vem tomando medicação para controle (Donepezil – 10 mg) e o que temos percebido é que a doença vem evoluindo em certos momentos, a nosso ver, de forma bastante acelerada.

Em casa, não realiza mais nenhuma atividade com a qual estava acostumada, como cozinhar, lavar e passar roupas, etc. Uma outra coisa que estamos percebendo é que a cada dia suas pernas ficam mais fracas e a sua dependência tem aumentado.

Desde já agradecemos todo o auxílio que mamãe vem recebendo, pois sabemos que tudo isso tem nos ajudado a lidar com este mal.

(Relato da filha, E.)

8) Sr. F.M.

- Idade: 83 anos
- Anos de estudo: Mais de 11
- Ocupação principal/por quanto tempo: Executivo na área de loteamentos de imóveis por 40 anos.

A doença de Alzheimer que acometeu meu marido foi detectado em fins de 2009, pela geriatra que o acompanha até hoje. Mais adiante, esse diagnóstico foi confirmado pelo neurologista.

O que vinha acontecendo e que eu percebia eram pequenos sinais de “insanidade mental”, como alguns não entendimentos, falta de compreensão, alguns comportamentos diferentes e assim é que foi à geriatra, que fez o diagnóstico.

Mais tarde, em atendimentos/acompanhamentos no PROTER-Inst. Psiqu. HC/FMUSP, pela psiquiatra, foi constatado que ele sofria também de “demência vascular”.

Provavelmente advinda do muito que bebeu (whisky) durante muitos e muitos anos (até 2007), quando teve consulta com o psiquiatra. Desde esse dia da consulta, nunca mais bebeu e também não teve qualquer síndrome de abstinência ou o que seja. Simplesmente, deixou de beber.

O desenvolvimento do Alzheimer, a princípio, foi leve, lento (não sei precisar esse tempo).

Neste último mês – outubro/2013 – acho-o mais “caído” e me parece mais magro. Muito quieto, pouquíssima fala, nenhuma conversa e poucos interesses ao que quer que seja. Andar vagaroso e menos firme. Tem estado “carrancudo”, nenhum sorriso, por nada, para ninguém.

Vou saber mais a respeito de seu estado geral no dia 26/11, quando irá à geriatra.”

(Relato da esposa, Sra. L.)

9) Sra. M.H.

- Idade: 90 anos
- Anos de estudo: 5 a 8
- Ocupação principal/por quanto tempo: Dona de casa por 61 anos (dos 16 aos 77 anos).

Em 2002, minha mãe, viúva desde 1997 e vivendo sozinha desde o casamento de meu irmão mais velho em 2001, passou por uma depressão profunda e a ser medicada com antidepressivos, razão pela qual começou a frequentar a Universidade da Terceira Idade da UNIFESP (UATI). Mas percebi que aquele não era o melhor ambiente para ela. Ela já apresentava dificuldade para caminhar (osteoporose e dores nas articulações, principalmente nos joelhos) e percebi que outros frequentadores da UATI não tinham muita “paciência” tanto para acompanhá-la nos passeios quanto nas conversas. Ela mesma não tinha mais vontade de frequentar a UATI.

Em novembro de 2001, começou a frequentar o Centro-Dia do Idoso e, após oito meses, a médica geriatra solicitou vários exames (dentre eles, uma ressonância magnética) e diagnosticou o Mal de Alzheimer. Desde então, passou a tomar Cloridrato de Donepezila (10 mg).

O que percebo é que, com certeza, minha mãe já apresentava tais sintomas, mas nós, familiares e leigos no assunto, nunca desconfiamos do motivo das repetições e esquecimentos. Mas percebemos que já há muito houvera um afastamento de outros familiares. Até um fato que nos deixou perplexos, um parente próximo que nos telefonou e pediu para não deixar minha mãe ligar mais para eles.

Em 2008, aproximadamente, minha mãe realizou uma cirurgia do joelho direito, colocando uma prótese, o que a ajudou muito no andar e aliviou muito suas dores.

Nesses quase dez anos em que tomamos conhecimento do Alzheimer, ela se tornou mais repetitiva e, recentemente, tem me confundido com meus irmãos, mas está mais dócil e fácil de se lidar, apesar das raras crises de choro.

(Relato do filho, A.)

10) Sr. L.F.

- Idade: 71 anos

- Anos de estudo: 1 a 4
- Ocupação principal/por quanto tempo: motorista de caminhão e táxi por 25 anos.

Os primeiros sinais vieram em 2008. No início, achamos que fosse um quadro de estafa e depois de depressão, pois coincidiu bem com a época da aposentadoria. Com o passar do tempo, a falta de memória e a falta de noção das coisas foram se acentuando.

Em 2009, procuramos um neurologista, que afastou a hipótese da doença de Alzheimer e diagnosticando como depressão. Com o passar do tempo e como o quadro só piorasse, em 2010, marcamos consulta com outro neurologista, que aventou tal possibilidade e, com os exames e análise clínica, as suspeitas foram confirmadas.

Nessa fase, ele já estava sem noção do dinheiro, quanto gastava, perdia-se na escadaria do prédio onde morava e estava desatento quando dirigia, não sendo mais possível dirigir ou morar sozinho.

A doença evoluiu, primeiro, com a memória, a noção de tempo e espaço, depois perdeu a noção de cuidar do próprio dinheiro, direção inapropriada ao volante; em seguida, veio a fase de alteração de humor, alteração drástica de comportamento. Na fase atual, iniciou a incontinência urinária, a falta de entendimento de explicações simples, por exemplo, o álcool em gel para limpar e mão, quando vejo, ele já está pondo na boca e comendo. A memória está cada vez mais curta, apresenta excesso de ansiedade e necessidade sempre de ir para outro lugar ...

Atualmente, sem tantas mudanças de endereço, a ansiedade diminuiu, mas todas as outras características estão cada vez mais acentuadas.

(Relato da filha, R.)

11) Sra. A.B.

- Idade: 85 anos
- Anos de estudo: 1 a 4
- Ocupação principal/por quanto tempo: Empregada doméstica (solteira) por 14 anos e costureira (casada) por 17 anos (dos 28 aos 45 anos).

Percebi a doença há oito anos (2005), quando lhe telefonei e pedi para ela levar a documentação para o contador fazer o imposto de renda: ela não sabia o que era isso.

Quando eu lhe telefonava, dizia que estava tudo bem e contava sempre a mesma história.

Marquei consulta com um neurologista e foram feitos os exames e testes com psicólogas, constatando que realmente ela estava esquecida. Poderia ser da idade ou alguma doença degenerativa. Começou o tratamento com “Alois”; tomava remédio para colesterol e pressão; como não queria sair do sítio e conseguia fazer comida, tomar banho, limpar a casa, foi ficando por lá, pois havia um casal de caseiros que faziam as compras e tomavam conta do sítio. Começou a piorar e ficar muito agressiva, depois de uns quatro anos; parou de limpar a casa e deixou de fazer comida todos os dias; realizava as tarefas automaticamente: regar plantas, varrer quintal e cuidar dos porcos; a caseira fazia a comida, deixava na mesa e, quando ela tinha fome, comia.

Depois de cinco anos, começou a apresentar surtos, no início, rápidos, se trancava em casa, depois saía e trabalhava normalmente. Até que se trancou e não queria sair. Fui para lá. Estava surtada, escutava vozes e falava que estavam batendo no meu pai. Levei para o neurologista e começou a ser tratada com “Resperidon”. Trouxe para São Paulo (três anos atrás). Permaneceu medicada com o “Resperidon” por um tempo e depois tal medicamento foi sendo tirado. O caseiro achou o remédio jogado no meio da plantação e nos ralos.

Por essa época, por duas ou três vezes, talvez, teve pequenas crises, principalmente à noite.

A doença está estabilizada, hoje usa o Cloridrato de donepezila, Inalapril e vitaminas manipuladas.

Fica agressiva, às vezes, mas consegue se controlar. Não gosta de ser contrariada.”

(Relato da filha, E.)

12) Sra. Y. C.

- Idade: 80 anos
- Anos de estudo: 5 a 8
- Ocupação principal/por quanto tempo: Secretária/(tempo não mencionado pelo familiar).

Inicialmente, pensávamos que a modificação de seu comportamento fosse simplesmente pela idade, a chamada “doença do idoso”. Mas, com o passar do tempo, começamos a perceber que algo estava errado.

Assim, há mais ou menos cinco anos, a maneira estranha de ela se comportar estava se acentuando e a nossa atenção a ela começou a ser mais rigorosa, pois observávamos que não falava “coisa com coisa”, mudava de lugar objetos dispostos sobre os móveis sem nenhuma necessidade e, principalmente, o esquecimento mental ia se agravando, pois confundia os nomes das pessoas, trocava-os constantemente ou não sabia mais; começou a não reconhecer algumas pessoas amigas e alguns familiares, não distinguia se era dia ou noite e quase não conversava.

O tempo foi passando, seu comportamento estranho ficava cada vez mais acentuado, a nossa observação foi aumentando e, como ela vinha sendo tratada com a médica geriatra, começamos a tomar uma série de precauções, como um aumento significativo de cuidados complementares.

Morávamos num sobrado e, com a continuidade da doença, tivemos a necessidade de mudarmos para uma casa térrea, para prevenirmos possíveis quedas ou acidentes.

Com o aumento contínuo, silencioso e imperceptível da doença, a conselho médico, a colocamos num centro-dia, uma instituição particular, especializada em cuidar de idosos não só de idade avançada, como também de doentes portadores de doenças degenerativas, como é o caso da Y., possuindo um ótimo centro-dia, muito bem estruturado. Lá ela permaneceu por mais de três anos e, infelizmente, devido ao avanço silencioso da doença, tivemos a necessidade de afastá-la do centro-dia, mesmo contra nosso gosto, visto que ela começou a ter dificuldades de se movimentar sozinha, havia o receio de cair e necessitava sempre de um acompanhante próximo.

Atualmente, tem uma cuidadora constante e acompanhamento de terapeutas ocupacionais, o que lhe está fazendo muito bem.

(Relato do marido, Sr. R.)

13) Sra. M.M.

- Idade: 88 anos
- Anos de estudo: 1 a 4
- Ocupação principal/por quanto tempo: Costureira por 25 anos.

Obs. A familiar não disponibilizou o “breve histórico da Doença de Alzheimer”.

14) Sra. T.H.

- Idade: 84 anos
- Anos de estudo: 1 a 4
- Ocupação principal/por quanto tempo: Dona de casa por cerca de 60anos.

Obs. A familiar não disponibilizou o “breve histórico da Doença de Alzheimer”.

Anexo D - Fotos do trabalho realizado no centro-dia

Exercício de mobilização articular (tornozelo)

Alongamento de escápula



Alongamento de musculatura posterior de membros inferiores



Exercício resistido – fortalecimento de adutores, com bola



Massagem



Exercício de lateralidade, com bola



Exercício de estimulação do esquema corporal, em duplas



Caminhada supervisionada





Relaxamento – Respiração associada a abdução e adução de membros superiores.

