**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Lilian Dias Bernardo Massa

# O cuidado ao idoso com demência de Alzheimer: a produção científica da terapia ocupacional

Rio de Janeiro

2016

Lilian Dias Bernardo Massa

# O cuidado ao idoso com demência de Alzheimer: a produção científica da terapia ocupacional

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos

Coorientadora: Profª. Dra. Lina Rodrigues de Faria

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M414 Massa, Lilian Dias Bernardo
O cuidado ao idoso com demência de Alzheimer : a produção científica da Terapia Ocupacional / Lilian Dias Bernardo Massa. – 2016.
278 f.

Orientador: Luiz Antônio de Castro Santos.
Co-orientadora: Lina Rodrigues de Faria.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Doença de Alzheimer - Teses. 2. Terapia ocupacional - Teses. 3. Idosos – Teses. I. Santos, Luiz Antônio de Castro. II. Faria, Lina Rodriguez de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Lilian Dias Bernardo Massa

**Idosos com demência de Alzheimer: a produção científica da terapia ocupacional**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 20 de setembro de 2016

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos

Instituto de Medicina Social – UERJ

Coorientadora: Profª. Dra. Lina Rodrigues de Faria

Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares

Banca Examinadora:_____

Profª. Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Profª. Dra. Jane Araújo Russo
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Profª. Dra. Ana Paula Martins Cazeiro
Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Profª. Dra. Cláudia Reinoso Araújo de Carvalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Luiz Antônio e Profª. Lina, pela orientação, atenção, paciência, amizade, incentivo durante o processo de construção deste trabalho.

À minha querida amiga-irmã Tatiana Barcelos, pelo apoio e estímulo nas diversas etapas deste trabalho, sobretudo na busca pelo material documental. Foi meu eixo e impulso nos momentos mais críticos.

À Juliana Reis, pela preciosa ajuda em vários momentos desta tese, principalmente na construção do desenho metodológico.

À minha mãe, que é meu suporte e conselheira pessoal, e sempre destacou que a busca do conhecimento pode levar a conquistas e sonhos, meus e/ou da Lívia.

À Lívia, meu maior presente, que sempre foi meu alento, me recebendo com um sorriso no rosto todos os dias.

Aos meus irmãos, pelo apoio e palavras de incentivo para a devida conclusão do doutorado.

Às minhas amigas do IFRJ, UFPR, panela A da UFMG e do HCA, cada uma a seu modo, por terem acolhido minhas angústias, ansiedades, e principalmente por ter me proporcionado muitas risadas que ajudaram a tornar essa fase mais leve. Carolinne, Márcia Cristina, Márcia Dolores, Taiuaini, Carina, Telma, Tatiana e Talita, muito obrigada!

Aos alunos, que despertam em mim a busca pelo contínuo conhecimento a fim de que eu me aprimore como docente e pesquisadora.

## RESUMO

MASSA, Lilian Dias Bernardo. *O cuidado ao idoso com Demência de Alzheimer*: a produção científica da Terapia Ocupacional. 2016. 278 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A tese teve por objetivo identificar, caracterizar e analisar a produção científica, brasileira e internacional, da atuação dos terapeutas ocupacionais no cuidado a idosos com demência de Alzheimer e seus cuidadores/familiares, bem como apresentar a organização do corpo de conhecimento das ações em um mapa conceitual. Foi realizado um estudo exploratório-descritivo de caráter bibliográfico, no período de 10 anos (2006 a 2015), nos idiomas inglês, português e espanhol. Optou-se como fontes de informação Web of Science, MEDLINE/PubMed, CINAHL, PsycINFO®, LILACS, SciELO, OTseeker e PEDro. Foram identificados 2047 registros e selecionados para síntese 79 artigos que atenderam os critérios de inclusão: publicações científicas relacionadas a doenças de Alzheimer em idosos e que tenham participação de terapeuta ocupacional na autoria ou que falem sobre terapia ocupacional na doença de Alzheimer, sem restringir quanto à fase da doença e dentro do recorte temporal e idiomas pré-selecionados. Para a elaboração do processo de Terapia Ocupacional e do mapa conceitual foi utilizada a organização terminológica da "Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo", 3ª edição da Associação Americana de Terapia Ocupacional. O mapa conceitual foi elaborado de forma a organizar o corpo de conhecimentos das ações da Terapia Ocupacional na assistência ao idoso com a demência do tipo Alzheimer e seus cuidadores. O panorama apresentou uma disparidade entre a produção científica internacional e nacional, em termos de volume e qualidade dos estudos. No processo avaliativo, observa-se uma abordagem centrada na díade idoso-cuidador, com preocupações direcionadas à consciência da doença, qualidade de vida, acesso aos recursos disponíveis na comunidade e análise de desempenho em atividades complexas do cotidiano. No processo interventivo, há evidências disponíveis que atestam o efeito das intervenções na melhoria da capacidade funcional do idoso, pelas ações que utilizam as ocupações como recurso de tratamento, a estimulação cognitiva, a modificação ambiental (física e social) e/ou o programa educacional para cuidadores. O estudo ainda mostra a importância de se compreender o impacto social na vida das pessoas com Alzheimer e seus familiares e as necessárias mudanças na dinâmica da família para atender às necessidades desses sujeitos. Considera-se que as publicações científicas constituem os recursos legítimos para evidenciar os valores de uma profissão e para a elaboração de políticas públicas que irão organizar a oferta de seus serviços para a população. Neste estudo, pela escassez de publicações brasileiras e pela democratização das informações no mundo globalizado, há uma condução para o uso do saber produzido internacionalmente. Sendo assim, os terapeutas ocupacionais brasileiros enfrentam como desafio a necessidade de realizar publicações das intervenções com maior rigor metodológico para justificar a eficácia de suas ações e sua inserção na prática profissional compartilhada, nos diferentes níveis de atenção à saúde do idoso.



Palavras-chave: Terapia ocupacional. Doença de Alzheimer. Idoso. Avaliação. Terapêutica. Planejamento em saúde. Produção científica e tecnológica.

## ABSTRACT

MASSA, Lilian Dias Bernardo. *The care of older adults with Alzheimer's disease*: the scientific production of occupational therapy. 2016. 278 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The thesis aimed to identify, characterize and analyze the Brazilian and international scientific production among Alzheimer's disease, the role of occupational therapists in the intervention process of older adults with Alzheimer's disease and their caregivers/family members, as well to present the organization of the body of knowledge of the occupational therapy interventions. An exploratory, descriptive study of literature was conducted, in a 10-year period (2006-2015), in English, Portuguese, and Spanish. The Web of Science, MEDLINE / PubMed, CINAHL, PsycINFO®, LILACS, SciELO, OTSeeker, and PEDro databases were used as sources of information. We identified 2047 records and 79 articles which met the inclusion criteria were selected for deeper analysis: scientific publications related to Alzheimer's disease in older adults with the participation of at least one occupational therapist as an author; or to discuss occupational therapy in Alzheimer's disease without restrictions on the stage of the disease and within the time frame and pre-selected languages. For the preparation of the process of occupational therapy and the conceptual map terminology proposed by the " Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process," 3rd edition of the American Association of Occupational Therapy was used. The conceptual map has been created to organize the body of knowledge of the interventions of occupational therapy in assisting the older adults with Alzheimer's disease and their caregivers. The panorama showed a disparity between the international and national scientific production regarding volume and quality of the studies. In the evaluation process, it was observed an approach centered on elder-caregiver dyad, with concerns directed to the awareness of the disease, quality of life, access to community resources and performance analysis during complex daily activities. In the intervention process, there is evidence available that confirm the effect of interventions in improving the functional capacity of the older adults, through actions using occupations as a treatment resource, cognitive stimulation, environmental changes (physical and social) and/or the educational program for caregivers. This study also showed the importance of understanding the social impact on the lives of people with Alzheimer's and their families and the necessary changes in family dynamics to meet the needs of these individuals. It is considered that the scientific literature is legitimate sources to highlight the values of a profession and to promote the development of public policies that will organize the supply of the services to the population. The lack of Brazilian publications and the democratization of information in a globalized world acted as motivation to use the knowledge produced internationally. Thus, Brazilian occupational therapists face the challenge of the need for publications on interventions with greater methodological rigor to justify the effectiveness of their actions and their inclusion in the shared professional practice at the different levels of health care for the older adults.



Keywords: Occupational Therapy. Alzheimer Disease. Aged. Evaluation. Therapeutics. Health Planning. Scientific and Technical Activities.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo do processo de seleção..... 75

Figura 2 – Mapa conceitual ..... 90

## LISTA DE QUADROS


Quadro 1 – Fontes de informação, expressões de busca e resultados dos documentos identificados. Rio de Janeiro, 2015..... 72

Quadro 2 – Estratégias de buscas manuais com fontes de informação, expressão de busca e resultados..... 74

Quadro 3 – Caracterização do *corpus* da pesquisa conforme título, ano, autores, periódicos, país e foco do estudo..... 78

Quadro 4 – Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à consciência da doença..... 93

Quadro 5 – Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à percepção sobre a qualidade de vida..... 102

Quadro 6 – Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao acesso aos recursos da comunidade..... 112

Quadro 7 – Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao desempenho durante as ocupações..... 119

Quadro 8 – Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao uso de tecnologias..... 126

Quadro 9 – Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos instrumentos de avaliação padronizados..... 136

Quadro 10 – Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos profissionais de saúde..... 151

Quadro 11 – Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas às ocupações.. 158

Quadro 12 – Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a contextos e ambientes..... 167

Quadro 13 – Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Habilidades Processuais..... 186

Quadro 14 – Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Habilidades Motoras..... 190

Quadro 15 – Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Habilidades de Interação Social..... 194

Quadro 16 – Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a Fatores do Cliente..... 209

Quadro 17 – Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores..... 222

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| AAD | *Assessment of Awareness of Disability* |
| ACED | *Assessment of Capacity for Everyday Decision-Making* |
| ACT | *Activity in Context and time* |
| AD-8 | *8-Item Informant Interview to differentiate aging and dementia* |
| ADAS-cog | *Alzheimer´s Disease Assessment Scale- Cognitive subscale* |
| ADCS-ADL | *Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of daily Living Inventory* |
| ADM | Amplitude de movimento |
| ADMIT | *Alzheimer's Disease Multiple Intervention Trial* |
| ADOC | *Aid for Decision-Making in Occupation Choice* |
| AES | *Apparent Emotion Scale* |
| AES- I | *Apparent Emotion Scale* – informant version |
| AIVD | Atividades instrumentais de vida diária |
| AMPS | *Assessment of Motor and Process Skills Process Scale* |
| AOTA | Associação Americana de Terapia Ocupacional |
| AVD | Atividades de vida diária |
| BAPM | *Brief Assessment of Prospective Memory – short form* |
| BDP | *Beck Dressing Performance Scale* |
| Behave-AD scale | *Behavioral Pathology in AD Rating* |
| BSFC | *The 28-item Burden Scale for Family Caregivers* |
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| CAMCOG | *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* |
| CAMP | *Caregivers Assessment of Management Programs* |
| CAMP (A) | *Comprehensive Assessment of Perspective Memory* |
| CAPE-BRS | *Clifton Assessment procedures for the elderly – Behaviour Rating Scale* |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CBS | *Challenging Behaviour Scale* |
| CCMAI | *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* |
| CCS | *Caregiver Competence Scale* |
| CDAD | *Chinese Version of the Disability Assessment* |
| CDR | *Clinical Dementia Rating* |

| | |
|---|---|
| CDRS | *Mattis Dementia Rating Scale – versão chinesa* |
| CERAD | *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* |
| CES-D | *Center for Epidemiologic Depression Scale* |
| CID-10 | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde |
| CIF | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. |
| CINAHL | *Cumulative Index to Nursing and Alied Health Literature* |
| CIRS-G | *Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics* |
| CME | *Cognitive Mini-Examination* |
| CNPI | *Chinese version of Neuropsychiatric Inventory* |
| COPM | *Canadian Occupational Performance Measure* |
| CPQdV-DA | Cuidador se auto-avalia |
| CPT | *Cognitive Performance Test* |
| CQdV-DA | Cuidador avaliar o paciente |
| CSD | *Cornnel Scale for Depression* |
| CSDD | *Cornell Scale for Depression in Dementia* |
| DA | Demência de Alzheimer ou Doença de Alzheimer |
| DAIR | *Dementia Apathy Interview and Rating* |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| DQoL | *Dementia Quality of Life Instrument* |
| DSM | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais |
| ENB 2 | Exame Neuropsicológico Breve 2 |
| ET | Tecnologias do cotidiano |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FAST | *Functional Assessment Staging Test* |
| FLSA | *Functional Living Skills Assessment Scale* |
| FM | Força muscular |
| GDS | Escala Geriátrica de Depressão |
| GHQ-12 | *General Health Questionnaire* |
| GPS | *Global Position System* |
| GRAD | *Guideline for Rating of Awarenes Deficits* |
| IDDD | *Interview of Deterioration in Daily Activities in Dementia* |
| ILPI | Instituição de Longa Permanência para Idosos |

| | |
|---|---|
| IQCODE | *Informant Questionnaire of Cognitive Decline in the elderly* |
| JLOT | *Judgment of Line Orientation Test* |
| KI-ADL | *Katz Index of Daily Living* |
| LATINDEX | Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal |
| Lawton - IADL | *Escala de Atividades instrumentais de vida diária de Lawton* |
| LCR | Líquido cefalorraquidiano |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| LOTCA-G | *Loweinstein Occupational Therapy Cognitive Assessment – geriatric* |
| MacCAT-T | *MacArthur Competence Assessment for Treatment* |
| MBDRS | *Modified Blessed Dementia Rating Scale* |
| MBI | Índice de Barthel modificada |
| MCI | Déficit cognitivo leve |
| MEEM | Mini-Exame do Estado Mental |
| META | *Management of Everyday Technology Assessment* |
| MIF | Medida de Independência Funcional |
| MSPSS | *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* |
| mWURT | *Modified Washington University Road Test* |
| NCD | Transtornos Neurocognitivos |
| NIA-AA | *National Institute on Aging and the Alzheimer's Disease* |
| NINCDS-ADRDA | *National Institute of Comunicative Disorders and Stroke And Alzheimer Disease and related disorders* |
| NPI | *Neuropsychiatric Inventory* |
| NPI-Q | *Neuropsichiatric Inventory Questionnaire* |
| OAA | *Older Americans Act* |
| OARS | *Older Americans Resources and Services* |
| OBRA | *Omnibus Budget Reconciliation Act* |
| OCDE | Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico |
| OMFAQ | *Multidimensional Functional Assessment Questionaire do OARS* |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPHI-II | *Occupational Performance History Interview – II* |
| OT seeker | *Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence* |
| PAC | *Positive Aspects of caregiving* |

| | |
|---|---|
| PAS | *Pittsburgh Agitation Scale* |
| PASS | *Performance Assessment of Self-care Skills* |
| PEDro | *Physiotherapy Evidence Database* |
| PET | P*ósitron Emission Tomography* |
| PNSPI | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa |
| PQdV-DA | o proprio paciente avalia sua qualidade de vida |
| PRPP | *Perceived Recall, Plan, Perform System of Task Analysis* |
| PSI | Política de Saúde do Idoso |
| PSMS | *Physical Self-Maintenance Scale* |
| QDV | Qualidade de vida |
| QoL-AD | *Quality of Life – Alzheimer's Disease Measure* |
| RADL | *Redefined Activities of Daily Living Assessment Scale* |
| RBEB | *Ronchi Brief Evaluation Battery* |
| Rey Copy | *Rey Visuoespetial Immediate Copy* |
| RFMT | *Route-Findings Memory Test* |
| RMBPC | *Revised Memory and Behavioral Problems Checklist* |
| RMI | Ressonância magnética |
| RMRT | *Route Map Recall Test* |
| RODE | *Record of Driving Errors* |
| SCIELO | *Scientific Eletronic Library on Line* |
| SCQ | *Sense of Competence Questionnaire* |
| S-ETUQ | *Everyday Technology Use Questionnaire- short version* |
| SF-12 | *Short Form Health Status* |
| SF-36 | *Short Form 36 Health Survey Questionnaire* |
| SMT | *Snellgrove Maze Test* |
| SPECT | S*ingle-photon Emission Computed Tomography* |
| SPPB | *Short Physical Performance Battery* |
| SPSM | *Short Portable Sarcopenia Measure* |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TA | Tecnologia Assitiva |
| TIC | Tecnologias da informação e comunicação |
| TO | Terapia Ocupacional |
| TPIADL | *Taiwan Performance-Based Instrumental Activities of Daily Living* |

| | |
|---|---|
| WAISS-III | Teste de extensão de dígitos – direto e inverso |
| ZBI | *Zarit Burden Interview* |

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| | **INTRODUÇÃO**..... | 16 |
| 1 | **O FOCO DA PESQUISA**..... | 21 |
| 2 | **REFERENCIAL ANALÍTICO**..... | 24 |
| 2.1 | **A demência de Alzheimer: possíveis fatores de risco e quadro clínico**.... | 24 |
| 2.2 | **A doença de Alzheimer: em busca do diagnóstico**..... | 26 |
| 2.3 | **Idosos com Demência de Alzheimer: evolução da doença e impactos no desempenho ocupacional**..... | 32 |
| 2.4 | **Idoso com Doença de Alzheimer: sobre o papel dos cuidadores**..... | 45 |
| 2.5 | **Políticas públicas direcionadas à pessoa idosa**..... | 54 |
| 2.6 | **O processo de trabalho dos terapeutas ocupacionais junto a idosos com doença de Alzheimer**..... | 60 |
| 3 | **OBJETIVOS**..... | 66 |
| 3.1 | **Objetivo Geral**..... | 66 |
| 3.2 | **Objetivos Específicos**..... | 66 |
| 4 | **MATERIAIS E MÉTODOS**..... | 67 |
| 4.1 | **Tipo de Estudo**..... | 67 |
| 4.2 | ***Corpus* do Estudo**..... | 67 |
| 4.3 | **Período**..... | 67 |
| 4.4 | **Considerações éticas**..... | 68 |
| 4.5 | **Fontes de informação**..... | 68 |
| 4.6 | **Critérios de inclusão e exclusão**..... | 70 |
| 4.7 | **Procedimentos metodológicos**..... | 71 |
| 4.7.1 | Primeira etapa: Identificação da produção científica nacional e internacional referente às ações da Terapia Ocupacional em idosos com Alzheimer..... | 71 |
| 4.7.1.1 | Estratégias de busca..... | 71 |
| 4.7.1.2 | Processo de Seleção..... | 75 |
| 4.7.2 | Segunda etapa: Construção do Mapa Conceitual..... | 76 |
| 4.7.3 | Terceira etapa: Comparação entre a literatura nacional e internacional sobre o processo de trabalho do terapeuta ocupacional na saúde do idoso com Alzheimer..... | 76 |

| | | |
|---|---|---|
| 5 | **RESULTADOS E DISCUSSÃO**..... | 77 |
| 5.1 | **Caracterização do *corpus* da pesquisa**..... | 77 |
| 5.2 | **O mapa conceitual**..... | 89 |
| 5.3 | **O processo de avaliação do terapeuta ocupacional junto aos idosos com Demência de Alzheimer**..... | 91 |
| 5.3.1 | Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: CONSCIÊNCIA DA DOENÇA..... | 91 |
| 5.3.2 | Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: PERCEPÇÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA..... | 100 |
| 5.3.3 | Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: ACESSO AOS RECURSOS DA COMUNIDADE..... | 110 |
| 5.3.4 | Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: DESEMPENHO DURANTE AS OCUPAÇÕES..... | 117 |
| 5.3.5 | Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PADRONIZADOS | 135 |
| 5.3.6 | Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: PERCEPÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS E FISIOTERAPEUTAS..... | 155 |
| 5.4 | **O processo de intervenção do terapeuta ocupacional junto aos idosos com Demência de Alzheimer**..... | 155 |
| 5.4.1 | Evidências científicas sobre as intervenções voltadas para: OCUPAÇÕES.. | 156 |
| 5.4.2 | Evidências científicas sobre as intervenções voltadas para: CONTEXTOSE AMBIENTES ..... | 164 |
| 5.4.3 | Evidências científicas sobre as intervenções voltadas para: HABILIDADES E PADRÕES DE DESEMPENHO..... | 184 |
| 5.4.4 | Evidências científicas sobre as intervenções voltadas para: FATORES DO CLIENTE..... | 207 |
| 5.5 | **A Terapia Ocupacional e os cuidadores de idosos com Alzheimer: as evidências científicas**..... | 221 |
| | **CONSIDERAÇÕES FINAIS**..... | 242 |
| | **REFERÊNCIAS**..... | 253 |

## INTRODUÇÃO

A presente tese focaliza a atuação dos terapeutas ocupacionais com idosos com Demência/Doença de Alzheimer (DA). Busca-se entender, no cenário nacional e internacional, as práticas profissionais no campo da saúde do idoso; identificar sintonias e possíveis distinções, no Brasil e no exterior, para os fundamentos – conceituais e práticos (inclusive protocolos) – utilizados para a construção de suas práticas de ação; discutir os principais desafios encontrados pelos profissionais diante da clientela fragilizada pela demência.

A formação ampla e generalista em Terapia Ocupacional tem se refletido em produções científicas – nacionais e internacionais – que abordam as medidas avaliativas e intervencionistas com foco na promoção de saúde, no impacto dos valores sociais na vida dos indivíduos fragilizados, bem como nas condições de recuperação/manutenção das habilidades para o desempenho ocupacional.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a estimativa do número de pessoas com demência (entre as quais a demência de Alzheimer se inclui como o principal tipo) foi de 47 milhões no mundo em 2015 (WHO, 2015). A incidência mundial alerta para um quantitativo de 7,7 milhões a cada ano e esses dados indicam o impacto global da doença na comunidade e no sistema de saúde (BURLÁ et al., 2013).

A Alzheimer's Association, organização de saúde filantrópica de Chicago, voltada para pesquisas, apoio e cuidados para os pacientes com Alzheimer e seus cuidadores, aponta para um caso da DA a cada nove pessoas, com idade igual ou superior a 65 anos, sendo considerada a 6ª causa de morte nos Estados Unidos e a quinta causa de morte entre os americanos com 65 anos ou mais (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2014). Por sua vez, a Sociedade Canadense de Alzheimer divulgou, em 2012, que o número de pessoas em seu país que vivem com deficiências cognitivas (incluindo-se aquelas causadas pela demência de Alzheimer) é de aproximadamente 747 mil (ALZHEIMER SOCIETY CANADA, 2013). Esses dados se assemelham aos da Grã-Bretanha (CLARE et al., 2013).

No levantamento feito em 28 países membros da União Europeia, a estimativa de pessoas que apresentam a doença de Alzheimer ou outras demências alcança a casa de mais de 8,7 milhões de pessoas, podendo chegar a 9,25 milhões com a inclusão de outros países como Islândia, Noruega, Suíça e Turquia (ALZHEIMER EUROPE, 2014, p. 21). Alguns como, Alemanha, França, Itália e Suécia apresentam uma taxa maior que a média europeia para a patologia, com uma porcentagem que representa 1,92, 1,85, 2,09 e 1,82 de cada população total

do país, respectivamente (ALZHEIMER EUROPE, 2014). Na Ásia, dados indicavam um quantitativo de 15,94 milhões de pessoas no ano de 2010 (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009). Os dados de custos, quando existentes, são vultuosos, mas podem sofrer fortes variações, sujeitos a imprecisões na coleta de dados ou nas técnicas metodológicas para a análise dos dados.

Seguindo o cenário mundial de aumento proporcional dessa doença, a Associação Brasileira de Alzheimer aponta para um total de 1,2 milhões de pessoas com demências (ABRAz, 2013). O estudo de revisão sistemática de Fagundes et al. (2011) aponta que a taxa de prevalência varia entre 5,1% a 19%, mas os estudos de melhor qualidade se restringem à região de São Paulo, não refletindo o que seria a realidade brasileira.

Vale ressaltar que o panorama brasileiro prospectivo para a demência, feito no estudo de Burlá e colaboradores (2013), indica também uma restrição para a obtenção de dados precisos de incidência e prevalência, pois as notificações não são contínuas e/ou de boa qualidade e, se restringem a uma pequena região do país. Nesse estudo, as projeções indicam um pequeno crescimento da prevalência entre os anos de 2010 e 2020, de 7,6% para 7,9%, que corresponde a 55 mil novos casos por ano. Os resultados de crescimento indicam uma estimativa semelhante à divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BURLÁ et al., 2013).

Em face da elevada prevalência mundial e do impacto social desencadeado pela doença, a OMS, em 2012, passou a considerar a doença de Alzheimer e outras demências correlatas entre as prioridades da saúde pública (DUTHEY, 2013; WHO, 2012). Em busca de políticas públicas adequadas, o governo nacional tem aprovado leis e criado estratégias de ação a fim de assegurar um envelhecimento ativo e saudável.

Nessa tese, após análise do texto de José e Teixeira (2014) que discute os diferentes entendimentos, não consensuais, do termo "envelhecimento ativo" elaborados pela OMS, União Européia ou pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), optamos pelo conceito da OMS por ele reconhecer que há uma responsabilidade individual (comportamentos e decisões) e coletiva (entidades públicas e sociedade devem ser facilitadoras) para obter esse envelhecimento. Essa abordagem é baseada nos direitos das pessoas idosas e respeita as vontades e capacidades destas, não negligenciando sua perspectiva do que é envelhecer bem. Além disso, atribui importância à igualdade de recursos e oportunidades, bem como estímulo às intergerações para o alcance do envelhecimento ativo (JOSÉ; TEIXEIRA, 2014). Para o tema em questão, as alternativas políticas devem ser várias,

levando em conta as mudanças que os idosos experimentam nos aspectos social, cultural, psicológico e/ou biológico, além de alterações no perfil dos núcleos familiares (CAMARANO, 2004; VERAS, 2003; VERAS, 2009).

A demência de Alzheimer é o termo que vem sendo, desde 2011, recomendado para substituir o que chamávamos de Doença de Alzheimer, a partir de uma revisão de um grupo de trabalho feito pelo *National Institute on Aging and the Alzheimer's Disease* (NIA-AA), pelo *National Institute on Neurologic and Communicative Disorders and Stroke* e *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA) (CARRILLO et al., 2013) sobre os critérios diagnósticos estabelecidos para essa patologia. Nessa tese usaremos os dois termos, pois a expressão "doença de Alzheimer" ainda é amplamente utilizada na maioria dos textos.

De todos os tipos de demência, a do tipo Alzheimer é a principal causa, respondendo por 50% a 75% dos casos (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2014), seguida por demência do tipo vascular, por corpos de Lewy e a demência frontotemporal (BURLÁ et al. 2013). A DA têm uma relação estreita com o processo de envelhecimento, pois apresenta uma proporção aumentada nos grupos de idade mais avançada (ABRAz, 2013; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2013; FERRARI, 2007). O curso clínico da doença e a sobrevida são variáveis, apresentando prejuízo no desempenho das atividades cotidianas correlacionado aos déficits no funcionamento cognitivo (ATWAL; McINTYRE, 2013; MACHADO, 2011; PADILLA, 2011a).

Esses idosos, parte deles por um longo tempo, ficam sob dependência do sistema de saúde e sob o cuidado de familiares ou cuidadores formais, pois apresentam como características a perda de memória, confusão mental, prejuízo na linguagem e no raciocínio, declínio na autonomia[1] para tomar decisões e para completar tarefas, e desorientação no tempo e no espaço. Essas particularidades da doença comprometem a independência e autonomia para realização das atividades que lhes eram rotineiras, entre elas as atividades da vida diária e instrumentais da vida diária, trabalho, lazer e participação social (GITLIN; CORCORAN, 2005; PADILLA, 2011a; SCHABER; LIEBERMAN, 2010).

O declínio gradual da autonomia e o déficit funcional progressivo e irreversível fazem também com que esses idosos se tornem dependentes de outras pessoas, normalmente os familiares e/ou cuidadores (RODRIGUES; GONTIJO, 2009). Referências da literatura nacional indicam a importância de se compreender o impacto social na vida das pessoas com

[1] Autonomia expressa a liberdade para agir e tomar as decisões. É autogovernar-se (NOVELLI; CANON, 2012).

Alzheimer e seus familiares, as mudanças na dinâmica da família para atender às necessidades desses sujeitos, a sobrecarga dos cuidadores formais e/ou informais, diretamente relacionada ao grau de dependência do idoso com DA, a desestruturação do orçamento familiar, os custos indiretos, e o impacto negativo na saúde do cuidador (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006; LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006; RODRIGUES; GONTIJO, 2009).

Nesse contexto, o Terapeuta Ocupacional atua como um dos integrantes da equipe de cuidados à saúde do idoso. O foco da intervenção é envolver os idosos em ocupações que lhes sejam significativas e que permitam que eles assumam os papéis sociais nos diferentes contextos – seja em casa, no trabalho, na comunidade e/ou no lazer – dando suporte à participação na vida e à sua saúde (AOTA, 2014; TIRADO; DRUMMOND, 2008). Este profissional, em atuação com os demais integrantes da equipe, compartilha, por meio de um projeto terapêutico individual, a responsabilidade do cuidado integral dos idosos com Alzheimer, seus familiares e/ou cuidadores.

Os objetivos dos cuidados centram-se nas habilidades apresentadas pelo idoso para realizar as atividades e não nas limitações; na possibilidade de promover o uso do tempo de forma significativa; na promoção do senso de pertencimento e de estímulo às habilidades de comunicação verbal e não verbal (HELLEN; PADILLA, 2012). A educação, treinamento e suporte tanto do idoso quanto de cuidadores são outras estratégias primordiais nos atendimentos terapêuticos ocupacionais (PADILLA, 2011a).

Os papéis assumidos pelos terapeutas ocupacionais estão em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria nº 2.528 de 19/10/2006), ao preconizar a manutenção da capacidade funcional[2] e da autonomia, na promoção de um envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006a). A capacidade funcional é tida como um dos novos paradigmas de saúde, na busca de um equilíbrio ou um grau de preservação dos diversos fatores que a capacidade funcional engloba, tais como saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (CASSIANO, 2008). Essa expressão, na área da gerontologia, está "associada à condição de independência e autonomia, para realização das tarefas cotidianas ou atividades de vida diária" (CASSIANO, 2008, p. 141).

A portaria que rege a PNSPI afirma que a perda da capacidade funcional é um dos principais problemas da população idosa e indica as responsabilidades de cada instituição na

[2] Capacidade funcional é a manutenção das habilidades físicas e mentais que amadurecem ao longo da vida e são necessárias para obter uma vida independente e autônoma (NOVELLI; CANON, 2012).

busca e promoção de um envelhecimento saudável, da manutenção da capacidade funcional e do cuidado integral (DEL LUCA; SILVA; HALLAL, 2009; LOUVISSON; BARROS, 2009; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Dessa forma, a capacidade funcional indica o grau de saúde dos idosos em uma sociedade, bem como serve à formulação de políticas públicas (CASSIANO, 2008).

O cuidado ao idoso, mais precisamente a produção do cuidar no geral, aplica-se a todos os profissionais da área e visa atender à concepção atual das políticas de saúde. Nesse novo modelo assistencial preconiza-se que as práticas desenvolvidas por cada profissional estejam relacionadas à escuta, acolhimento, integralidade e humanização, rompendo com o modelo antes centrado na doença e com o distanciamento entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (FARIA; CASTRO SANTOS, 2013). A prática de cuidados à pessoa idosa, nesta política, exige uma abordagem global e interdisciplinar que leve em conta todos os aspectos biopsicossociais e o contexto como condicionante do processo de saúde e doença (CRUZ; FERREIRA, 2011).

# 1 **O FOCO DA PESQUISA**

Esta pesquisa volta-se para as práticas cotidianas de terapeutas ocupacionais nos atendimentos de idosos com Demência de Alzheimer (DA), no Brasil e no exterior. Segundo Rodrigues e Gontijo (2009), a maioria das publicações científicas brasileiras relacionadas à demência de Alzheimer é voltada para a pesquisa nos aspectos clínicos da doença e com enfoque nos diagnósticos. Os estudos direcionados à intervenção não farmacológica – incluindo o processo terapêutico ocupacional - ainda são incipientes.

No tocante às publicações estrangeiras sobre a doença, há um quantitativo maior de publicações, mas são voltadas, em sua maioria, para o estudo da fisiopatologia, compreensão de fatores genéticos associados, atenção farmacêutica, bem como às relações entre cuidadores e o idoso com DA (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2014). No exterior, há revistas científicas direcionadas exclusivamente para o estudo da Demência de Alzheimer, como a *Alzheimer's Research and Therapy*, além de inúmeros periódicos voltados para o público idoso.

A tese contempla a produção científica nacional e internacional em Terapia Ocupacional (TO) voltada para o atendimento ao idoso com DA. Também buscou compreender as questões da identidade profissional do terapeuta ocupacional, a delimitação de seu campo de atuação, suas singularidades e pontos de interseção ou colaboração com as equipes multidisciplinares de saúde também. A partir da análise da evolução do campo da ciência, é possível identificar as áreas emergentes, campos da ciência consolidados e aqueles que precisam de maior suporte para progredir cientificamente, além de poder contribuir para a solidificação das políticas públicas voltadas para a saúde dos idosos.

A literatura, objeto do presente estudo, parte da problematização da incapacidade parcial ou total do idoso com Alzheimer para executar as atividades cotidianas, discute o papel do terapeuta ocupacional – profissional inserido no campo da saúde, nos três níveis de atenção – e as políticas do campo da saúde do idoso. As políticas públicas, no Brasil, enfeixam-se no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01/10/2003), na Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528 de 19/10/2006), como suportes ou referências para o campo de atuação (BRASIL, 2003, 2006a).

Se focalizarmos a literatura internacional, as políticas de cuidado com o idoso apesar de seguir objetivos universais estipulados pela Organização Mundial de Saúde, atuam com

diversas legislações para o cuidado social e de saúde específicas em cada região, com ofertas de serviços mais ou menos estruturados (GALLAGHER, 2013).

A literatura aponta que as políticas regulam a questão da saúde, bem como ajudam a estruturar como serão desenvolvidos os serviços de Terapia Ocupacional (ATWALL, 2007). Nos outros países europeus, verifica-se certa diversidade entre os países ao conduzir o problema médico e social advindo da doença de Alzheimer e outras demências relacionadas. Há países com estratégia nacional para demência já implantada, outros ainda por desenvolver e outros sem o apoio necessário para o desenvolvimento de estratégias de intervenção nas demências (ALZHEIMER EUROPE, 2013).

O relatório sobre a demência de Alzheimer no mundo, conduzido pela Alzheimer's Disease International, retratou, em 2009, que os países de baixo a médio produto nacional bruto, possuem pouca ou nenhuma percepção sobre a doença como uma grave condição médica. Nesse panorama, a falta de percepção sobre a magnitude da doença tem forte impacto no idoso, na família, no planejamento político e na infraestrutura social (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009). Nos processos demenciais, a autoconsciência da doença é variável e pode estar prejudicada parcialmente ou totalmente (SOUSA et al., 2011). A falta de consciência social da doença leva os próprios doentes a não procurarem os serviços de cuidados; nesses serviços não há reconhecimento da extensão doença e não são traçadas estratégias para a demanda; não existe pressão sobre os governos para a criação de redes de apoio; a família desempenha o papel de cuidador principal com pouco conhecimento e/ou nenhum suporte social (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009).

No desdobramento do trabalho de investigação da produção científica, surgem questões centrais para a pesquisa: Como o terapeuta ocupacional atua com pessoas com doença de Alzheimer, integrando o adoecimento às necessidades do sujeito? O cuidado, relatado nas produções científicas, promovidos pelos profissionais da Terapia Ocupacional tem repercussões no cotidiano desses idosos? Considerando o caráter até hoje irreversível da doença, qual tem sido a abordagem dos terapeutas ocupacionais com familiares e cuidadores de idosos com DA? Quais suportes conceituais e protocolos são descritos na abordagem do idoso com DA, para a formação da prática profissional? Os terapeutas ocupacionais, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde, enfrentam quais tipos de desafios para a prática profissional compartilhada? Tais questões serão examinadas, à luz da produção científica nacional e internacional sobre o tema.

# 2 **REFERENCIAL ANALÍTICO:**

## 2.1 **A demência de Alzheimer: possíveis fatores de risco**

A demência/doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se por uma afecção neurodegenerativa, de curso clínico insidioso, progressivo e até hoje irreversível, e que possui uma constelação de fatores presumivelmente associados à patologia (BARROS et al., 2009; MACHADO, 2011). A DA desenvolve-se com frequência em idosos (acima de 60 anos), mas existem raros casos de surgimento da doença em adultos jovens (MACHADO, 2011).

Apesar de não ter uma causa conhecida, a doença apresenta alguns fatores associados ao seu aparecimento. O maior fator de risco para o desenvolvimento da DA é o avançar da idade, com aumento progressivo das demências a partir dos 60 anos de idade. Contudo, o fator idade, tomado isoladamente, não é suficiente para predizer o aparecimento da doença (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2013). Quanto ao gênero, o acometimento é maior em mulheres, sobretudo naquelas com idade superior a 80 anos, mas esse fenômeno pode dever-se à maior sobrevida da população feminina (MACHADO, 2011).

Ter um membro na família com o diagnóstico tende a elevar o risco de desenvolvimento da doença, quando comparados àqueles que não têm parentes de primeiro grau com DA (MACHADO, 2011). Isso parece indicar que o fator genético é relevante para o surgimento da doença de início precoce (incidência ao redor dos 40 anos). Apesar de raro, é um tipo relacionado à herança autossômica dominante (TORRÃO et al., 2012).

Como a busca pelo determinismo genético atrai inúmeros pesquisadores para a descoberta de doenças complexas, como a doença de Alzheimer, outros fatores (variáveis evolutivas, históricas e ambientais) possivelmente associados ao surgimento da doença podem ficar fora do foco ou até mesmo ser desconsiderados, o que prejudica o saber científico sobre a doença e possíveis atuações diante de situação patológica de imensa complexidade. Nesse sentido, Lock (2005, p. 225) faz uma revisão crítica sobre as testagens genéticas; embora reconheça sua importância, há "outras causas ainda não compreendidas, e a susceptibilidade genética, embora contribua, não determina o futuro". A autora ainda acrescenta que saber sobre os riscos não tem impacto direto sobre o cuidado clínico ou prognóstico (LOCK, 2005), diante da própria precariedade do conhecimento científico sobre a doença.

A Associação Americana de Alzheimer propõe que os fatores de risco para doenças cardiovasculares também estejam relacionados ao desenvolvimento das demências, entre elas a doença de Alzheimer. Esses fatores incluiriam diabetes, obesidade, hipertensão, colesterol alto e fumo. Há também estudos que relacionam a doença de Alzheimer aos traumas cranioencefálicos, dependendo da gravidade do trauma (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2013).

A síndrome de Down, por sua vez, aparece como uma patologia que favorece o aparecimento de Alzheimer (DINIZ; SOARES; TAVARES, 2005; PITELLA, 2005). O envelhecimento prematuro é característico de pessoas com esta síndrome e praticamente todos apresentam os sintomas clínicos da doença de Alzheimer por volta dos 40 e 50 anos de idade (SIMITH, 1999)[3].

O déficit cognitivo leve (MCI, da sigla em inglês) aparece como uma condição em que há comprometimento de um ou mais domínios cognitivos sem atender ao diagnóstico da demência. Alguns estudos relatam que poucos são os casos que podem estar associados a um estágio inicial da doença de Alzheimer, sendo denominado Comprometimento Cognitivo Leve devido à doença de Alzheimer (MCI devido a DA) (MATTOS; PAIXÃO JÚNIOR, 2010).

Num sentido que se afasta das noções de risco no campo da medicina, possuir boa escolaridade, alto nível socioeconômico e ter atividade social/mental parecem representar fatores de proteção para o aparecimento da doença. Segundo o Alzheimer's Association (2013) quanto maior a educação, maior seria a estimulação entre as conexões dos neurônios e, consequentemente, mais alta seria a capacidade de compensar mudanças ocorridas no cérebro, utilizando rotas alternativas entre os neurônios para realizar as tarefas cognitivas. Segundo Lock (2005), essa explicação é passível de questionamentos: as pessoas com maior escolaridade teriam maior capacidade de responder aos testes avaliativos, tentando encobrir os primeiros sinais de demência. Isto poderia confundir as estimativas sobre os grupos e fatores de risco. No entanto, há indicações em contrário.

No estudo feito por Talmelli e colaboradores (2010), em uma amostra de 67 idosos com doença de Alzheimer, a escolaridade parecia influenciar sua capacidade funcional. Aqueles com o menor nível de instrução apresentaram uma chance cinco vezes maior em ter dependência para realizar as atividades de vida diária. De qualquer modo, o motivo pelo qual a atividade social e mental parece ser fator de proteção ainda é desconhecido; todavia, foi

[3]Por meio de estudos genéticos, as mutações para presenilina 1 e presenilina 2, localizados nos cromossomos 14 e 1, respectivamente, aparecem também como fatores de risco para o desenvolvimento da doença de início precoce (LUCATELLI et al, 2009, p. 27).

associado à construção de uma reserva cognitiva, como acontece na educação (TALMELLI et al., 2010). Essa reserva cerebral, segundo teóricos que estudam sobre a doença de Alzheimer, começaria a se formar ainda *in utero* (LOCK, 2005).

O estado nutricional também parece ter influência protetora para o processo de demência e nele estão incluídos: uma dieta rica em antioxidantes e vitaminas E, C, B6, B12 e folato; atividade física regular; consumo moderado de vinho tinto; uso de medicamentos como estrogênios, antiinflamatórios não esteroides, antioxidantes, receptores histamínios H2; e, presença do alelo ε2 (MACHADO, 2011). Assim como alterações nutricionais podem levar à demência, o estado nutricional pode piorar em paciente já acometidos pela doença. Isso seria explicado por conta das desordens cognitivas, decorrentes do curso evolutivo da DA, levar a um comprometimento da deglutição e mastigação, bem como desordens da atenção durante as refeições ou esquecimento para preparar refeições (MACHADO et al., 2009).

## 2.2 **A doença de Alzheimer: em busca do diagnóstico**

Em relação à confirmação ou não da existência da doença de Alzheimer, o diagnóstico definitivo da doença só pode ser feito no *post-mortem*, pois é necessária a análise histopatológica do tecido cerebral (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2013).

Ainda existem discordâncias sobre quais seriam os melhores critérios para o diagnóstico das pessoas com Alzheimer ou demências relacionadas (NITRINI et al., 2005a). Entretanto, a fim de buscar um consenso nacional sobre as condutas para o diagnóstico, um grupo de médicos da Academia Brasileira de Neurologia, comandados pelo professor Ricardo Nitrini, definiu – através de revisão de literatura, como o que aqui buscamos, e baseados na qualidade das evidências – que os critérios para diagnóstico de demência seguiriam a proposta feita pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM); para o diagnóstico da doença de Alzheimer, seriam as condutas preconizadas pelo *National Institute of Comunicative Disorders and Stroke and Alzheimer Disease and related Disorders* (NINCDS-ADRDA), feito por McKHANN e colaboradores (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; McKHANN et al., 1984; NITRINI et al., 2005a).

Os critérios da Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar de pouco relatados nos estudos de revisão sobre diagnóstico de Alzheimer e outras demências relacionadas, também constituem uma ferramenta opcional para diagnósticos (NITRINI et al., 2005a). Seus critérios se baseiam no declínio da memória, da capacidade de julgamento e pensamento, no processamento de informações, na capacidade de percepção do ambiente, na investigação sobre a presença de *delirium*, na alteração de comportamento social e alteração emocional, bem como no tempo em que os sintomas estão presentes (OMS, 1993).

Ao utilizar o DSM para diagnósticos, a versão em sua 5ª edição, descreve a doença dentro da categoria dos Transtornos Neurocognitivos (NCD, da sigla em inglês) Leves e Maiores devido à Doença de Alzheimer (APA, 2014), que resulta em "Provável Doença de Alzheimer" ou "Possível Doença de Alzheimer". No NCD Leve, a "Provável DA" está ligada a mutações genéticas ou histórias familiares. Já a "Possível DA" se relaciona a evidências de declínio de memória, progressivo e gradual, sem platôs prolongados, além de excluir patologias que parecem desenvolver-se como o Alzheimer (APA, 2014). Para caracterizar um transtorno neurocognitivo leve (NCD leve), a pessoa apresenta um declínio cognitivo moderado, mas que não interfere na realização das atividades diárias (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2013). O paciente necessita de mais esforço para desempenhar as atividades diárias, mas elas não são comprometidas e o indivíduo consegue realizar até mesmo as atividades complexas, como administração de medicamentos e gerenciamento financeiro (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2014).

Já os critérios para diagnóstico do Transtorno Neurocognitivo Maior são estabelecidos se um dos sintomas descritos a seguir for apresentado pelo paciente, que conduz ao diagnóstico de "Provável DA"; e, em caso negativo, "Possível DA". Os critérios são baseados na comprovação de mutação genética associada ao desenvolvimento da DA, a partir de história familiar ou teste genético. O outro sintoma engloba três situações que devem estar presentes, tais como a história detalhada ou comprovação por meio de testes neuropsicológicos de que há prejuízo em dois domínios cognitivos, sendo um deles de memória e de aprendizado; que o declínio tenha evolução progressiva e gradual, sem intervalos de tempos prolongados; e, não haja indícios de outro tipo de doença que possa contribuir para o declínio cognitivo (APA, 2014).

Nesse tipo de transtorno, os declínios nas funções cognitivas interferem no desempenho das ocupações (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2014). Entende-se por

ocupações, “as atividades cotidianas nas quais as pessoas se engajam, incluindo as atividades da vida diária, instrumentais da vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, lazer e participação social” (AOTA, 2014, p. s-5). Esses pacientes com NCD Maior necessitam de assistência ou supervisão para a realização das atividades mais complexas, como manutenção/gerenciamento da saúde e gerenciamento do lar (ALZHEIMER’S ASSOCIATION, 2013).

No DSM-5, também são apresentados os critérios para determinar se esse tipo de demência está relacionado à DA ou se é referido a outros tipos de demência, como: demência vascular, demência frontotemporal, corpos de Lewy, demência mista e outras etiologias (APA, 2014).

Como já informado anteriormente, para diagnóstico da doença de Alzheimer, estudos mostram que no Brasil são mais utilizados os critérios do *National Institute of Comunicative Disorders and Stroke and Alzheimer Disease and related disorders* (NINCDS-ADRDA) (McKHANN et al., 1984). Os critérios são baseados na história clínica, no exame físico e neurológico e na investigação por imagem (BARROS et al., 2009). É necessário o indivíduo apresentar déficits em duas ou mais áreas da cognição, piora progressiva da memória e outras funções cognitivas, ausência de distúrbio de consciência e ausência de doenças sistêmicas e doenças cerebrais que por si só provocariam um declínio progressivo da memória e cognição, além de comprovação do déficit pelos testes cognitivos e/ou neuropsicológicos. Esse diagnóstico é auxiliado por informações sobre a deterioração em outras áreas cognitivas como linguagem, praxia, percepção, além de padrões anormais de comportamento, história familiar e exames laboratoriais e/ou de imagem (DUBOIS, 2010; GALLUCCI NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

Como o diagnóstico de DA é amplamente baseado no julgamento dos critérios estipulados pelo NINCDS-ADRDA, esses critérios têm sido atualmente revisados para garantir um diagnóstico mais eficaz e precoce, bem como outros exames tem sido incluídos para aumentar a precisão do diagnóstico (DUBOIS, 2010). Os biomarcadores no líquido cefalorraquidiano (LCR), tomografia por emissão de pósitrons (PET), imagem de ressonância magnética (RMI) e tomografia por emissão de fótons (SPECT) aparecem como novos exames para o diagnóstico, mas que precisam ser validados antes de serem adotados na prática clínica (HANDELS et al., 2014).

Os exames de neuroimagem permitem observar a existência de atrofia do córtex, alterações no hipocampo e envolvimento posterior progressivo do lobo temporal (giro

fusiforme, lobo temporal lateral) e correlacionar aos diferentes estágios da doença ( BOTTINO, 2003; GALLUCCI NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005). A tomografia computadorizada (ou a ressonância magnética, quando possível) é exame essencial para o diagnóstico diferencial. Para a fase inicial da Demência de Alzheimer – na qual a memória episódica é o sintoma que se apresenta com maior evidência – ao fazer a ressonância magnética, podem ser encontradas regiões de atrofia na área do hipocampo e córtex entorrinial (NITRINI et al., 2005a).

Bottino (2003) relata que, nos estudos longitudinais, a atrofia hipocampal sugere uma predisposição do paciente a desenvolver a doença de Alzheimer, pois essa alteração se relaciona a déficits na memória episódica. Segundo o mesmo autor, a atrofia no córtex temporal associada ao hipocampo e cíngulo anterior também podem ser preditores da doença de Alzheimer. Da mesma forma, Izquierdo (2002) especifica que as lesões aparecem primeiro no córtex entorrinal e hipocampo e, posteriormente, córtex pré-frontal e parietal.

A ressonância magnética funcional é capaz de detectar as alterações neuropatológicas ainda mais precocemente (NITRINI et al., 2005a). A indicação para realização do PET e SPECT servem para auxiliar no diagnóstico de DA ou sugere outros tipos de demência. Contudo, o SPECT é raramente solicitado e o PET é pedido para fins de pesquisa. Esses exames conseguem diferenciar idosos normais de pacientes com DA ainda em fase incipiente. O eletroencefalograma também é um exame solicitado em pacientes com suspeita de demência ou outras encefalopatias.

Como complementação para o diagnóstico de todos os tipos de demências, alguns exames são recomendados: hemograma completo, concentrações séricas de uréia, albumina, creatinina, hormônios tireo-estimulante, tiroxina livre (T4), vitamina B12 e cálcio, albumina, reações sorológicas para sífilis e sorologia para HIV (em pacientes com idade inferior a 60 anos) (NITRINI, 2005a).

A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) é outro instrumento que auxilia no diagnóstico da doença de Alzheimer. De forma ainda não esclarecedora, há uma diminuição da concentração de um dos tipos de peptídeos beta-amilóides (Aβ1-42) no LCR, sugerindo o acúmulo desse peptídeo nas placas senis[4] (WILTFANG et al., 2009). Os mesmos autores destacam que, além dessas substâncias, na análise do LCR são encontradas concentrações aumentadas de proteínas tau em sua forma fosforilada. A presença desse substrato conduz à discriminação entre a DA e outros transtornos que envolvem a demência. A análise simultânea

[4]Estudos também sugerem que o Aβ2-42 seja o segundo peptídeo mais abundante na amostragem do LCR e ele está relacionado à formação de ninhos para a formação das placas β-amilóides (WILTFANG et al, 2009)

de dois ou mais fatores no LCR melhora a precisão do diagnóstico da doença de Alzheimer (WILTFANG et al., 2009).

Os critérios diagnósticos e os exames complementares são condutas fundamentais para embasar o diagnóstico da DA. Acresce a isso, uma bateria de instrumentos de avaliação cognitiva e funcional que auxiliam na precisão do diagnóstico. De preferência, são utilizadas as avaliações padronizadas, pois elas viabilizam a produção de um conhecimento específico e conferem confiabilidade às intervenções (CHAVES et al., 2000). Os instrumentos de avaliação padronizados, além de possuírem o padrão para sua administração e pontuação, conferem informações sobre a confiabilidade e validade, dados estes fundamentais para a interpretação dos resultados (UNSWORTH, 2000).

Em um estudo feito em 2005 pelo professor Ricardo Nitrini e colaboradores, foram analisados sistematicamente instrumentos de avaliação que auxiliam nas evidências para o diagnóstico da doença de Alzheimer no Brasil (NITRINI et al., 2005b). Os testes utilizados estão voltados para habilidades específicas que normalmente estão alteradas nos pacientes que apresentam a doença de Alzheimer ou outras demências.

Para a avaliação cognitiva global, o instrumento de rastreio mais comumente utilizado é o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), que avalia itens relacionados à orientação no tempo e no espaço, linguagem, memória, atenção e cálculo (NITRINI et al., 2005b). O ponto de corte para identificar possível alteração cognitiva varia de acordo com a escolaridade do cliente avaliado (BRUCKI et al., 2003).

Dentre as avaliações de memória, a revisão sistemática aponta para o Teste de Aprendizagem Auditivo de Rey ou o de Memória Lógica da Escala de Memória de Weschler como os mais eficazes. Além desses, bateria CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease)* ou de desenhos simples e ADAS-cog (*Alzheimer's Disease Assessment Scale cognitive*) são outros comumente usados, apesar de possuírem sensibilidade um pouco baixa ou sem acurácia diagnóstica (NITRINI et al., 2005b). Os desenhos de figuras geométricas da bateria CERAD também são sugeridos como testes para identificar as habilidades construtivas dos pacientes.

Os testes de atenção são importantes para fazer o diagnóstico diferencial, pois em pacientes com doença de Alzheimer não é comum acontecer alterações globais do sistema atencional (NITRINI et al., 2005b). Nesse estudo de revisão, os autores sugeriram o uso do Teste de Trilhas e Extensão de Dígitos. O Teste de Trilhas consiste em conectar, com lápis e em ordem crescente, 25 números ou números alternados de letras. O teste avalia a atenção

seletiva, sequenciamento, rastreio visual, flexibilidade mental e função motora (YASSUDA et al., 2010). Ele apresenta uma sensibilidade de 90% e uma especificidade de 86,7%, revelando boa estratégia para ser utilizada nos diagnósticos diferenciais de DA (NITRINI et al., 2005b). No teste de extensão de dígitos – direto e inverso (WAISS-III), o profissional pede ao paciente para repetir uma sequência crescente de números na forma direta ou inversa, com a função de avaliar a memória operacional e atenção verbal, concentração e processos sequenciais (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

Para avaliação da linguagem, o teste de nomeação de Boston foi o mais indicado, bem como os de nomeação de objetos reais ou nomeação de oito figuras. O teste de nomeação de Boston avalia a capacidade de o paciente nomear aproximadamente 60 ilustrações por confrontação visual (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010). O paciente com DA em estágio inicial, apesar de conservar o vocabulário, pode apresentar problemas semânticos-lexicais. Já nas fases intermediárias e tardias, há uma piora do quadro e o paciente pode apresentar alterações similares às da afasia sensitiva (NITRINI et al., 2005b).

Para investigar sobre o funcionamento das funções executivas, recomenda-se o uso do teste do desenho do relógio e teste de fluência verbal. No teste do relógio, solicita-se ao paciente que ele desenhe um relógio completo, marcando um determinado horário estipulado pelo examinador. Com isso, há a possibilidade de examinar as habilidades visuoconstrutivas e funções executivas (YASSUDA et al., 2010). Segundo Nitrini et al. (2005b), o problema para a aplicação desse teste diz respeito à sua não adequação para a população analfabeta. Por sua vez, o teste de fluência verbal é feito com o paciente solicitando que ele fale, em um minuto, uma série de animais ou fonemas iniciados com as letras F, A e S. Além da linguagem, nesse teste é possível investigar sobre problemas relacionados à memória semântica e às estratégias de busca relacionadas à função executiva (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

As apraxias e as funções visuoperceptivas não estão alteradas na fase inicial da doença de Alzheimer, mas é comum com a evolução da doença. Para tanto, são sugeridos estudos de gestos mencionados previamente e percepção de figuras sobrepostas, respectivamente. Para avaliação de conceituação e abstração, o subteste de arranjo de figuras de WAIS-III e o subteste de semelhanças do CAMDEX são os indicados para ser usado na população brasileira. Neles, solicita-se que o paciente identifique a semelhança entre pares de substantivos, como por exemplo, a relação entre pera e laranja ou cachorro e cavalo. A avaliação de semelhanças é considerada como um dos preditores mais precoces de déficits cognitivos (NITRINI et al., 2005a). Esses testes que avaliam as alterações nas habilidades dos pacientes são feitos

normalmente pelo neuropsicólogo para auxiliar no diagnóstico. No entanto, alguns testes como MEEM por exemplo, são amplamente utilizados por vários profissionais de saúde para direcionar na elaboração do tratamento.

Outras escalas também são utilizadas na prática clínica para obter o dignóstico de demências. Existe a escala de gravidade da demência (CDR – *Clinical Dementia Rating*) e outras avaliações funcionais que nos permitem avaliar as limitações para a realização das atividades, como Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer e o *Informant Questionnaire of Cognitive Decline in the elderly* (IQCODE) (NITRINI et al., 2005a). Além disso, a avaliação de sintomas depressivos, de qualidade de vida do paciente com Alzheimer, de consciência da doença, bem como de sobrecarga de cuidadores permitem uma visão mais real dos comprometimentos do paciente, da influência da doença no âmbito familiar e social e de sua participação na sociedade (SOUSA et al., 2011).

Como a doença de Alzheimer evolui singularmente entre os acometidos, torna-se complexo o seu diagnóstico. A avaliação neuropsicológica com seus inúmeros instrumentos de avaliação, a avaliação clínica, os critérios diagnósticos, bem como exames complementares, são as ferramentas disponíveis para identificar declínios cognitivos ou marcadores neuroquímicos da doença de Alzheimer, em busca de um preciso diagnóstico (DIAS et al., 2008). Os estudos de Rodrigues e Gontijo (2009) apontam para a inexistência de um único instrumento de avaliação padronizado para determinação do diagnóstico da DA e pontuam a importância de se utilizar vários métodos e avaliações para predizer a doença, pois várias outras condições clínicas apresentam-se semelhantes à doença de Alzheimer. A ação combinada dessas ferramentas garante maior precisão no diagnóstico, que se reflete, consequentemente, na ação intervencionista.

## 2.3 **Idosos com Demência de Alzheimer: evolução da doença e impactos no desempenho ocupacional**

O envolvimento em atividades ao longo da vida das pessoas se refere ao desempenho ocupacional de cada indivíduo. Envolver-se em ocupações que lhe traz algum significado, contribui para o senso de identidade e estabelecimento de competências, bem como favorece a

tessitura da sua rede de relacionamentos. Segundo Carleto et al. (2010), o envolvimento nas ocupações pode variar nos diferentes momentos da vida.

A Terapia Ocupacional define o termo "ocupação" como as atividades desempenhadas individualmente ou por grupos/populações, realizadas em diferentes contextos e que levam em conta fatores como valores, crença, espiritualidade e funções do corpo (EARLY, 2004). Esse conceito se baseia nas premissas da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual a "atividade" é definida como a realização de tarefas que fazem parte do cotidiano do sujeito (OMS, 2003) e a "participação" seria o envolvimento em situações de vida social. A Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) engloba nas ocupações as seguintes áreas: "atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), descanso e dormir, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social" (AOTA, 2014)

As atividades de vida diária (AVD), consideradas básicas, se relacionam à realização de tarefas voltadas para o cuidado do próprio corpo e para a mobilidade funcional. Elas se relacionam à sobrevivência do sujeito. Já as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são aquelas voltadas para o gerenciamento do ambiente doméstico da vida e mobilidade na comunidade e são mais complexas de se executarem se comparadas às atividades de vida diária. A execução dessas atividades determina a possibilidade da pessoa morar sozinha ou não. Por sua vez, as demais atividades listadas se referem a papéis sociais, mas sua ausência não interfere na manutenção de uma vida independente, porém, prediz declínio funcional nas AIVD e AVD (ASSIS; ASSIS; CARDOSO, 2013).

O descanso e sono também são ocupações direcionadas para restauração de energia gasta durante o dia. A educação se refere a atividades voltadas para o aprendizado, seja formal ou informal; já o trabalho, para as atividades relacionadas à construção. O lazer se constitui como uma atividade não obrigatória motivada pelo desejo do indivíduo e a participação social, como o engajamento em situações que envolve o encontro entre pessoas seja presencial ou através de tecnologias (AOTA, 2014).

A capacidade de realizar as determinadas atividades estipuladas no dia-a-dia denotam a funcionalidade[5] dos indivíduos (CASSIANO, 2008), bem como contribui para a percepção de barreiras (ambiente físico, social e de atitudes) que impedem a realização destas atividades. No

[5]Funcionalidade é o termo utilizado para abarcar todas as funções do corpo, atividades e participação (OMS, 2003).

caso de idosos com doença de Alzheimer, o desenvolvimento da doença leva a deficiências[6] de ordem física, social e/ou cognitiva ou outra, que geram restrições de participação[7] e limitações nas atividades[8].

Os sinais e sintomas da demência de Alzheimer (DA) estão relacionados ao declínio dos múltiplos domínios cognitivos e consequente impacto para o desempenho das atividades cotidianas (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2013). Entende-se por função cognitiva: a inteligência geral, memória, atenção, funções executivas, linguagem, cálculo, orientação, praxia e habilidades visuoconstrutivas, raciocínio abstrato e juízo crítico (MALLOY-DINIZ et al., 2010). Além disso, na DA também podem estar presentes sintomas não cognitivos decorrentes de alterações comportamentais e sintomas neuropsiquiátricos. As funções cognitivas e as não-cognitivas aparecem e progridem de formas distintas entre os indivíduos acometidos, com piora progressiva e gradual por um período de 8 a 12 anos (MACHADO, 2011).

A doença apresenta seu quadro baseado nos estágios: (a) assintomático (mas com alterações positivas nos biomarcadores); (b) um estágio com sintomas, mas sem demência; e, (c) um estágio caracterizado pela demência (CARRILLO et al., 2013).

Existiria, então, um estágio pré-clínico ou pré-sintomático da doença de Alzheimer quando, através dos exames, seria possível detectar alterações no cérebro, sinais precoces da doença, mas sem sintomas aparentes, como a perda de memória (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2014). Essa fase, atualmente, só é estudada para fins de pesquisa, uma vez que ainda há muito para investigar sobre ela e, por não se saber sobre os impactos na vida da pessoa e dos familiares advindos com o diagnóstico precocemente e ainda sem possibilidades de cura (FROTA et al., 2011). O estudo de Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010b) relata que a percepção de qualidade de vida para todos os domínios de uma escala avaliativa (saúde física, disposição, humor, moradia, família, casamento, memória, amigos, entre outros) se mostrou inferior no grupo de idosos com a doença de Alzheimer, sugerindo um impacto negativo do diagnóstico na qualidade de vida dos idosos. Dessa forma, questiona-se se realmente haveria benefício em informar ao paciente que ele poderá desenvolver a doença.

---

[6] Deficiências configuram os déficits nas funções ou estruturas do corpo. As funções do corpo se referem às funções fisiológicas dos sistemas do corpo (incluindo as funções psicológicas) e a estrutura do corpo diz respeito às partes anatômicas (órgãos, membros, componentes) (OMS, 2003).

[7] Restrição de participação são as dificuldades encontradas pela pessoa quando tenta se envolver nas situações da vida diária (OMS, 2003)

[8] Limitações de atividades são os problemas que os sujeitos encontram para realizar as atividades (OMS, 2003).

Após essa etapa, a doença progrediria para o déficit cognitivo leve devido à doença de Alzheimer e/ou para as fases clássicas da doença. A fase prodrômica da DA representa a fase sintomática mais precoce dentro do espectro clínico da demência, mas sem caracterizar o diagnóstico de demência (CARRILLO et al., 2013). O paciente é diagnosticado com base nas apresentações clínicas e apoiadas por evidências nos biomarcadores (DUBOIS, 2010).

No estágio sintomático, o acometimento da memória constitui o evento clínico de maior impacto nas habilidades do paciente para desempenhar funções que lhe eram rotineiras. Na fase inicial da Doença de Alzheimer, os sintomas mais predominantes são perda de memória explícita episódica e prejuízos na capacidade de realizar novos aprendizados (GALLUCCI NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005). As memórias explícitas episódicas são as lembranças que podem ser declaradas e, por isso, conscientes e voluntárias de um fato ou evento (BOLOGNANI et al., 2000). Por ela ser do tipo episódica, está relacionada à autobiografia, ou seja, referem-se às lembranças e fatos que aconteceram com a pessoa, como a lembrança do próprio casamento, de um filme, ou de um rosto, por exemplo (COMESAÑA; GONZÁLEZ, 2009; WILSON, 2011)[9].

Logo, na fase inicial da doença, é mais comum o paciente apresentar dificuldades em recordar as datas, nomes de pessoas que conheceram recentemente, de compromissos e de eventos recentes. Esses sintomas interferem gradativamente na comunicação do paciente, o que leva a um prejuízo no desempenho dos papéis relacionados à participação social, desempenho no trabalho (voluntário ou não), gerenciamento de comunicação através do uso de celulares (AIVD), fazer compras (AIVD), entre outras ocupações. Segundo Sèlmes e Derouesné (2008a), as falhas na comunicação podem levar a dificuldades no convívio do idoso dentro do ambiente domiciliar e na comunidade.

Dentre os sintomas mais comuns, há esquecimento de algumas palavras de uso habitual, como se tivesse dado "um branco" no pensamento do idoso quando ele está conversando com alguém ou quando ele vai escrever sobre algum acontecimento. Ele possui dificuldade em encontrar os nomes de objetos de uso corriqueiro, por exemplo. Dessa forma, ele começa a usar de palavras substitutivas ou explicações de funções ou gestos para tentar representar o "nome perdido" de um objeto, procurando se fazer entender com os meios que ainda lhe resta e mostrando que sabe o que é o objeto em questão (HELLEN; PADILLA, 2012). Nesse contexto,

[9]Para seu correto funcionamento, seja na formação ou na evocação da memória, é necessário bom funcionamento do córtex pré-frontal com integridade das principais estruturas nervosas que são as áreas intercomunicadas do lobo temporal: o hipocampo e córtex entorrinal. Ambas trabalham em conexão com outras regiões do córtex, como o córtex cingulado e córtex parietal (IZQUIERDO, 2002, p.22-23).

o idoso está consciente de sua dificuldade e, com as inúmeras tentativas para se comunicar, pode ocorrer alterações de comportamento. Sèlmes e Derouesné (2008a) relatam que alguns pacientes se isolam socialmente e outros ficam irritados, gritam e gesticulam.

As atividades instrumentais de vida diária, que são as tarefas mais complexas (gerenciamento financeiro, manutenção da casa, comunicação, por exemplo), apresentam prejuízo funcional precedente às dificuldades para realizar as atividades de vida diária (AVD) que são básicas (como vestir, tomar banho, alimentação, comer e deglutição).

Dentre as AIVD, a ida às compras de supermercado deve ser feita com auxílio de listas de itens para serem executadas de forma adequada, pois o paciente não consegue memorizar os produtos que precisam ser adquiridos. Durante o preparo de refeições, o idoso pode esquecer o tempo que colocou os alimentos em um forno e acabar queimando a receita, o que pode chegar a comprometer a segurança domiciliar.

Ainda na fase inicial, os idosos apresentam diminuição no grau de concentração, prejuízo em iniciar as atividades de forma espontânea e dificuldade com atividades cognitivas complexas. É comum o paciente se perder em trajetos que lhes são rotineiros (MACHADO, 2011). No trabalho, o aprendizado de uma nova função ou uma atualização de sua atividade laboral pode estar comprometido pela dificuldade em reter novos conhecimentos, pela dificuldade em planejar e tomar decisões, bem como alterações na função executiva (YASSUDA; FLACKS, 2014).

Nos estudos sobre pessoas com a DA, as pesquisas relacionadas ao campo do trabalho indicam a presença de estresse nesses indivíduos com demência, principalmente se seus colegas de trabalho não estão cientes da patologia que os acomete. Pelas características da doença, é comum que os pacientes precisem de mais tempo para executar a atividade ou precise de novos aprendizados para desempenhá-las. Alguns profissionais realizam modificações ambientais do trabalho para diminuir as dificuldades, mas isso o remete à reflexões sobre suas perdas e sobre sua competência enquanto trabalhador (EGAN; HOBSON; FEARING, 2006).

No campo das atividades de vida diária, a atividade sexual[10] apresenta-se comprometida devido ao paciente apresentar mudanças substanciais no que se refere à intimidade com o cônjuge, seja porque a pessoa assumiu o papel árduo e exaustivo que é o de cuidador, ou por ter mais pessoas dentro de casa durante todo o tempo para a produção do cuidado (EGAN;

[10] Atividade sexual é conceituada como o envolvimento em atividades que resultem em satisfação sexual e/ou atenda às necessidades relacionais e reprodutivas (AOTA, 2014)

HOBSON; FEARING, 2006), ou pelo parceiro(a) reconhecer o doente como uma pessoa diferente (até mesmo irreconhecível no comportamento) do que a levou a ficarem juntos.

Além das alterações cognitivas, é comum a presença de sintomas neuropsicológicos e comportamentais em pacientes com Alzheimer ou outros tipos de demência. Os sintomas mais comuns são: depressão, ansiedade, agitação, apatia e alucinações. Esses sintomas afetam 80% dos idosos com demência que residem em asilos ou instituições de longa permanência e acima de 50% dos que vivem na comunidade (PADILLA, 2011c). Segundo o mesmo autor, a presença desses sintomas está associada à dependência funcional e à moradia em asilos, bem como a características ambientais (superestimulação sensorial e conturbação do ambiente em que residem). No estudo de Arakaki e colaboradores (2012), as alterações psicológicas e comportamentais mais prevalentes foram depressão e ansiedade, seguidas de agitação e irritação. O sintoma com menor frequência encontrado nesse estudo, em pacientes em fase inicial da doença, foi o de euforia.

O maior problema na fase inicial da doença é a ausência de reconhecimento dos déficits como indicadores patológicos. Esses sinais e sintomas, geralmente, são atribuídos ao processo normal do envelhecimento, dificultando o diagnóstico precoce da doença de Alzheimer (MACHADO, 2011). Estudo feito em países europeus (França, Alemanha, Polônia e Espanha) indica que somente de um terço a metade dos casos de DA tem sido diagnosticados no tempo adequado (GEORGES, 2011). Nesse estudo, destaca-se que o tempo de espera entre os primeiros sintomas até o diagnóstico da doença pode variar de 10 meses na Alemanha a 32 meses no Reino Unido, o que gera, além do diagnóstico demorado, a implementação de programa de atenção a esse indivíduo de forma tardia.

Por conseguinte, a fase intermediária da doença de Alzheimer caracteriza-se por perda acentuada da memória recente, dificuldade na linguagem falada e escrita, com tendência para questionamentos constantes (HELLEN; PADILLA, 2012). Nesse estágio iniciam os aparecimentos das afasias, apraxias, agnosias e alterações visuoespaciais e visuoconstrutivas. Aumenta a dificuldade para realizar tarefas e reconhecer objetos familiares, tendência a perambulações e perda da noção de tempo mesmo dentro de casa (MACHADO, 2011). Nessa fase, há necessidade de auxílio nas atividades da vida diária (AVD), consideradas básicas (HELLEN; PADILLA, 2012).

Dentre as alterações, a agnosia para reconhecimento de faces familiares (prosopagnosia) está comprometida nessa fase e o paciente não reconhece os traços familiares, mas é capaz de corrigir o erro, pois identifica as pessoas pela voz, pelo jeito de caminhar, de se vestir ou por

ele possuir sinais particulares (se tem cicatriz, se é careca, se usa óculos, por exemplo) (GRIEVE, 2006). Outro tipo de alteração é a agnosia para objetos, na qual o paciente não reconhece os objetos que são mostrados a ele, mas ele consegue nomear o objeto se for informado sobre as características dele, ou se ele emitir um som, ou quando o paciente o tocar (GRIEVE, 2006).

No âmbito da linguagem e comunicação, as afasias são os distúrbios de linguagem mais comuns em idosos com DA, mas eles estão associados a outras disfunções cognitivas (SENAHA; CARTHERY-GOULART, 2012). A linguagem é uma função cognitiva importante para estabelecer as relações entre as pessoas, seja da forma verbal ou não-verbal. Independente da forma como é utilizada para a comunicação, a linguagem proporciona ao indivíduo a emissão e compreensão de mensagens, estabelecendo o aprendizado e as formas de convivência (CARVALHO, 2012).

O paciente apresenta um empobrecimento do vocabulário durante as conversações, dificuldades de nomeação, compreensão e perda de conteúdo. Há casos em que eles não conseguem se expressar para indicar que quer voltar para casa ou que quer colocar um casaco, por exemplo. As dificuldades na fala e na compreensão aumentam gradativamente e a produção do discurso vai ficando cada vez mais comprometida (BRANDÃO; PARENTE; PEÑA-CASANOVA, 2009). O idoso perde a capacidade em identificar o significado dos objetos e, com o tempo, pode até perder a capacidade em articular os sons para formar as palavras (HELLEN; PADILLA, 2012). Pode haver momentos em que os pacientes pronunciam corretamente algumas frases, mas na maior parte das vezes é uma fala incoerente, com grande número de termos ou uso indefinido de expressões, sentenças sem significados e falta de compreensão na mensagem que gostaria de passar (BRANDÃO et al., 2009). O que se verifica é, em estágios moderados para avançados da doença, além do pobre vocabulário e dificuldade de fornecer informações precisas, a diminuição da espontaneidade, de iniciativa e a dificuldade em encadear ideias (MANSUR et al., 2005). Pode-se observar um desinteresse pela leitura, dificuldade na escrita e uma diminuição da fala espontânea. O risco do isolamento vai aumentando e as ocupações relacionadas à participação social ou AIVD apresentam comprometimentos como o costume religioso (AIVD), envolvimento com a comunidade, família e amigos (participação social).

As funções práxicas[11] e as habilidades visuoconstrutivas[12] também estão comumente alteradas na demência de Alzheimer. Várias ocupações do nosso cotidiano nos exigem a integridade dessas funções cognitivas, tais como: tomar banho, preparar uma refeição, vestir-se, escovar os dentes, fazer um crochê ou qualquer outro tipo de artesanato. Os autores Zuccolo, Rzezak e Góis (2010, p. 114) relatam que para a ação motora acontecer de forma adequada, algumas condições precisam estar íntegras, como: "percepção visual, raciocínio espacial, habilidade para formular metas ou planos, comportamento motor e capacidade de monitorar o próprio desempenho".

As dificuldades para executar os gestos ou atividades motoras caracterizam-se como as apraxias[13] e distúrbios visuoconstrutivos (ou apraxia construtiva). Um dos tipos de apraxia presente em pacientes com Alzheimer (principalmente nas fases moderada a tardia) é a apraxia verbal que também compromete a comunicação, pois a programação para a coordenação da musculatura da fala está prejudicada e a produção de fonemas é realizada em sequências erradas. O idoso troca fonemas, não produz sílabas em uma palavra ou mesmo acrescenta ou repete parte da palavra. Nas situações do cotidiano, o idoso pode apresentar dificuldades em se envolver em atividades na comunidade ou com amigos (participação social) bem como a participação em trabalhos voluntários, por exemplo, pois sua comunicação fica falha ou incoerente (CERA, 2011).

Outro tipo de apraxia é a ideatória, em que o paciente é capaz de nomear os objetos, mas comete erros ao lidar com esses objetos (GRIEVE, 2006). Seria uma limitação para executar movimentos voluntários devido à falha no conceito do movimento e da ação. Ele não consegue executar ações que utilizam objetos e ferramentas de forma automática ou sobre um comando verbal ou ele não consegue formular uma sequência de ações adequadas para fazer a atividade. Nesse caso, o paciente pode apresentar dificuldades no preparo de uma refeição (AIVD), por exemplo; pode agitar um café solúvel na xícara em que ele nem colocou a água. Os erros podem ser por omissão ou pela troca das etapas para a realização de determinada atividade (GRIEVE, 2006). O paciente consegue imitar os atos, mas não consegue realizá-los por meio de comandos, ou seja, se pedimos ao paciente para mandar um beijo, ele é de fato incapaz de realizar essa tarefa, mas o faz por imitação de quem o solicita.

---

[11]Entende-se por praxia, a capacidade de executar um ato motor, voluntário, preciso, coordenado e organizado para realizar as atividades do cotidiano (ZUCCOLO; RZEZAK; GÓIS, 2010)

[12]As habilidades visuo-construtiva se refere à capacidade de reunir elementos do espaço (juntar partes) a fim de formar um todo bidimensional ou tridimensional (GRIEVE, 2006).

[13]As apraxias se referem a prejuízos nas habilidades de movimento que não são explicadas por déficits sensoriomotores ou afasias (LESOURD et al, 2013).

Já na apraxia ideomotora, o idoso apresenta conhecimento semântico, mas não consegue executar a atividade no momento adequado e na organização espacial dos movimentos voluntários. Alguns gestos como dar tchau, fazer o sinal da cruz quando entra em uma igreja, não são feitos de forma intencional após uma ordenação ou imitação, mas pode ser feito de forma automatizada (ZUCCOLO; RZEZAK; GÓIS, 2010).

Na apraxia do vestir, o paciente apresenta incapacidades relacionadas à escolha da roupa, orientação da roupa no espaço e em relação ao corpo e colocação da roupa, o que afeta esse tipo de atividade diária (AVD) (GRIEVE, 2006). Alguns pacientes não conseguem escolher a roupa apropriada de acordo com a estação do ano ou ocasiões específicas (FERRARI, 2007).

Por fim, os distúrbios visuoconstrutivos ou apraxias construtivas se referem ao déficit para organizar os atos complexos no espaço. Envolvem tarefas relacionadas a cópias de desenhos, costurar ou desenhar uma casa. Os movimentos não são planejados e executados com exatidão espacial e, dessa forma, não se forma o objeto necessário. Nesse tipo de deficiência, o paciente não consegue preparar um sanduíche e colocá-lo no saquinho, não consegue arrumar uma mesa para um jantar com amigos, nem montar a furadeira elétrica, tampar potes ou decorar bolos (GRIEVE, 2006).

O paciente, no estágio intermediário da doença, ainda julga-se apto a realizar tarefas mais complexas, como gerenciamento financeiro e manutenção de atividades do lar (cozinhar, por exemplo), mas apresenta dificuldades para executá-las de forma apropriada (MACHADO, 2011). No campo da mobilidade na comunidade (AIVD), por exemplo, o idoso com DA ainda julga-se apto para dirigir com segurança.

A função dirigir está intimamente relacionada à independência (LLOYD et al., 2001), mas levando em conta que o idoso com DA nesse estágio apresenta déficits na memória, nas habilidades visuoperceptivas e visuoespaciais, bem como danos nos processamentos de informações visuais, na atenção e demora nos *insights* –há prejuízo nas capacidades essenciais para dirigir um veículo de modo seguro, mas ele subestima os riscos relacionados à segurança e acha que ainda pode continuar dirigindo (BERTOLUCCI, 2006).

Ainda no que se refere à mobilidade na comunidade, verifica-se que utilizar um transporte público também seja uma função comprometida, pelo fato de o sujeito não se lembrar para onde precisa ir ou não ter noções de direção de onde é a sua residência, por exemplo. Dessa forma, é necessário que o idoso esteja sempre acompanhado por um cuidador para ajudar na orientação no espaço. Pela tendência a perambulações, pode acontecer do idoso sair de casa e,

pela alteração da memória, se perder na comunidade. Para isso, alguns profissionais traçam estratégias para evitar o desaparecimento do ente com DA, seja não deixando as chaves na porta ou colocando sensores de movimento no local da saída (HELLEN; PADILLA, 2012).

As atividades relacionadas à função executiva[14] também se apresentam alteradas (MACHADO, 2011). O funcionamento executivo permite que o indivíduo atue em seu meio ambiente com autonomia (OLIVEIRA-SOUZA et al., 2008). Em pacientes com esse déficit, é comum apresentarem dificuldade na realização de cálculos, em fazer abstrações e em planejar tarefas em suas diferentes etapas (MACHADO, 2011).

Essas limitações funcionais levam ao comprometimento de atividades como o gerenciamento financeiro (AIVD); ou à restrição para participação em atividades de lazer. Beckert, Irigaray e Trentini (2012) reforçam que o prejuízo nas funções executivas compromete a manutenção dos cuidados físicos, a adequação de comportamentos frente às situações do cotidiano, e, por conseguinte, influenciam a qualidade de vida desses idosos.

Com a evolução da doença (ainda na fase intermediária), a memória remota, ou seja, a lembrança de eventos, incidentes, piadas ou outras experiências anteriores, começa a ficar comprometida (WILSON, 2011). Com isso, o paciente pode apresentar quadros de agitação e confusão, pois não reconhece aquela casa como sendo a dele, e os familiares lhe parecem estranhos. Esse fenômeno de não reconhecer a própria casa é comum nesses pacientes e denomina-se síndrome do pôr-do-sol. Ela acontece principalmente ao final da tarde e muitas vezes, leva a confusões e discussões com os familiares presentes no domicílio (ABRAz, 2013). No que se refere às AVD, a higiene pessoal, o uso de vaso sanitário e o banho podem apresentar limitações, pois o paciente não se recorda de escovar os dentes, ou de se limpar após o uso do vaso sanitário, ou se já tomou banho.

As atividades de estabelecimento e gerenciamento do lar (AIVD) começam a ser feitas e não são acabadas. O idoso começa a lavar as vasilhas e talheres que utilizou no café da manhã e não termina, deixando os utensílios ensaboados ou dentro da pia. Essa atividade de cuidado do lar, que sempre foi o trabalho de muitas idosas de nossos dias atuais, é deixada de fazer ou é feita de forma desleixada. Com isso, essa atividade produtiva é abandonada, pois os idosos percebem que estão fazendo em um ritmo mais lento, de forma desajeitada, ou têm medo de "fazer besteira" (SELMÈS; DEROUESNÉ, 2008b).

[14]As funções executivas se referem às habilidades cognitivas utilizadas para iniciar, planejar, sequenciar, organizar e regular o comportamento (MALLOY-DINIZ et al, 2010, p. 94-95 B). Acresce a isso, a capacidade de analisar o custo-benefício de uma tomada de decisões e autorregular o comportamento (PAULA et al, 2013).

Os pacientes apresentam-se angustiados por estarem expostos ao fracasso, ou apresentam comportamento de baixa autoestima ou desmotivação. Em sociedades onde os homens (hoje idosos) pouco cozinham, muitas idosas deixam de cozinhar por não se lembrar das etapas da receita, outras não sabem onde ficam os ingredientes e outras não sabem mais sobre a utilização de cada ingrediente ou utensílios para o preparo da receita.

Alterações na marcha, como diminuição da largura/comprimento dos passos e redução da velocidade da marcha, perda de equilíbrio dinâmico e diminuição de força muscular nos membros superiores e inferiores são características que podem estar presentes em qualquer fase da doença de Alzheimer, sendo mais comuns na fase intermediária (ZIDAN et al., 2012). Essas alterações podem influenciar na capacidade do idoso em executar a mobilidade funcional[15] ou a mobilidade na comunidade[16], além de contribuir para o risco de quedas. No estudo de Christofoletti e colaboradores (2006), o grupo de idosos com doença de Alzheimer apresentou maior risco de quedas se comparados ao grupo de idosos com Parkinson e com o grupo controle. O grupo de Parkinson apresentou risco semelhante ao grupo controle.

Na fase intermediária, torna-se mais frequente as alterações neuropsiquiátricas e psicológicas que podem ou não alterar a interação social do idoso. Dentre as alterações comportamentais, o paciente pode apresentar quatro tipos de comportamento: (a) agressivo físico, em que o paciente bate, tenta morder, chuta; (b) comportamentos não agressivos, quando o paciente fica mexendo nos objetos da casa ou anda de um lado para o outro; (c) agitação verbal não agressiva, quando o idoso fica questionando repetidamente; e (d) agressão verbal, com xingamentos e gritos (MELLO; FORTUNATO; RODRIGUES, 2012).

No estudo de Torrão e colaboradores (2012), as oscilações de humor com crises de choro, irritabilidade, agressividade, as perambulações, alterações do sono e questionamentos repetitivos foram os sintomas neuropsiquiátricos mais comuns no estágio intermediário da doença de Alzheimer.

As dificuldades apresentadas pelos idosos com DA durante o sono são caracterizadas por um tempo menor de sono, quando o paciente acorda cedo demais e dorme tarde demais, ou fica vagando à noite e/ou despertando várias vezes de madrugada (McCLERRY; COHEN; SHARPLEY, 2014). Esse comportamento leva a limitações em outras ocupações, pois o sono

[15] Mobilidade funcional refere-se ao mover-se de um lugar para outro, tais como mover-se na cama, na cadeira de rodas ou nas transferências. Inclui transporte de objetos e deambulação funcional (AOTA, 2014). Faz parte das atividades de vida diária.

[16] Mobilidade na comunidade refere-se a planejar e mover-se na comunidade e usar o transporte público ou seu próprio transporte (dirigir, caminhar, pedalar, pegar um ônibus, taxi, etc). Essa atividade faz parte das atividades instrumentais de vida diária (AOTA, 2014).

não é restaurador e gera um cansaço e desânimo para a realização de outras atividades do cotidiano. Acresce a isso, o fato do cuidador principal precisar ficar em um estado de vigília maior do que o habitual, gerando, consequentemente, maior desgaste e estresse da pessoa que assumiu o papel do cuidar.

A apatia é um comportamento altamente prevalente em pacientes com DA e está relacionada a um déficit no lobo frontal. O paciente, em determinado ambiente de estimulação, produz respostas emocionais atenuadas ou ausentes (alterações afetivas), além da perda de autocrítica (por alterações cognitivas). O paciente apresenta-se sem interesse para interação social (alteração comportamental) ou para realizar atividades, podendo ser confundido como preguiçoso para executar determinadas tarefas do cotidiano. A diminuição da fluência verbal, citada desde a fase inicial da doença, se agrava nessa fase e tem estreita relação entre a apatia e as alterações da função executiva (TEIXEIRA-JÚNIOR; CARAMELLI, 2006).

No estudo de Arakaki e colaboradores (2012), os comportamentos mais frequentes em pacientes na fase moderada da DA foram agitação e ansiedade, seguidas de delírio, "comportamento motor aberrante" e apatia. A euforia se apresentou como o comportamento menos prevalente nesses pacientes investigados. A prevalência dos sintomas psicológicos e comportamentais aumenta com a evolução da doença. Outros estudos, como o de Lyketsos et al. (2000), só relatam aumento de sintomas relacionados a agitação e comportamento motor aberrante. Para os demais distúrbios (ansiedade, delírio, apatia, desinibição), a gravidade mostrou-se semelhante em qualquer fase da doença.

Já no estudo de Garces e colaboradores (2012), as modificações de comportamento percebidas pelos cuidadores foram: agressividade oral e física, persistência, teimosia, choro, gritos e alucinações.

Essa fase tem impacto notável na capacidade para desempenhar as atividades cotidianas do idoso com DA (MANSUR et al., 2005). No estudo de Talmelli e colaboradores (2013), com o intuito de correlacionar o estágio da doença e a capacidade funcional – através do uso de um instrumento de avaliação denominado Medida de Independência Funcional (MIF) – verificou-se que os idosos em fase intermediária da doença apresentaram dependência moderada a completa para os domínios cognitivos avaliados: comunicação, compreensão e expressão, interação social, resolução de problemas e memória. Já nos itens relacionados à função motora, esses pacientes apresentavam independência completa/modificada e dependência moderada, exceto para controle urinário (TALMELLI et al., 2013). Segundo os autores, "o estágio de

demência é um fator preditivo importante do comprometimento funcional de idosos com doença de Alzheimer" (TALMELLI et al., 2013, p. 224).

Por outro lado, os estudos de Zidan e colaboradores (2012) relatam que a função cognitiva apresenta declínio diretamente proporcional à evolução da doença; mas as alterações motoras não se comportariam da mesma forma. Em seu estudo feito com 35 pacientes com doença de Alzheimer, o maior comprometimento da função motora foi observado entre os pacientes das fases leve a moderada (ZIDAN et al., 2012).

Por fim, na fase avançada da doença de Alzheimer, todas as funções cognitivas estão seriamente deterioradas. Um estudo feito nos Estados Unidos indicou a incapacidade cognitiva como a condição de saúde mais fortemente relacionada à institucionalização (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009). Os pacientes se tornam dependentes em todas as ocupações e necessitam de cuidados por 24 horas (HELLEN; PADILLA, 2012).

A fluência verbal está gravemente comprometida e o paciente fala por meio de ecolalias, vocalizações inarticuladas ou uso de jargões, e podem ficar até em completo mutismo. Outros idosos, mesmo na fase avançada, podem manter algumas habilidades comunicativas, como repetição, reconhecimento do próprio nome e habilidades sociais, mostrando alguma capacidade de readaptação funcional (MANSUR et al., 2005).

Há também presença de incontinência urinária e fecal (MACHADO, 2011), comprometendo mais uma área da AVD que é o uso do vaso sanitário/controle de esfíncteres (AOTA, 2014). A incontinência urinária precede a incontinência fecal e há uma relação dessas incontinências com a incapacidade para deambular (KERL; DOUGHERTHY, 2011).

Nessa fase, é característica a perda de peso, pois o paciente perde o apetite de forma significativa (HELLEN; PADILLA, 2012). A literatura mostra que a nutrição do idoso pode estar comprometida por uma série de fatores, tais como a dificuldade de mastigação e deglutição, dificuldades em se deslocar para preparar as refeições, ou até mesmo por problemas comportamentais que levam à diminuição da atenção e ao esquecimento de se alimentar. Isso compromete o estado nutricional (MACHADO et al., 2009).

Acrescem a isso os problemas de mobilidade e equilíbrio, com risco de quedas (HELLEN; PADILLA, 2012). O aumento do risco de quedas nesse estágio está provavelmente relacionado às desordens cognitivas e a déficits visuais, bem como à falta de atividade, que leva à fraqueza muscular geral (RIBEIRO, 2008; CHRISTOFOLETTI et al., 2006). Com o avançar da doença, há poucos movimentos espontâneos, que podem levar a contraturas musculares e lesões na pele. A prática de atividades físicas tem sido cada dia mais estudada e apontada como

um dos fatores de proteção para a ocorrência de quedas, bem como benefícios temporários para algumas funções cognitivas (atenção, linguagem e funções executivas) (COELHO et al., 2009). Idosos com demência grave apresentaram, no estudo de Talmelli et al. (2013), incapacidade para se manter em pé no banho e para transferências, necessitando de auxílio máximo para desempenhar as atividades. O idoso em estágio terminal pode conduzir sua vida restrita ao leito ou em cadeira de rodas.

O grande impacto, em todas as fases da doença, deve-se aos anos vividos com a incapacidade. A fase avançada da DA representa a fase de maiores custos financeiros, bem como grande sofrimento direcionado aos familiares e/ou seus cuidadores (WAJMAN et al., 2014).

## 2.4 **Idoso com Demência de Alzheimer: sobre o papel dos cuidadores**

A Demência de Alzheimer tem um impacto significativo não somente sobre o doente, mas também em seus familiares e na sociedade. Considerando o quadro evolutivo da doença de Alzheimer em idosos, espera-se que essas pessoas apresentem limitações funcionais ao longo de suas vidas, exigindo, assim, um aporte de cuidado constante. O idoso doente apresenta gradativamente dependência em atividades do cotidiano, das tarefas mais complexas às mais simples, devido às alterações cognitivas e comportamentais específicas da doença, fato este que denota a necessidade de um cuidador para assistência, auxílio e/ou para realizar tarefas para o idoso.

O cuidar é construído de forma dinâmica entre os sujeitos, e estes são imbuídos de fatores culturais, sociais, históricos, econômicos e psicológicos, que afetam diretamente as relações entre os envolvidos (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009a). Ayres (2011) lembra que o cuidado não se restringe à aplicação de técnicas estipuladas pelo conhecimento científico, mas se amplia à interação entre pessoas com a finalidade e a responsabilidade de alcançar o bem-estar. Do mesmo modo, Lopes e Cachioni (2013, p. 445) consideram o cuidar como uma experiência não-homogênea, que depende das relações estabelecidas durante toda a vida da família, além de "disponibilidade de recursos formais". O cuidado nas demências engloba o conhecimento sobre o processo da doença e as estratégias que serão utilizadas para

lidar com o seu desenvolvimento, seja farmacológicas ou não-farmacológicas (NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010).

O processo do cuidar pode ocorrer entre familiares, profissionais e instituições de saúde. E acontece de duas formas, informal e formal. O cuidado é informal quando realizado por pessoas da família ou da comunidade e que possuem um vínculo com o idoso fragilizado (EGAN; HOBSON;FEARING, 2006). Já o cuidado formal é realizado por um profissional, com atividades sistemáticas e de forma remunerada (PINHEIRO et al., 2009). O cuidador é tido como o maior apoio familiar para o enfrentamento das limitações advindas da doença e impostas ao idoso (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010a). Além disso, alguns autores qualificam o cuidador como primário e secundário, sendo o cuidador primário o que tem a responsabilidade maior na prestação dos cuidados e o secundário, responsável por tarefas complementares às do primário (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006).

A política nacional de saúde da pessoa idosa (Portaria nº 2.528 de 19/10/2006) e o estatuto do idoso (Lei nº 10.741 de 01/10/2003) recomendam que o cuidado ao idoso seja feita no convívio familiar, preferencialmente ao atendimento asilar, para preservação dos laços familiares e da identidade do idoso, além de seu conforto e dignidade (BRASIL, 1994, 2006a; SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012). Sabe-se que essa tendência de cuidado domiciliar também visa a redução dos custos da assistência hospitalar e institucional ao idoso em estado de fragilidade (KARCH, 2003).

A literatura nacional e internacional aponta que o cuidado no convívio familiar é a modalidade adotada pela maioria das famílias que possuem um idoso com doença de Alzheimer ou outros tipos de demência (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009a). Esse cuidado passa a ser função de uma pessoa de forma repentina, pois antes as ocupações eram exercidas pelo próprio idoso; na maioria das vezes, essa nova atividade para o familiar se estende por muitos anos (INOUYE et al., 2009; NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010).

A escolha da pessoa que irá assumir os cuidados se dá por vários fatores, entre eles o gênero. Por questões culturais, as mulheres são as que assumem esse papel de cuidar e são, em sua maioria, as esposas ou as filhas. A literatura aponta também para o cuidado por noras em casos de idosos que moram com seus filhos casados (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009b). É importante destacar que as esposas que assumem esse papel também estão na meia idade ou na velhice e precisam, além de cuidar do doente, cuidar de si próprias e das tarefas domésticas, o que pode gerar desgaste físico e emocional (ARAKAKI et al., 2012; NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010). Nos casos em que os cuidadores são os filhos casados, eles

assumem uma tarefa dupla que consiste em cuidar de seus pais dementados e cuidar de seus próprios filhos, sendo chamados de "cuidadores sanduíches" (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009b). Apesar da função ser rara entre os homens, o estudo de Falcão, Flauzino e Fratezi (2009), feito com homens cuidadores de pessoas com doenças de Alzheimer, destacam que esse papel foi assumido pelos maridos pela obrigação conjugal e por terem tido bom relacionamento com a esposa, anterior à doença.

Outros fatores que influenciam na escolha do responsável pelo idoso doente são: proximidade física, quando o familiar mora perto ou até mesmo vive com o idoso; proximidade afetiva, que leva em conta as relações entre os casais e entre pais e filhos; pelas condições financeiras, personalidade e disponibilidade de tempo (CALDAS, 2004a; PINHEIRO et al., 2009). Há também casos em que há uma expectativa da família para que determinado membro assuma a função, como se esse familiar fosse "designado" para o cargo de cuidador ou casos em que o próprio doente escolhe quem irá oferecer os cuidados (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009a). E ainda há os idosos sem família (CALDAS, 2004b). Para esses fica o questionamento sobre como será tecida a sua rede de cuidados.

Na atualidade, convivemos com mudanças no perfil dos núcleos familiares que podem comprometer a disponibilidade para o cuidado. A urbanização, famílias pequenas e mulheres com dupla jornada de trabalho, significam menos pessoas disponíveis para cuidar dos idosos (COSTA; CIOSAK, 2010; LOUVISSON; BARROS, 2009). Nesse contexto, não é raro que as mulheres sejam alvo de maior sobrecarga, se comparadas aos homens cuidadores, pois além das atividades próprias, assumem uma nova função. Diante desse fato, Novelli, Nitrini e Caramelli (2010) apontam a necessidade de se criar políticas públicas que garantam uma rede de suporte social adequada para idosos em situação de fragilidade e que se atentem à necessidade de prover serviços de saúde na comunidade para atender à essa população, como alternativa ao asilo ou modelo hospitalar.

Ao assumir o papel de cuidador, esse passa a desempenhar tarefas que são essenciais para o dia-a-dia do idoso. Os cuidadores passam por mudanças em suas rotinas para enfrentar a nova situação. Segundo Silva, Passos e Barreto (2012), o cuidador, que oferece um cuidado contínuo, precisa estar atento à realização dos procedimentos e precisa ter um prévio planejamento de todas as atividades que serão feitas no dia, para que consiga oferecer um cuidado com qualidade.

Há uma necessidade de reorganizar a rotina do cuidador e a do idoso, estabelecendo-se, diariamente, as prioridades de cada um. Essa organização irá levar em conta o tempo em que o

idoso precisa de cuidados, as atividades de interesse próprio do cuidador, a necessidade de alterações na dinâmica familiar do cuidador, a rede de suporte que o cuidador estabelece, as necessidades de alterações no ambiente físico, a exigência de abrir mão de um trabalho remunerado e as dificuldades para executar determinadas atividades para o idoso doente (NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010).

A necessidade de fornecer cuidados de forma ininterrupta, planejar o futuro, lidar com o estresse e conflitos, administrar medicamentos, dar suporte financeiro e legal, e manejar situações comportamentais inadequadas são situações que irão fazer parte do dia-a-dia do cuidador e que podem afetar sua qualidade de vida (SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012; VILELA; CARAMELLI, 2006). As responsabilidades aumentam com o desenvolvimento da doença, com a tendência para o aumento do desgaste e sobrecarga do cuidador (ARAKAKI et al., 2012).

A literatura ainda assinala o pouco conhecimento sobre a doença e sobre o enfrentamento dos problemas que serão vivenciados pelos cuidadores (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010a). O estudo de Novelli, Nitrini e Caramelli (2010) – com cuidadores de pessoas com demência, feito em dois ambulatórios do estado de São Paulo – indica que o suporte recebido pelos cuidadores se restringe às informações médicas (medicação, alimentação e datas de retorno) passadas em consultas com idosos com demência em estágio inicial, além do suporte em se poder contar com outros familiares e empregados nos cuidados do idoso. A rede de suporte se amplia para o uso da internet e busca por associações específicas, quando o paciente já se encontra em fase moderada a avançada da doença.

O estudo de Silva e colaboradores (2013), feito com dez cuidadores de Montes Claros/Minas Gerais, aponta para uma confusão no entendimento do desenvolvimento da doença e dificuldades em identificar os sinais e sintomas, como indicadores patológicos. Diante da situação, cabe indagarmos sobre as condições em que são dados os cuidados aos idosos. Receberiam os familiares o suporte social necessário para executar um cuidado adequado às necessidades do idoso fragilizado? O acesso às informações nas consultas médicas é suficiente para instrumentalizar o cuidador para o enfrentamento das situações do cotidiano da pessoa com demência? A literatura aponta a relação direta entre o maior nível de informação/capacitação do cuidador e a qualidade do cuidado oferecido ou prestado (PINHEIRO et al., 2009).

Frente às necessidades e desafios do cuidado, diversos tipos de sentimentos – muitas vezes ambivalentes – afloram nesse relacionamento diário. Tristeza, dor, sentimento de culpa,

impotência, compaixão, impaciência, angústia, sobrecarga se misturam a sentimentos de amor, carinho, gratidão, recompensa, ternura, proximidade do idoso, busca de novo sentido para a vida após a doença, cumprimento do "dever de cristão", capacidade de dar conta da atividade e de ser reconhecido pelo papel que assumiu (LOPES; CACHIONI, 2013; NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010). No estudo de Novelli, Nitrini e Caramelli (2010), os sentimentos negativos são mais prevalentes em cuidadores que estão com familiares na fase inicial da doença. Esse fato pode ser atribuído à descoberta da doença e à desorganização da família diante da situação que precisam enfrentar, até que se adaptem e aprendam a lidar com a nova tarefa.

Os sentimentos de frustração e raiva tão comumente citados nos estudos de sobrecarga de cuidadores podem também se relacionar: ao fato do cuidador não aceitar que a doença esteja acontecendo com o seu familiar; à raiva pela falta de ajuda de outros membros da família ou até mesmo da rede de serviços de saúde ou pela ocorrência de comportamentos inadequados que antes não faziam parte da personalidade do idoso (CALDAS, 2004a).

Ao reiterar as vivências ambíguas sofridas pelos cuidadores familiares, Oliveira e Caldana (2012) indicam que os sentimentos presentes nas cuidadoras familiares que recebiam apoio de uma associação específica, em Manaus, variavam entre momentos de raiva, impaciência, medo, solidão e vergonha e momentos de satisfação, obrigação moral, felicidade, compaixão e retribuição. As autoras relatam a produção do cuidado como uma experiência muito pessoal, que varia com a fase da doença, com a qualidade da rede de suporte familiar, com a história de vida de cada família e conforme as estratégias de enfrentamento adotadas.

O estudo de Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010a), com cuidadores do interior de São Paulo, sugere que o convívio diário desses cuidadores com os familiares com doença de Alzheimer tem impacto negativo na percepção de sua qualidade de vida. As dimensões saúde física, humor, memória, disposição e atividades de lazer apresentaram-se piores quando comparadas ao grupo controle (não-cuidadores). A maioria dos cuidadores não dispunham de rede de apoio, oportunidades de lazer ou qualquer tipo de auxílio, o que afeta negativamente sua percepção de bem-estar. Ao mesmo tempo, nesse mesmo estudo, os fatores que apareceram como amenizadores do sofrimento advindo da tarefa de cuidar e, por conseguinte, indicadores de melhoria na qualidade do cuidado, foram: contar com outras pessoas para a divisão de tarefas durante os finais de semana ou esporadicamente, amparo na religião, busca por acompanhamento psicológico, capacitação para ser cuidador, ter atividades de lazer e participar de universidades abertas para a terceira idade.

A presença desses sentimentos negativos é um sinal de que o cuidador precisa buscar ajuda ou mudar a forma como está oferecendo o cuidado. É necessário compreender que um equilíbrio nas emoções repercute na qualidade do cuidado, bem como em seu desgaste e sobrecarga (PINHEIRO et al., 2009). O acesso às informações sobre a doença e a capacitação para executar estratégias para lidar com o familiar contribuem para o entendimento do comportamento do idoso, a escolha das possibilidades de manejo, a diminuição dos sentimentos negativos perante o doente e a melhoria da qualidade do cuidado oferecido (NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010). Nesse contexto, é importante que o cuidador seja visto como um agente de saúde, com a função de estabelecer uma rede de cuidados e de prestar assistência adequada ao idoso (CALDAS, 2004b).

A sobrecarga e o desgaste do cuidador advêm da tarefa árdua e ininterrupta do cuidar e está diretamente associada à fase da doença. As alterações cognitivas e comportamentais esperadas com desenvolvimento da DA apresentam-se como os sintomas responsáveis pelo maior desgaste e sobrecarga do cuidador. Como consequência, alguns problemas de saúde surgem entre os cuidadores sobrecarregados e desgastados pela tarefa desempenhada junto ao idoso demenciado. Fernandes e Garcia (2009) relatam que os sintomas depressivos, humor deprimido, ansiedade, baixa autoestima, apatia e irritabilidade emocional, bem como hipertensão arterial, desordens digestivas e doenças respiratórias afetam a saúde dos cuidadores em decorrência da sobrecarga do trabalho. Camacho e colaboradores (2013) apontam também para distúrbios do sono em cuidadores, relacionados à sobrecarga ou à maior tempo de vigília necessário para a produção de cuidados com os idosos.

No estudo de Arakaki et al. (2012), feito com cuidadores/familiares de idosos com DA para identificar o possível efeito de suas alterações comportamentais e neuropsiquiátricos na sobrecarga dos cuidadores, os comportamentos que mais desgastaram os cuidadores foram a agitação, “desinibição”, irritação e depressão, nessa ordem, para pacientes na fase leve da doença. Para os pacientes da fase moderada da DA, a associação estatística se deu para os comportamentos de alucinação, apatia e delírio. A literatura mostra que a presença desses sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais da demência se associam a maior estresse entre os familiares, presença de morbidade dos cuidadores, além de ser um dos fatores que contribuem para a institucionalização do idoso (MARIM et al., 2013).

Por outro lado, o estudo de Silva, Passos e Barreto (2012), feito em Minas Gerais com cuidadoras que frequentavam grupos de apoio, mostrou que apesar de apresentarem graus de sobrecarga leve e moderada, elas referiam presença de comorbidades, como queixas de dores

nas costas e articulares, bem como hipertensão arterial, ansiedade e depressão. A sobrecarga em menor grau nesse grupo de estudo pode estar relacionada à participação em grupos de apoio, uma vez que esses são considerados como uma rede de suporte para a doença, a respeito das decisões a serem tomadas diariamente. A participação em grupos de apoio se constitui como uma das estratégias para a preservação da saúde dos cuidadores.

Outro estudo, realizado por Falcão e Bucher-Maluschke (2009b), mostra a sobrecarga de filhas cuidadoras associada a limitações sociais e impactos negativos nas relações intergeracionais. A convivência de diferentes gerações na mesma residência é tida como uma estratégia adotada pela família para beneficiar as gerações nos campos psicológicos, sociais e econômicos. Entretanto, na doença de Alzheimer, há mudanças de papéis assumidos entre pais, filhos, netos e até bisnetos, o que pode levar a uma interação conflituosa entre os residentes (CAMACHO et al., 2013). Algumas cuidadoras declaram conflitos acirrados entre os filhos e avós doentes após o surgimento da doença; a vida social limitada da cuidadora, quando não tem outras pessoas para dividir os cuidados, afeta ainda mais o relacionamento com os membros da família.

A literatura indica, como já citado, que as mulheres cuidadoras são alvo de maior sobrecarga, quando comparadas a homens cuidadores (VILELA et al., 2006); contudo Moraes e Silva (2009) apontam a dificuldade em mensurar a sobrecarga dos homens cuidadores, por ser uma amostra pequena e por suas atividades de cuidados, quando assumidas, se restringirem às atividades instrumentais de vida diária e não à participação nas atividades básicas, como auxílio à higiene, banho, vestir e alimentar-se, por exemplo.

Como outra estratégia de combate ao desgaste do cuidador, o estudo de Lopes e Cachioni (2013) aponta que a intervenção psicoeducacional[17] é eficaz na redução de sobrecarga e na melhora dos sintomas físicos e psicológicos, uma vez que o foco dessa ação não se restringe à capacitação sobre os temas de demência, nem ao manejo com o idoso fragilizado, mas também engloba um suporte psicológico e emocional. Nesse estudo feito com 21 cuidadores familiares, após a intervenção, houve melhora no que se refere aos relacionamentos entre os familiares e ao crescimento da percepção do cuidador sobre a necessidade dele próprio se cuidar. Já na área física não foi encontrada melhoria em relação a cansaço físico e ao tempo

[17] A intervenção psicoeducacional engloba ações voltadas para o ensino sobre a doença e seu processo evolutivo, sobre como lidar quando os sintomas neuropsiquiátricos estão presentes na demência, como se comunicar com o idoso dementado, cuidados gerais, rede de apoio na sociedade e questões legais. Acresce a isso, o apoio mútuo entre os cuidadores e há espaço para trabalhar as questões emocionais e a sobrecarga (SANTOS et al, 2011).

para descansar, o que seria de se esperar, pois a doença exige cuidados constantes e permanentes.

Em uma revisão sistemática realizada por Santos e colaboradores (2011), as estratégias psicoeducacional, psicossocial e psicoterapêutica (intervenções não farmacológicas) aparecem como redutoras da sobrecarga dos cuidadores, pois são capazes de capacitar o familiar para as decisões do dia a dia junto ao dementado. No entanto, apesar dos resultados da revisão apontarem para efeitos benéficos, possíveis falhas metodológicas aconselham prudência na utilização dessas abordagens (SANTOS et al., 2011).

Na revisão sistemática com metanálise realizada por Marim e colaboradores (2013), as ações de educação e suporte aos cuidadores se mostraram eficazes na redução de sobrecarga, se comparadas ao cuidado usual. Nos estudos que não foram favoráveis ao programa de ação educativa e que o cuidado usual se mostrou mais benéfico, as ações não incluíam o manejo não farmacológico, o que pode ter contribuído para levar ao resultado desfavorável à ação educativa (MARIM et al., 2013).

Moraes e Silva (2009) reforçam a necessidade de atenção aos cuidadores, no sentido de ajudá-los com grupos de apoio, leituras e visitas domiciliares, a fim de formar parcerias para o planejamento e implementação de ações que irão contribuir para a qualidade de vida do paciente. Os autores ainda apontam, como estratégias para a redução de sobrecarga, a conscientização dos familiares quanto às limitações para realizar todas as tarefas e a necessidade de compartilhá-las. Marim et al. (2013) acrescentam que a esses programas devem ser contempladas as formas de lidar com o paciente de Alzheimer que apresenta sintomas psicológicos e comportamentais; compartilhar tais estratégias beneficiará o cuidador, pela redução do desgaste e da sobrecarga.

No contexto dos atores de saúde que podem intervir junto a pacientes com DA, o terapeuta ocupacional é um dos profissionais que entende a demência do tipo Alzheimer como uma doença familiar, que atinge não só o doente como o seu entorno. Diante disso, esses profissionais, bem como outros profissionais, também se preocupam com a saúde dos cuidadores e possuem atuação junto a essa clientela.

A literatura internacional na área da Terapia Ocupacional elenca ações educativas com os cuidadores, orientações para simplificação de tarefas e modificações simples no ambiente domiciliar, que poderão contribuir para o aumento das habilidades dos pacientes idosos, reduzir as ocorrências de comportamentos inadequados, bem como diminuir a assistência prestada pelo cuidador, além de reduzir o desgaste e sobrecarga dos familiares (THINNES; PADILLA,

2011). Os autores também lembram a atuação dos terapeutas ocupacionais junto aos cuidadores, através de grupos de apoio emocional, gerenciamento de estresse e grupos de resolução de problemas.

À medida que a doença progride, a tendência é que aumente o número de hospitalizações dos idosos e das institucionalizações. Tomar a decisão pela institucionalização é sempre polêmico, pois culturalmente temos a família como meio de sustentação e senso de pertencimento; além disso, a sociedade vê a institucionalização como uma forma de abandono e descaso com o idoso. Segundo Duarte (2004), as instituições asilares brasileiras, privadas e públicas, não atendem às necessidades do idoso, de bem-estar e qualidade de vida. Por outro lado, Camarano et al. (2010) descrevem como apoio ao cuidador familiar, os centros de convivência, centros-dia e os serviços de atendimento domiciliar como a rede de assistência ao idoso com demência e outros tipos de patologia, e também citam a modalidade de assistência nas instituições de longa permanência, apesar da resistência da sociedade. Os autores lembram que temos muitos idosos dependentes, sem renda, que não constituíram família ou que não têm bom relacionamento familiar, restando apenas a alternativa do asilamento.

No estudo de revisão de Camacho et al. (2013), a institucionalização é tida como a última opção tomada pelos cuidadores, quando nenhuma outra alternativa se apresenta, e há uma sobrecarga intensa do cuidador ou até mesmo sintomas depressivos do familiar.

A socióloga Orona, em 1997, escreveu sobre a doença de Alzheimer e retratou, em suas entrevistas, que a justificativa dos familiares em colocar os idosos em instituições de saúde se devia à perda de identidade dos familiares demenciados. Era como se institucionalizassem uma pessoa que lhes era estranha, que não mais os reconhecia, que não se tratava mais do marido ou da esposa com quem tinham convivido, como se a presença fosse unicamente física (ORANA, 1997).

Compreender os fatores estressores decorrentes do processo de cuidar e as estratégias adotadas pelos cuidadores servirá como os fundamentos para a implementação de políticas públicas de suporte a essa díade, bem como irá contribuir para intervenções eficazes na diminuição das comorbidades psicológicas que afetam os familiares, aumento dos laços afetivos e manutenção por tempo prolongado entre os membros do núcleo familiar.

## 2.5 **Políticas públicas direcionadas à pessoa idosa**

O tema envelhecimento e a busca por se pensar em participação, segurança econômica e social de idosos iniciou-se, por intermédio da Assembléia Geral das Nações Unidas, nas Assembléias Mundiais sobre o Envelhecimento, em 1982 (em Viena) e em 2002 (em Madrid). Esses eventos estipularam os Planos de Ação Internacional para o Envelhecimento e serviram para introduzir a questão do envelhecimento na agenda das políticas públicas (WHO, 2002 a). Os instrumentos políticos internacionais que servem até hoje de guia para a construção e implementação de ações direcionadas ao envelhecimento são: o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (WHO, 2002a) e o Envelhecimento Ativo: um marco político (WHO, 2002b). O primeiro documento assegura o envelhecimento com dignididade, segurança e oportunidades para a participação social (WHO, 2002 a). Por sua vez, a política do Envelhecimento Ativo articula quatro conceitos-chave que servem de parâmetros para a longevidade: autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável (WHO, 2002 b). Esses documentos fornecem áreas variadas em que as políticas podem favorecer e contribuir para a saúde, segurança, bem-estar e participação dos idosos a fim de que eles possam usufruir plenamente de seus direitos (WHO, 2015).

No entanto, o recente documento publicado pela Organização Mundial de Saúde sobre envelhecimento e saúde aponta para a baixa prioridade das políticas de saúde para a questão do envelhecimento, baixa formação dos profissionais na área de saúde dos idosos e pouca prioridade para o suporte aos cuidadores (WHO, 2015). O mesmo documento informa que até mesmo em países de alta renda, os sistemas de saúde se organizam de forma fragmentada, voltados para as enfermidades agudas, com reduzido foco na capacidade funcional e participação social dos idosos.

As ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, estilo de vida saudável, ambientes físicos adequados, prevenção de abuso dos idosos, bem como o estímulo e valorização do trabalho na terceira idade ainda se constituem como desafios mundiais para alcançar o envelhecimento ativo (WHO, 2002a, b).

Ao considerar as demências, constata-se um desafio ainda maior das políticas para implementar suporte adequado a essa população. O crecimento gradativo e contínuo desta patologia pressiona as agendas governamentais no sentido de adotar medidas de resposta. Em março de 2015, na cidade de Genebra, os participantes da "I Conferência Ministerial da OMS sobre a Ação Mundial contra a Demência" apresentaram princípios e enfoques que os governos, em nível mundial, devem seguir para compreender melhor o panorama das demências e para

se estruturar de forma a elaborar, implementar e acompanhar políticas públicas que se organizem para dar uma atenção em longo prazo, com suportes para a manutenção do idoso junto à comunidade e seus familiares, com ampla ofertas de serviços, sensibilização da população geral para a inclusão do idoso dementado e com estratégias para redução de impactos negativos impostos pela doença (WHO, 2015).

No entanto, os países direcionam suas ações e organizam-se em ritmos diferenciados, gerando um panorama de diversidades para a oferta e criação de serviços de atenção à saúde do idoso (WHO, 2015). Na Índia, por exemplo, são escassos os números de instituições de longa permanência e, as existentes não aceitam pessoas com demências, deixando a responsabilidade dos cuidados para os familiares. No entanto, algumas ações locais baseadas na comunidade foram criadas para dar informações e capacitações para os familiares acerca da doença e formas de auxiliar nas atividades do cotidiano, o que atende parcialmente às necessidades desta população (DIAS et al., 2008). Já no Japão, desde 2000, há serviços de saúde e seguridade social consolidados, financiados em grande parte pelos impostos e contribuições fiscais, com importante atenção ao idoso, profissionais e familiares (OGAWA, 2004). Os cuidados em longo prazo, tanto no Japão quanto Alemanha, são provenientes de convênios públicos, diferentemente da Austrália em que esse tipo de serviço é ofertado pelo setor privado, por organizações com ou sem fins lucrativos (ATWAL, 2007).

Nos Estados Unidos, as políticas públicas federais e estaduais que dão cobertura de saúde aos idosos, no geral, advêm de programas do *Medicare*, *Medicaid*, *Omnibus Budget Reconciliation Act* (OBRA) e *Older Americans Act* (OAA). A *OAA* foi promulgada em 1965 para oferecer serviços sociais para idosos com o objetivo de mantê-los em suas casas e comunidades, através de serviços de nutrição, transporte, moradia e direitos legais. Como é administrado por cada unidade de federação, há uma diferenciação na oferta dos serviços. Já o *Medicare* é o seguro de saúde privado do país que entrou em vigor no mesmo ano do *OAA* e é o mais amplo programa construído para oferecer serviços em diversos locais de saúde, tais como hospitais, manicômios, hospitais de longa permanência, centros de reabilitação, entre outros. É o programa central que reembolsa os serviços de Terapia Ocupacional no atendimento aos idosos com demência, quando se objetiva o aumento da capacidade funcional e segurança. Por sua vez, o *Medicaid*, de 1966, atende às necessidades de cuidado às pessoas sem condições financeiras, financiando grande parte dos cuidados de longo prazo. E das políticas públicas selecionadas, a *OBRA* é a ação do congresso mais recente, de 1995, mas não é influenciada pelo orçamento do governo. Ela foca nos direitos dos idosos, qualidade dos cuidados e

qualidade de vida nas casas de repouso (LOHMAN; GLANTZ; RICHMAN, 2012). Com o crescente envelhecimento, esses programas são periodicamente avaliados e discutidos nas agendas governamentais, pois os custos para mantê-los estão sempre aumentando. Como afirma Lohman, Glantz e Richman (2012), os valores da sociedade são representados pelo desenvolvimento das políticas públicas. O que se observa é um país com uma preocupação antiga e já consolidada de ações, tanto no campo da saúde quanto no social, para a população idosa.

No Canadá, existem programas financiados pelo governo federal, tais como *Old Age Security* e *Guaranteed Income Supplement*, para dar pensões a idosos de baixa renda. A maioria dos custos de saúde é coberta por financiamento público, conhecidos pelos canadenses como *Medicare*, mas com a existência de linhas de cuidado que nem sempre são fornecidas, tais como o cuidado domiciliar, paliativo, de longa permanência e farmacêutico. No país, ainda existem dois programas federais de apoio ao cuidador formal ou informal. Um programa fornece benefícios por até seis semanas para pessoas que necessitam cuidar de um membro familiar em grave condição de saúde (*Employment Insurance Program*) e outro relaciona-se à dedução de taxa de impostos a cuidadores que residem com familiares dependentes, nascidos antes de 1945 (ECHENBERG; GAUTHIER; LÉONARD, 2011). Na área das demências, a Sociedade Canadense de Alzheimer em cooperação com o governo federal estabelecem planos nacionais para pesquisas na área, vigilância, consciência pública sobre a doença, suporte aos cuidadores, força de trabalho profissional, prevenção e diagnóstico precoce, além de aumento na qualidade de vida (LOWI-YOUNG, 2014).

No contexto europeu, vários países já vivenciam o envelhecimento populacional há décadas. O Reino Unido tem suas ações baseadas na política do *National Health Service*, de 1948, documento que reforça, entre outros, os direitos já afirmados na Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), no que tange a ter direito a cuidados médicos e serviços sociais necessários e à seguridade em caso de doença, incapacidade, envelhecimento, entre outros (UNITED NATIONS, 2012). Atualmente, o Reino Unido, tem uma estrutura descentralizada e os seus países diferem em como são elaborados e ofertados os serviços, especialmente ao se considerar os pagamentos para cuidados contínuos aos idosos (GALLAGHER, 2013).

Atualmente, na Inglaterra, os serviços de saúde para idosos são fornecidos por uma taxa geral e encargos comunitários. Legislação como a *Chronically Sick and Disabled Persons Act* (1970) estabelece a responsabilidade de cada cidade para ofertar serviços a pessoas incapacitadas. O documento *National Service Framework for Older People*, desenvolvido pelo

governo, pressiona a formação de aprimoramento das políticas ao reconhecer a necessidade na melhoria de serviços para proteção contra a discriminação pela idade, cuidados centrados no cliente, cuidados intermediários, hospitalares, promoção de um envelhecimento saudável, saúde mental e estratégias para determinadas condições de saúde (quedas, acidente vascular encefálico). Já *Health and Social Care Act*, de 2012, busca eliminar a administração dos serviços de saúde pelos terceirizados e, embora alguns serviços permaneçam gratuitos, os médicos são autorizados a selecionar serviços para parte de seus pacientes que podem ser advindos do setor privado, voluntário ou público. Assim, terapeutas ocupacionais precisam comprovar evidências de sua intervenção para que os médicos selecionem seus serviços. Desde a implementação do *National Health Service* (1948) e da política do *Community Care Act* (1990), o governo tem implementado ações de suporte a pessoas com demência, em que países como a Escócia, por exemplo, adota estratégias locais direcionadas a inclusão dos idosos, permenência em seus ambientes domiciliares e um sistema integrado de serviços sociais e de saúde para atender aos dementados e seus familiares (WHO, 2015; HALL, SKELTON, 2012). Ainda não há consenso no Reino Unido sobre o financiamento dos cuidados em longo prazo e o tema se constitui como debate primordial no governo e desafio para a formação de novas políticas (GALLAGHER, 2013).

Em consonância com a Escócia, em Portugal também são preconizados os apoios em domicílios, colocando a institucionalização como a última opção a todos os idosos (WHO, 2015). Na Espanha, a *Ley General de Sanidad* fundamenta o sistema nacional de saúde e a palavra de ordem, no que se refere à população idosa, é a busca pela qualidade de vida, suporte social, vigilância e monitoramento da saúde, bem como enfoque em ações de promoção da saúde e prevenção de incapacidades (SANTOS; KARSCH; MONTAÑÉS, 2010).

A América Latina e Caribe, em 2012, reafirmaram seus compromissos com o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (WHO, 2002a), e destacou a necessidade de formulação e implementação de "políticas e programas para garantir a proteção social efetiva e o reconhecimento de direitos aos cidadãos e cidadãs idosas", durante a III Conferência Intergovernamental sobre o Envelhecimento (SILVA; YAZBEK, 2014, p.103). No entanto, há que se considerar que, na América Latina, o que se destaca é a desigualdade, uma vez há um descompasso entre o desenvolvimento econômico e o social, desafiando os governos a criar estratégias para atender às necessidades dos idosos em expansão (SILVA; YAZBEK, 2014).

No tocante à história brasileira, os idosos começam a ser alvo das políticas públicas após a constituição Federal de 1988 e atribui à família, Estado e à sociedade a responsabilidade

para o amparo dos idosos e assegura os direitos sociais (BRASIL, 1988). Para garantir os direitos estabelecidos na constituição, no campo da Assistência Social, em 1993, é redigida a Lei nº 8742/1993 (conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social) para a formulação e implementação de políticas de proteção especial ao grupo de idosos. As ações incluem, entre outras, os repasses de benefícios, criação de centros de convivência, casas lares, abrigos, serviços domiciliares, criação e regulamentação de instituições de longa permanência, isenções de algumas taxas, tributos e impostos (LOAS, 1993).

Posteriormente, é criada a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8842 de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1948/96), através da elaboração de políticas de autonomia e integração para uma participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1996). Em suas diretrizes, prioriza-se o atendimento ao idoso junto ao seu familiar e há incentivos para implementação de centros de convivência, casas-lares, cuidado domiciliar aos dependentes que vivem sozinhos e oficinas abrigadas de trabalho (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

Em sequência, pela portaria 1395/GM é instituída a Política de Saúde do Idoso (PSI) (BRASIL, 1999), voltada para manutenção máxima da capacidade funcional e promoção de um envelhecimento saudável. Nesta política, as ações eram previstas no âmbito ambulatorial, hospitalar, centros-dia e domiciliar.

Para reforçar essas diretrizes e assegurar os direitos já conquistados, o Estatuto do Idoso (Lei nº 1.074/2003) entra em vigor em 2004 e especifica as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) para a garantia da saúde pública de forma integral, gratuita, em todos os níveis de atenção. Neste documento discute-se a necessidade de suas ações serem pautadas na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na reabilitação, visando uma vida longeva (BRASIL, 1994, 2003). De forma complementar, atua no país o setor de oferta de serviços de saúde privado, com altos custos aos segurados idosos. No Estatuto do Idoso também são discutidas os temas sociais relacionados ao direito à vida, à proteção, à habitação, ao transporte e à dignidade (BRASIL, 1994, 2003).

Considerando a necessidade de atualização das políticas de saúde do idoso, em 2006, o Ministério da Saúde aprova, através da Portaria nº 2.528 de 19/10/2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006a). Além disso, nesse mesmo ano, são publicadas as diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), que estipula a saúde do idoso como uma das seis prioridades pactuadas entre as esferas do governo, sendo apresentada uma diversidade de ações para a implementação da PNSPI, que revogou a PSI de 1999.

Na PNPSI, a saúde do idoso resulta da interação entre saúde física, mental, suporte social, independência financeira e capacidade funcional (BRASIL, 2006a). Esse conceito de saúde, segundo relatos do especialista Alexandre Kalache, remete aos pontos cruciais que permitem aos idosos participar da sociedade. O papel da saúde – como conceito ampliado – refere-se a ter energia para pegar um ônibus, ir a uma biblioteca, a um show ou à praia, e participar da vida em sociedade de modo geral; destacando que tal papel não se restringe à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis (MARINHO, 2008).

Estudo de Fonseca et al. (2010), em busca da compreensão dos significados atribuídos à saúde pelos próprios idosos, constata que a autonomia na execução das atividades funcionais, a capacidade de responder às obrigações no núcleo familiar e capacidade de desempenhar papéis sociais ("estar engajado em atividades significativas") são as palavras-chave para definir a saúde como boa ou razoável, não se limitando à ausência de doenças.

Segundo a política PNSPI, a perda da capacidade funcional é o principal problema que pode afetar a população idosa e indica as responsabilidades de cada instituição na promoção de um envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional e assistência integral ao idoso (BRASIL, 2006a).

Estudos indicam que, com o processo de envelhecer, há um aumento na incapacidade funcional desses indivíduos, e este é devido principalmente ao aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas (principalmente entre os 65 e 75 anos), o que altera a autonomia e qualidade de vida do idoso, e gera maior vulnerabilidade e dependência (ALQUEZAR et al., 2007; ALVES; LEITE; MACHADO, 2010). A demência de Alzheimer, bem como as demais demências, constituem um dos fatores que impactam significativamente a capacidade funcional de idosos. Além disso, uma importante causa de deterioração da capacidade funcional e autonomia são representadas pela internação de idosos em serviços de longa permanência (DAVIM, 2011).

A capacidade funcional também é fortemente influenciada pela situação socioeconômica. Estando o Brasil entre os países com graus elevados de desigualdade social, a ênfase nas políticas de saúde deve ser conferida à manutenção da capacidade funcional do idoso, autonomia, segurança e participação (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010). A política tem adotado, como diretriz essencial, a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, só obtido com a manutenção da capacidade funcional e autonomia (BRASIL, 2006a).

A prática de cuidados à pessoa idosa, nesta política, exige uma abordagem global e interdisciplinar que leve em conta todos os aspectos biopsicossociais e os contextos

condicionantes dos processos de saúde e doença. Os idosos se deparam com inúmeras perdas ao longo dos anos, como a quebra de amizades, o surgimento de doenças crônicas ou degenerativas, a deterioração da imagem, a ausência de papéis sociais valorizados, o isolamento crescente e dificuldades financeiras, que tendem a afetar a autoestima e a capacidade funcional (CRUZ; FERREIRA, 2011). De acordo com o diagnóstico funcional da população idosa é que se estabelecem as ações de atenção primária, prevenção – primária, secundária e terciária –, e reabilitação (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Cabe aos órgãos governamentais e não-governamentais a tarefa de implementar as ações visando à integralidade da atenção, considerando as características e necessidades locais (BRASIL, 2006a, 2006b). Apesar da política de saúde vigente no país se apresentar como uma das mais contemporâneas propostas de saúde, há dificuldade em sua implementação e condução pelas desigualdades territoriais, sociais, culturais, políticas e econômicas (SANTOS; KARSCH; MONTAÑÉS, 2010).

Destaca-se que o enfoque das políticas nacionais está em consonância com os papéis assumidos pelos terapeutas ocupacionais, uma vez que seu alvo principal é a busca pela capacidade funcional e autonomia para engajar-se em atividades significativas e rotineiras para o idoso. É primordial que terapeutas ocupacionais, associações ou conselhos profissionais sejam atuantes nas bancadas políticas, para que possam influenciar a elaboração e aprimoramento das políticas públicas, pois o desenvolvimento dessas políticas e a oferta de serviços afetam diretamente a prática da terapia ocupacional (GALLAGHER, 2013).

## 2.6 **O processo de trabalho dos terapeutas ocupacionais**

Como aqui já se assinalou, e agora retomamos, a doença de Alzheimer leva a um declínio na capacidade funcional, ou seja, nas habilidades para executar tarefas físicas, atividades mentais e/ou adequada integração social (CASSIANO, 2008). As funções cognitivas estão comprometidas e isso afeta a capacidade de o paciente saber "o que fazer" e "como fazer" as tarefas de forma independente e autônoma (NOVELLI; CANON, 2012). Em suas atividades rotineiras, o idoso apresenta uma perda que varia individualmente e de forma progressiva, o que produz comprometimentos gradativos em função dos déficits cognitivos e das alterações comportamentais inerentes à doença. Ao analisar estudos longitudinais, Cassiano (2008)

aponta para a incapacidade funcional como um importante preditor de mortalidade em idades avançadas.

Nesse contexto, o terapeuta ocupacional é um dos integrantes necessários a uma equipe de cuidados ao idoso, pois possui competência para avaliar a relação dos declínios cognitivos/alterações comportamentais e suas limitações, em funções do cotidiano das pessoas que venham a impedir sua participação social, bem como para oferecer intervenções que melhorem o desempenho ocupacional (KATZ; BAUM; MAEIR, 2014). O foco do terapeuta ocupacional é o desempenho ocupacional, ou seja, a ação em que o indivíduo se envolve para executar atividades de sua escolha, ou que tem necessidade de realizar (MAGALHÃES; MAGALHÃES; CARDOSO, 2009).

O desempenho ocupacional deve ser entendido como o produto de uma relação entre a capacidade do sujeito e as demandas ambientais para que uma dada atividade aconteça (RADOMSKI; DAVIS, 2013; CASSIANO, 2008). Ou seja, a pessoa, o ambiente e sua ocupação são os elementos centrais para a prática da Terapia Ocupacional (KATZ; BAUM, 2012). Quando há desequilíbrio nessa tríade, o desempenho será ineficiente, inseguro ou insatisfatório, necessitando da atuação do Terapeuta Ocupacional. Esse profissional se preocupará com a capacitação do indivíduo no exercício de papéis e atividades identificadas como significativas e necessárias para o seu dia-a-dia (KATZ; BAUM, 2012).

A ênfase no desempenho ocupacional faz, muitas vezes, com que o foco central da intervenção seja o cliente (HAGEDORN, 2003). A abordagem da prática baseada no cliente é amplamente utilizada na Terapia Ocupacional contemporânea para planejar e elaborar o tratamento. É uma prática que reconhece o cliente como um ser autônomo, ativo, que decide sobre as suas necessidades e é responsável pela sua saúde. Isso permite que o profissional assegure um serviço acessível, dentro do contexto de vida do cliente (SUMSION, 2003).

No caso da demência, raciocínio, memória e julgamento estão em deterioração, comprometendo gradualmente a capacidade em estabelecer as prioridades no seu tratamento (HOBSON, 2003). Na fase inicial da doença, a prática centrada no cliente é aplicada e tem resultados satisfatórios. Para alguns autores, essa abordagem é possível em qualquer etapa da demência, pois acreditam que o cliente com alteração cognitiva tem a capacidade para decidir sobre algumas situações de sua vida e outras não (KATZ; BAUM, 2012).

De fato, na prática, o cliente não é somente o idoso, mas o idoso e seus familiares e, por isso, diz-se que a doença de Alzheimer é uma doença familiar. Todos os membros envolvidos participam de todo o plano de intervenção, estabelecem as metas, informam o histórico

ocupacional e as barreiras e capacidades do idoso. O cuidador torna-se parte essencial do processo (AOTA, 2010). Como a doença é progressiva, são necessárias periódicas reavaliações e reorganizações das metas planejadas anteriormente (FORWELL; COPPERMAN; HUGOS, 2013).

Através da identificação de barreiras e facilitadores para o indivíduo atuar é possível entender quais fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, psicológicos e espirituais podem estar em deficiência ou podem facilitar o desempenho ocupacional (KATZ; BAUM, 2012).

Os atendimentos ao paciente idoso com demência de Alzheimer podem ser realizados no hospital, no ambulatório, nas clínicas especializadas de memória, na atenção básica, nos centros dias, bem como no domicílio ou nas instituições de longa permanência (ATWAL; MCINTYRE, 2013). O idoso com DA normalmente é encaminhado para a terapia ocupacional pelo médico, enfermeiro, psicólogo, neuropsiquiatra ou assistente social. Na fase inicial da doença, o cliente procura pelo serviço, normalmente, com uma queixa relacionada à memória ou à dificuldade na comunicação; contudo, a preocupação maior da família é na segurança para continuar realizando algumas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como cozinhar ou dirigir, pois eles começam a esquecer o produto que está no forno ou se esquecem de "passar a marcha" quando estão dirigindo (AOTA, 2010).

No estágio intermediário e avançado da doença, o encaminhamento do idoso ao setor de Terapia Ocupacional se dá por outros motivos, além dos já citados por ocasião da fase inicial. Além das barreiras que limitam a realização das atividades de autocuidado e AIVD, o paciente apresenta alterações de comportamento, como a agitação, agressividade, perambulação, alteração do ciclo de sono-vigília, reações catastróficas e frustrações relacionadas a problemas de comunicação (AOTA, 2010).

A condução das práticas em Terapia Ocupacional se baseia em instrumental teórico-prático. Os terapeutas ocupacionais selecionam instrumentos com a finalidade de promover a saúde e apoiar a participação de pessoas, grupos ou populações, na sociedade (AOTA, 2014). Nesse campo de ação, é preciso considerar o nosso objeto – aquilo sobre o que se trabalha – como um corpo social.

Intervir somente no corpo biológico não é o suficiente para responder às demandas das pessoas, nem da sociedade. De modo a proporcionar uma vida com autonomia e participação na sociedade, o processo saúde-doença deve ser analisado levando em conta as relações desta

com a estrutura ideológica, política e econômica. Para tanto, a escolha dos métodos de trabalho deve ser analisada de acordo com o que se deseja obter (SANNA, 2007).

Nesse estudo, o processo de trabalho foi guiado pelo documento oficial da Associação Americana de Terapia Ocupacional, denominado "Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo", 3ª edição (AOTA, 2014). A escolha por esse instrumento se dá pela influência que essa associação tem no campo do ensino de Terapia Ocupacional no Brasil, bem como em várias regiões do mundo. O documento não é um modelo teórico-prático, mas ele serve para nortear o campo e as áreas da profissão em que os terapeutas ocupacionais têm estabelecido seu corpo de conhecimento (domínio), bem como direcionar sua ação assistencial utilizando a abordagem da prática centrada no cliente e com o foco no engajamento em ocupações (processo) (AOTA, 2014).

Nesse documento, o processo de Terapia Ocupacional é dividido em avaliação e intervenção para obter resultados alvo.

Na Terapia Ocupacional, o acolhimento aos idosos com doença de Alzheimer se inicia por uma avaliação e é conduzida para a descoberta do perfil e análise do desempenho ocupacional (AOTA, 2014). O perfil ocupacional irá informar os aspectos individuais do idoso, compreendendo quem é, seus hábitos, rotinas, crenças e valores, a história clínica da doença, queixas e preocupações específicas (FORWELL; COPPERMAN; HUGOS, 2013).

A análise do desempenho ocupacional se dá por avaliações funcionais que irão descrever habilidades e limitações, bem como poderão utilizar instrumentos para avaliar as estruturas e funções do corpo, relacionadas à capacidade funcional (AOTA, 2014). A análise ambiental é adicionada ao processo avaliativo para elaboração e implementação do plano interventivo (TIRADO; DRUMMOND, 2008). A análise do desempenho ocupacional realiza-se por meio de entrevistas abertas, semi-abertas ou observação direta de desempenho, além do uso de testes e avaliações padronizadas (NOVELLI; CANON, 2012).

As avaliações funcionais são imprescindíveis para guiar o programa de tratamento, pela estreita relação entre cognição e função (HELLEN; PADILLA, 2012). Para descobrir o impacto do declínio cognitivo nas ocupações (a exemplo de AVD, AIVD, educação, lazer, trabalho e participação social), é preciso compreender como estão as habilidades de desempenho do idoso (habilidades motoras como coordenação, alcance, manipulação, marcha, resistência e alinhamento ou habilidades de processo para iniciação, sequenciamento, buscas, sequenciamento de ações); sua interação social (comunicação, expressão das emoções, questionamentos, contato visual); os padrões de desempenho (hábitos, rotinas, papéis); os

fatores do cliente (funções e estrutura do corpo, valores e crenças) e o contexto ou ambientes (cultural, físico, social, pessoal, temporal, entre outros elementos) (MERIANO; LATELLA, 2007). Para isso, o terapeuta ocupacional seleciona métodos e técnicas para identificar as habilidades.

Ainda faz parte do processo avaliativo, identificar as demandas necessárias para executar cada atividade do cotidiano do idoso. Segundo Letts e colaboradores (2011), há cinco áreas que mais devem ser destacadas na avaliação com idosos com DA: AVD, AIVD, sono e descanso, lazer e participação social. Deve-se considerar que muitos dos idosos já estão aposentados, fora do ambiente de trabalho e do ambiente educacional. Todavia, no Brasil deparamos com um contingente numeroso de idosos que ainda trabalham para auxiliar ou custear filhos ou netos, bem como aqueles que participam de trabalhos voluntários. Ademais, o Estatuto do Idoso, garante o direito ao labor ou de encontrar trabalho (BRASIL, 2003). Dessa forma, na avaliação terapêutica ocupacional, o trabalho formal, informal ou voluntário não pode passar despercebido, principalmente se o idoso ainda se encontra em estágio inicial da doença, com condições para se manter por tempo prolongado nesta atividade.

A fase avaliativa não se esgota no primeiro contato com o cliente e seus familiares. Os dados sobre a vida do idoso são descobertos e avaliados durante todo o processo de trabalho do terapeuta ocupacional. Em sequência, para operacionalizar o trabalho dos terapeutas ocupacionais, inicia-se a fase interventiva (AOTA, 2014). Essa fase é subdivida em três etapas: plano, implementação e revisão da intervenção (AOTA, 2014).

Com base na avaliação, o plano de intervenção será elaborado considerando as metas ocupacionais, os fatores do cliente e seu cuidador, bem como o suporte ambiental (AOTA, 2010). As metas estabelecidas para o tratamento devem ser sincronizadas com as prioridades do cliente, levando em conta os traços de personalidade em fase pré-mórbida e interesses passados (PADILLA, 2011b).

Como o cuidado é centrado no cliente (idoso/família), é importante ter sensibilidade para identificar se há discordâncias entre a percepção do idoso e a do cuidador/familiar em relação às capacidades e limitações do paciente, pois a literatura aponta para esse aspecto durante a produção do cuidar no que se refere às habilidades, limitações, desejos e prioridades (BRESSAN; VALE; SPECIALI, 2007).

Para implementar o que foi planejado, os terapeutas ocupacionais podem ter como base os diferentes tipos de intervenção, que podem ser voltadas diretamente para as ocupações, outras para determinados aspectos de uma atividade, e ainda intervenções educacionais, de

treinamento e advocacia, nas modalidades individual ou em grupo (AOTA, 2014). As estratégias adotadas em cada intervenção podem ser direcionadas para a promoção da saúde, prevenção de incapacidades, restauração ou remediação, manutenção da saúde, compensação e/ou adaptação (AOTA, 2014). O objetivo final esperado do processo de terapia ocupacional é habilitar o cliente para o engajamento em ocupações (PONTES; POLATAJKO, 2016).

É importante que as metas planejadas junto ao idoso com Alzheimer e seus familiares sejam intervenções significativas e motivadoras para que a participação de todos envolvidos possa ser, ou vir a ser, prazerosa e positiva (SOARES; SOARES; CAIXETA, 2012). A eficácia do tratamento terapêutico ocupacional relaciona-se à evolução da doença, à presença de uma rede social de apoio, bem como aos aspectos emocionais envolvidos.

# 3 **OBJETIVOS**

## 3.1 **Objetivo Geral**

Como objetivo central da pesquisa, buscou-se identificar, caracterizar e analisar comparativamente a produção científica nacional e internacional da atuação dos terapeutas ocupacionais no cuidado a idosos com demência de Alzheimer.

## 3.2 **Objetivos Específicos**

A partir da literatura, buscou-se:

Apresentar a organização do corpo de conhecimento das ações em um mapa conceitual.

Identificar os periódicos e locais de publicação que discutem o impacto da prática profissional da Terapia Ocupacional sobre o cotidiano dos idosos com Alzheimer e de seus familiares/cuidadores.

Analisar o processo avaliativo de Terapia Ocupacional utilizado com a população de idosos com Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares.

Analisar o processo de intervenção de Terapia Ocupacional utilizado com a população de idosos com DA e seus respectivos cuidadores/familiares.

Indicar os limites e o alcance atribuídos pela produção científica, nacional e internacional, às práticas adotadas por terapeutas ocupacionais no atendimento de idosos com Alzheimer e seus cuidadores/familiares.

# 4 **MATERIAIS E MÉTODOS**

## 4.1 **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de caráter bibliográfico. Essa proposta de pesquisa é considerada adequada quando se pretende aprofundar e ampliar os conhecimentos sobre determinado fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2009). A pesquisa bibliográfica não se constitui como uma simples reprodução do que já foi publicado. Essa proposta permite a análise de toda a contribuição científica em questão sob um novo enfoque ou abordagem, que leva a construção de uma plataforma teórica e podem obter considerações inovadoras (MARCONI; LAKATOS, 2009; MARTINS; TEÓPHILO, 2007). Além disso, é possível avaliar criticamente e sintetizar sobre o tema proposto, a fim de estabelecer as abrangências e competências do profissional, bem como o enfoque dispensado à essa população estudada (MENDES et al, 2008).

## 4.2 ***Corpus*** **do estudo**

Artigos que evidenciam as ações desenvolvidas pelo Terapeuta Ocupacional em pacientes com a doença de Alzheimer, tanto na produção científica nacional como internacional.

## 4.3 **Período**

Este estudo focou na busca exaustiva, com restrição temporal de 10 anos (2006 a 2015), para identificar a produção científica atual com a finalidade de caracterizar os artigos sobre as

ações terapêuticas ocupacionais junto a idosos com doença de Alzheimer indexados nas bases de dados bibliográficos relevante.

As buscas foram realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2015 e foram atualizadas entre os dias 13 e 15 de dezembro de 2015.

## 4.4 **Considerações éticas**

Por se tratar de um estudo documental, a qual os sujeitos do estudo são os artigos científicos, não cabe apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

## 4.5 **Fontes de informação**

As fontes de informação elegidas para o levantamento bibliográfico foram: Scopus, Web of Science, MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO® , Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library on Line (SciELO), Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence (OTseeker) e Physiotherapy Evidence Database (PEDro), além de busca manual com objetivo de localizar artigos não identificados nas bases de dados bibliográficas elegidas.

A elegibilidade da base de dados bibliográficos Scopus se deu por esta base ser multidisciplinar, de cobertura internacional abrangente, rigoroso critério de qualidade para a seleção dos periódicos e com registros desde 1823 (SCOPUS, 2015).

A Web of Science, também base de dados bibliográficos multidisciplinar, foi escolhida por ser de maior prestígio na comunidade científica e amplamente utilizada para estudos de avaliação da produção científica do mundo (MARCELO, 2012). Tem uma cobertura de indexação desde 1900. Essa base contém os mais importantes periódicos internacionais e, assim

como a Scopus, privilegiam as pesquisas feitas em países que tem como língua oficial o inglês (NUNEZ, 2014), o que atende à seleção estipulada nessa pesquisa.

A escolha pelo PubMed – recurso advindo da US National Library of Medicine – é pela especialização nos campos da biomedicina e saúde. Ela permite o acesso a um banco de dados gratuito fornecidos pelo MEDLINE. A maioria das publicações é no idioma inglês, mas também contam com publicações no espanhol. Possui referências de publicações desde 1949 (MEDLINE, 2015).

O Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), apesar de ser referência na área da enfermagem, foi eleito por conter literatura também relacionada às outras profissões da saúde. Possuem registros de textos desde 1937 (EBSCO, 2015).

A PsycINFO® é a base de dados que contém publicações na área de comportamento e saúde mental (APA, 2014), áreas pertinentes nos estudos sobre Alzheimer. Engloba publicações de mais de 50 países, com cobertura desde 1597, ampliada significativamente na década de 1980 (APA, 2014).

A LILACS constitui o "principal índice" da literatura científica na América Latina e Caribe na área da saúde. Possui registros desde 1982 (BIREME, 2015). Como a intenção é identificar publicações nacionais e compará-las às internacionais, essa ferramenta se mostra essencial na recuperação das produções científicas nacionais, principalmente. Com o mesmo objetivo, a Scielo foi escolhida pela abrangência territorial dos periódicos que compõem essa biblioteca eletrônica. A busca do Scielo foi feita via Web of Science, pois a ferramenta de busca por esta via é mais precisa se comparada às ferramentas utilizadas no site da própria Scielo.

A escolha do OTseeker se dá por este ser um banco de dados exclusivo para agregar as publicações de interesse da Terapia Ocupacional (OT SEEKER, 2015). Foi desenvolvido por um grupo de terapeutas ocupacionais de duas universidades australianas e recebe apoio de várias associações, universidades e outros bancos de dados (como a PEDro).

A Physiotherapy Evidence Database - PEDro foi selecionada no estudo, por ser uma base de dados de evidências em fisioterapia. Essa profissão atua historicamente em conjunto com a Terapia Ocupacional e, por isso, poderiam ser encontrados artigos publicados por/ou em colaboração de terapeutas ocupacionais. O primeiro registro publicado nesta base de dados data de 1929 (PEDro, 2015).

As buscas manuais foram realizadas em periódicos voltados para a área da Terapia Ocupacional. A maior parte desses periódicos já estavam indexados em uma das bases de dados elencadas para o estudo. Na Scopus, era possível encontrar os periódicos Australian

Occupational Therapy Journal, Occupational Therapy International, Physical & Occupational Therapy in Geriatrics e Scandinavian Journal of Occupational Therapy. No CINAHL englobava os períodicos da New Zealand Journal of Occupational Therapy e The Canadian Journal of Occupational Therapy. O PsycINFO abrange o periódico British Journal of Occupational Therapy e o LILACS, englobam Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAr, Revista de Terapia Ocupacional da USP e Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. A South African Journal of Occupational Therapy é uma revista que compõe a biblioteca da Scielo. Mesmo assim, cada volume e número dos periódicos foram investigados a fim de identificar possíveis artigos que não tivessem sido contemplados nas fontes de informação selecionada.

A Revista de Terapia Ocupacional Galicia está indexada no LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) e não seria possível verificar as publicações desta revista por meio das fontes de informação selecionadas no estudo e não foi possível identificar qual a indexação da Revista Baiana de Terapia Ocupacional. A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia foi o único periódico escolhido que não era específico de Terapia Ocupacional, mas ele tem sua importância nacional na área de saúde dos idosos e poderia conter publicações de terapeutas ocupacionais.

## 4.6 **Critérios de inclusão e exclusão**

Como critérios de inclusão foram considerados os artigos que abordam: 1) a doença de Alzheimer; 2) DA em idosos; 3) que tenham participação de terapeuta ocupacional na autoria ou que falem sobre terapia ocupacional na doença de Alzheimer; 4) sem restringir quanto à fase da doença, bem como adesão ao tratamento; 5) artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; e, 6) artigos de janeiro de 2006 a novembro de 2015. Essas expressões foram localizadas no título, no resumo e/ou nas palavras-chave dos registros encontrados.

Como critérios de exclusão, os artigos descartados foram os que: 1) não apresentaram o terapeuta ocupacional na autoria ou que não abordavam a terapia ocupacional na clientela estudada; 2) artigos de revisão de literatura; 3) trabalhos com enfoque em outros tipos de demência que não focava na doença de Alzheimer; 4) artigos sobre transtornos psiquiátricos ou

patologias de outra ordem; 5) publicações relacionadas a outros tipos de demência, em pacientes com idade inferior a 60 anos; 6) artigos escritos em outras línguas que não o inglês, português ou espanhol e artigos fora do recorte temporal, bem como 7) os estudos referentes a resumos de congressos, anais, editoriais e notas prévias. A exclusão desses tipos de estudo se deu por, muitas vezes, não conter o trabalho completo.

Foram utilizados todos os artigos que atendessem a esses critérios de seleção, independentemente de ter livre acesso ou não.

## 4.7 **Procedimentos metodológicos**

A pesquisa consiste em três etapas: **a primeira etapa** - identificação da produção científica nacional e internacional referente às ações da Terapia Ocupacional em idosos com Alzheimer; **a segunda etapa** – construção do mapa conceitual para organizar o corpo de conhecimentos das ações da Terapia Ocupacional na assistência ao idoso com a demência do tipo Alzheimer e seus cuidadores; e, **a terceira etapa** - comparação entre a literatura nacional e internacional sobre o processo de trabalho do terapeuta ocupacional na saúde do idoso com Alzheimer.

### 4.7.1. Primeira etapa: Identificação da produção científica nacional e internacional referente às ações da Terapia Ocupacional em idosos com Alzheimer

Esta etapa consiste em elaboração das estratégias de busca, do processo de seleção e da categorização das informações.

#### 4.7.1.1 Estratégias de busca

Para definição dos termos de busca, foi feita consulta no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário controlado utilizado pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para

indexar a literatura científica. Foram estipulados os seguintes descritores: "*comportamento*", "*meio ambiente*", "*cuidadores*" e "*cognição*", que foram combinados com os descritores "*Doença de Alzheimer*" e *"Terapia Ocupacional"*, bem como suas expressões na língua inglesa: "*occupational therapy*", "*behavior*", "*enviroment*", "*caregivers*", "*cognition*" e "*Alzheimer disease*". Para a pesquisa em espanhol, as palavras utilizadas foram: "*Terapia Ocupacional*", "*conducta*", "*cuidadores*", "*ambiente*", "*cognición*" e "*Enfermedad de Alzheimer*".

Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para combinação. As palavras-chave também utilizadas na busca, de forma combinada aos descritores, foram: "*suporte social*", "*avaliação*", *"ocupação"*, nos idiomas português, espanhol e inglês. Os termos "*suporte social*" e *"ocupação"* não constam da lista do DeCS e foram encontradas várias terminologias que pudessem englobar o termo "*avaliação*". As estratégias construídas e as expressões de busca com resultados são apresentadas no quadro 1.

Quadro 1- Fontes de informação, expressões de busca e resultados dos documentos identificados. Rio de Janeiro, 2015. (continua)

| FONTES DE INFORMAÇÃO | EXPRESSÃO DE BUSCA | RESULTADO |
|---|---|---|
| CINAHL with Full Text (EBSCO) | ("occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods") AND ("Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease")AND ("behavior" OR "environment" OR "cognition" OR "occupation" OR "activities" OR "social support") | 59 |
| CINAHL with Full Text (EBSCO) | ("occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods") AND ("Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease")AND ("caregivers") | 27 |
| CINAHL with Full Text (EBSCO) | ("occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods") AND ("Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease")AND ("assessment" OR "evaluation") | 32 |
| CINAHL with Full Text (EBSCO) | Total | 118 |
| LILACS | "Alzheimer" [Palavras] and "occupational therapy" [Palavras] | 03 |
| LILACS | "Behavior" [Palavras] and "Alzheimer disease" [Palavras] | 44 |
| LILACS | "environment" [Palavras] and "Alzheimer disease" [Palavras] | 30 |
| LILACS | "caregivers" [Palavras] and "Alzheimer disease" [Palavras] | 129 |
| LILACS | Total | 206 |
| MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine) | (("occupational therapy"[All Fields] OR "Occupational therapy/methods"[All Fields]) AND ("Alzheimer"[All Fields] OR "Alzheimer disease"[All Fields] OR "Alzheimer's disease"[All Fields])) AND ("behavior"[All Fields] OR "environment"[All Fields] OR "cognition"[All Fields] OR "occupation"[All Fields] OR "activities"[All Fields] OR "social support"[All Fields]) | 120 |
| MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine) | (("occupational therapy"[All Fields] OR "Occupational therapy/methods"[All Fields]) AND ("Alzheimer"[All Fields] OR "Alzheimer disease"[All Fields] OR "Alzheimer's disease"[All Fields])) AND "caregivers"[All Fields] | 47 |

Quadro 1- Fontes de informação, expressões de busca e resultados dos documentos identificados. Rio de Janeiro, 2015. (continuação)

| | | |
|---|---|---|
| MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine) | (("occupational therapy"[All Fields] OR "Occupational therapy/methods"[All Fields]) AND ("Alzheimer"[All Fields] OR "Alzheimer disease"[All Fields] OR "Alzheimer's disease"[All Fields])) AND ("assessment"[All Fields] OR "evaluation"[All Fields]) | 63 |
| MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine) | Total | 230 |
| OTseeker | ("occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods") AND ("Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease") AND ("behavior" OR "environment" OR "cognition" OR "occupation" OR "activities" OR "social support") | 09 |
| OTseeker | ("occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods") *AND* ("Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease")*AND* ("CAREGIVERS") | 04 |
| OTseeker | ("occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods") AND ("Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease") AND ("assessment" OR "evaluation") | 04 |
| OTseeker | Total | 17 |
| PsycINFO | Any Field: "occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods" AND Any Field: "Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease" AND Any Field: "behavior" OR "environment" OR "cognition" OR "occupation" OR "activities" OR "social support" | 157 |
| PsycINFO | Any Field**:** "occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods" *AND* Any Field**:** "Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease" *AND* Any Field**:** "caregivers" | 67 |
| PsycINFO | Any Field**:** "occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods" *AND* Any Field**:** "Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease" *AND* Any Field**:** "assessment" OR "evaluation" | 105 |
| PsycINFO | Total | 329 |
| PEDro - Physiotherapy Evidence Database | "Alzheimer" OR "dementia" | 31 |
| PEDro - Physiotherapy Evidence Database | Total | 31 |
| Scielo Citation Index | Tópico: (occupational therapy) AND Tópico: (Alzheimer disease) | 01 |
| Scielo Citation Index | Tópico: (behavior) AND Tópico: (Alzheimer disease) | 29 |
| Scielo Citation Index | Tópico: (environment) AND Tópico: (Alzheimer disease) | 13 |
| Scielo Citation Index | Tópico: (CAREGIVERS) AND Tópico: (Alzheimer disease) | 94 |
| Scielo Citation Index | Total | 137 |
| Scopus | TITLE-ABS-KEY ("Occupational Therapy" OR "Occupational therapy/methods" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "behavior" OR "environment" OR "cognition" OR "occupation" OR "activities" OR "social support") AND TITLE-ABS-KEY ( "Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease" ) | 158 |
| Scopus | TITLE-ABS-KEY ( "Occupational Therapy" OR "Occupational therapy/methods" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease" ) AND TITLE-ABS-KEY ("CAREGIVERS" ) | 75 |

Quadro 1- Fontes de informação, expressões de busca e resultados dos documentos identificados. Rio de Janeiro, 2015. (conclusão)

| | | |
|---|---|---|
| Scopus | (TITLE-ABS-KEY ( "Occupational Therapy" OR "Occupational therapy/methods" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease" ) AND TITLE-ABS-KEY ("assessment" OR "evaluation" ) | 79 |
| Scopus | Total | 312 |
| Web of Science | Tópico: ("occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods") AND Tópico: ("Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease") AND Tópico: ("behavior" OR "environment" OR "cognition" OR "occupation" OR "activities" OR "social support") | 41 |
| Web of Science | Tópico:("occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods") *AND* Tópico: ("Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease")*AND* Tópico: ("CAREGIVERS") | 25 |
| Web of Science | Tópico:("occupational therapy" OR "Occupational therapy/methods") AND Tópico: ("Alzheimer" OR "Alzheimer disease" OR "Alzheimer's disease")AND Tópico: ("assessment" OR "evaluation") | 23 |
| Web of Science | Total | 89 |
| | **TOTAL DE BUSCA DE ARTIGOS** | **1.469** |

Fonte: A autora, 2015.

Apesar de ter feito a busca nas bases de dados que englobam as revistas da área da Terapia Ocupacional, a opção pela busca manual foi realizada com a possibilidade de agregar outras publicações que pudessem estar presentes, mas que não foram identificadas pelas bases de dados por conta das palavras-chaves utilizadas nos textos e que estariam diferentes da estratégia de busca realizada nas bases de dados. As estratégias e resultados são apresentados no quadro 2:

Quadro 2- Estratégias de buscas manuais com fontes de informação, expressão de busca e resultados. Rio de Janeiro, 2015. (continua)

| **FONTES DE INFORMAÇÃO** | **EXPRESSÃO DE BUSCA** | **RESULTADO** |
|---|---|---|
| Australian Occupational Therapy Journal | Alzheimer disease | 55 |
| British Journal of Occupational Therapy | Alzheimer disease | 187 |
| Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAr | Doença de Alzheimer | 00 |
| New Zealand Journal of Occupational Therapy | Alzheimer disease | 07 |
| Occupational Therapy International | Alzheimer disease | 28 |

Quadro 2- Estratégias de buscas manuais com fontes de informação, expressão de busca e resultados. Rio de Janeiro, 2015. (conclusão)

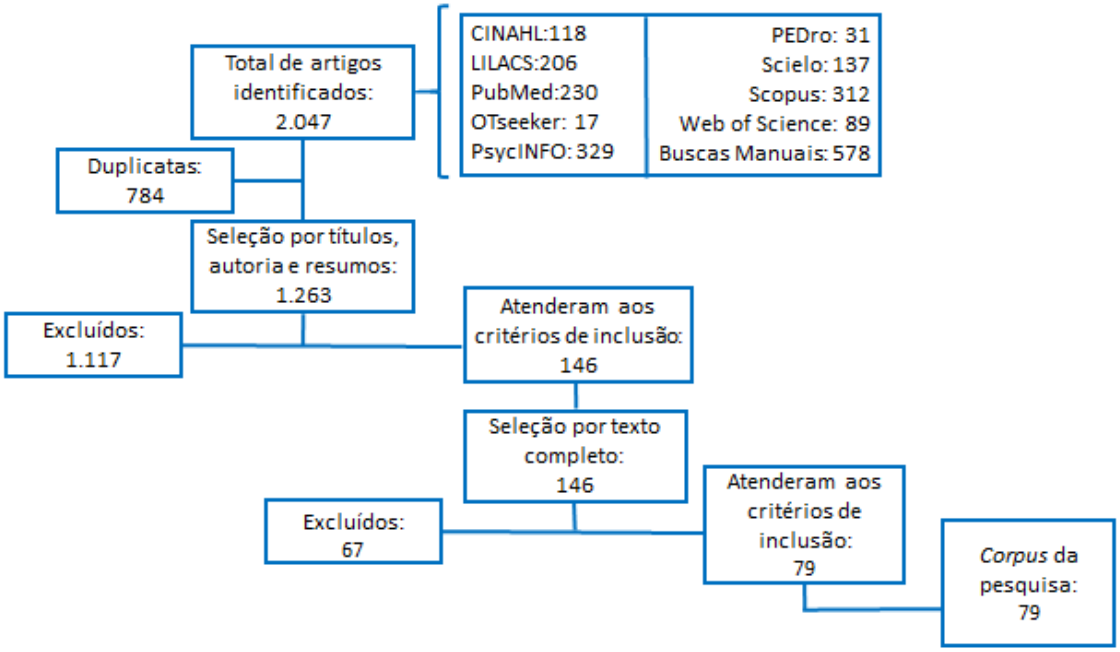
| | | |
|---|---|---|
| Physical & Occupational Therapy in Geriatrics | search Query: [All: alzheimer] AND [All: occupational therapy] AND [in Journal: Physical & Occupational Therapy in Geriatrics] | 146 |
| Revista Baiana de Terapia Ocupacional | Doença de Alzheimer | 00 |
| Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia | Doença de Alzheimer [Todos os índices] | 04 |
| Revista de Terapia Ocupacional Galicia | Alzheimer | 08 |
| Revista de Terapia Ocupacional da USP | Doença de Alzheimer | 11 |
| Scandinavian Journal of Occupational Therapy | Search Query: [All: alzheimer] AND [in Journal: Scandinavian Journal of Occupational Therapy] | 36 |
| South African Journal of Occupational Therapy | Alzheimer disease | 03 |
| The Canadian Journal of Occupational Therapy | Alzheimer disease | 93 |
| | **TOTAL DE BUSCA DE ARTIGOS** | **578** |

Fonte: A autora, 2015.

#### 4.7.1.2 Processo de Seleção

Os documentos identificados na busca bibliográfica das bases de dados foram exportados para o sistema de gerenciamento de referências - o *software* on-line EndNote® Web para o armazenamento e organização, iniciando o processo de seleção do *corpus* da pesquisa. Em síntese, o processo de seleção dos artigos é apresentado na figura 1.

Figura 1 - Fluxo do processo de seleção. Rio de Janeiro, 2015.




Fonte: A autora, 2015.

O número total de documentos identificados foi de 146. Após a leitura na íntegra dos artigos selecionados – etapa indispensável à nova seleção de itens para constituir o corpus da pesquisa – 79 artigos foram selecionados para a pesquisa. Dos 67 artigos excluídos, 28 artigos foram eliminados pela metodologia utilizada, em que foram utilizados estudos de revisão de literatura ou textos teóricos; 30 trabalhos não focavam no idoso com DA e/ou na atuação da Terapia Ocupacional; 05 artigos apresentavam o resumo em inglês, mas os idiomas do texto completo não atendiam aos critérios de inclusão e 04 artigos não apresentavam o artigo completo.

Posteriormente, para análise e sistematização dos dados obtidos, foi construído um formulário para organização dos resultados, submetidos, então, a um processo de categorização temática. Os artigos foram analisados considerando as autorias, ano de publicação, periódicos utilizados, objetivos dos estudos, desenhos metodológicos, ações da Terapia Ocupacional, desfechos, recomendações ou conclusões dos estudos.

### 4.7.2 Segunda etapa: Construção do Mapa Conceitual

Baseado na 3ª edição da Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (AOTA, 2014), foi construído o mapa conceitual relacionado às ações da Terapia Ocupacional na população de idosos com doença de Alzheimer.

Essa ferramenta é utilizada para organização do conhecimento, evidenciando os conceitos, suas estruturas hierárquicas e suas relações (RUIZ-MORENO et al, 2007). De forma visual, os mapas conceituais representam e partilham significados (TAVARES, 2007). Essa estrutura esquemática foi desenvolvida por Novak e Gowin (1984, apud LOPES, 2007) e é baseada da Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel que "menciona que o ser humano organiza o seu conhecimento através de uma hierarquização dos conceitos" (HENRIQUES et al, 2014, p. 218).

O mapa conceitual foi elaborado pelo software Cmap Tools versão 6.00, ferramenta desenvolvida pelo Institute for Human and Machine Cognition, da University of West Florida (UWF) (IHMC, 2014). A partir da construção do mapa, foi possível levantar os conceitos-chave, genéricos e específicos, com suas possíveis relações (LEONARDO DE OLIVEIRA, 2006).

### 4.7.3 Terceira etapa: Comparação entre a literatura nacional e internacional sobre o processo de trabalho do terapeuta ocupacional na saúde do idoso com Alzheimer

A terceira etapa do procedimento metodológico consistiu em agrupar a produção científica nacional e compará-la à internacional, a fim de identificar as convergências e divergências conceituais e práticas utilizados no processo de trabalho de terapeutas ocupacionais junto a idosos com demência do tipo Alzheimer.

# 5 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este capítulo contempla os resultados identificados nesta pesquisa, seguido das discussões. Estão organizados conforme a sequência das etapas do procedimento metodológico. Inicialmente descreve-se a caracterização do *corpus* da pesquisa e, em seguida, a apresentação do mapa conceitual para organização dos conhecimentos resultantes da pesquisa exploratória. Por fim, são apresentadas as análises das publicações científicas de acordo com cada fase do processo de terapia ocupacional: avaliação ou intervenção.

Como se sabe, a demência de Alzheimer modifica profundamente as relações entre os idosos e seus familiares, suas relações com o mundo, as interações sociais e as solidariedades familiares. Os impactos dessa doença na vida cotidiana são inúmeros e, neste sentido, é um desafio para a sociedade, para os familiares, para os profissionais de saúde e, de modo impositivo, uma preocupação para as políticas públicas de saúde.

O presente trabalho considera extremamente importante o conjunto das práticas profissionais no campo da saúde do idoso, em especial uma abordagem global e interdisciplinar que considere os aspectos sociais, econômicos ou ambientais como condicionantes do processo de saúde e doença. No entanto, pelo escopo circunscrito estipulado pelos objetivos, não foi possível considerá-los em profundidade e com a devida atenção que merecem. Em trabalhos posteriores à tese, tencionamos abordá-los como primordiais e complementares ao tratamento que demos à discussão da Terapia Ocupacional.

## 5.1 **Caracterização do *corpus* da pesquisa**

A pesquisa é constituída por 79 artigos que estão caracterizados no quadro 3, conforme título, autorias, ano de publicação, local do estudo, periódicos em que foram publicados e o foco do estudo (se avaliação ou intervenção).

Quadro 3 - Caracterização do *corpus* da pesquisa conforme título, ano, autores, periódicos, país e foco do estudo (continua)

| Nº | Título | Ano | Autores | Periódico | País do Estudo | Foco do estudo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Living with a person with Alzheimer's disease: Experiences related to everyday occupations | 2006 | PERSSON, M.; ZINGMARK, K. | Scandinavian Journal of Occupational Therapy | Suécia | Avaliação: cuidador |
| 2 | Efficacy of aromatherapy (lavandula angustifolia) as na intervention for agitated behaviours in chineces older persons with dementia: a cross-over randomized trial | 2007 | LIN, P.W. et al. | International Journal of Geriatrics Psychiatric | Hong Kong | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 3 | Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial | 2007 | GRAFF, M.J.L. et al. | Gerontological Society of America | Holanda | Intervenção: contextos e ambiente |
| 4 | Alone and confused: Community-residing older African Americans with dementia | 2007 | EDWARDS, D.F.; MORRIS, J.C. | Dementia: The International Journal of Social Research and Practice | EUA | Avaliação: Acesso aos recursos |
| 5 | Memorabilities: enduring relationships, memories and abilities in dementia | 2007 | BASSET, R.; GRAHAM, J.E. | Ageing and Society | Canadá | Avaliação: Consciência da doença |
| 6 | Occupational therapy and dementia: The experience of an Alzheimer special care unit | 2007 (a) | BALDELLI, M.V. et al. | Archives of Gerontology and Geriatrics | Itália | Intervenção: ocupações |
| 7 | The effects of snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit | 2007 | STAAL, J.A. et al. | International Journal of Psychiatry in Medicine | EUA | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 8 | Dementia and Occupational Therapy | 2007 (b) | BALDELLI, M.V. et al. | Archives of Gerontology and Geriatrics | Itália | Intervenção: ocupações |
| 9 | Reduced feedback: motor learning strategy in persons with Alzheimer's disease | 2008 | RICE, M.S. et al. | Physical & Occupational Therapy in Geriatrics | EUA | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 10 | A population-based retrospective cohort study comparing care for Western Australians with and without Alzheimer's disease in the last year of life | 2008 | ROSENWAX, L.; McNAMARA, B.; ZILKENS, R. | Health & Social Care in the Community | Austrália | Avaliação: Acesso aos recursos |

Quadro 3 - Caracterização do *corpus* da pesquisa conforme título, ano, autores, periódicos, país e foco do estudo (continuação)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Awareness trough interactions in everyday occupations: experiences of people with Alzheimer's disease | 2008 | OHMAN, A.; JOSEPHSSON, S.; NYGARD, L. | Scandinavian Journal of Occupational Therapy | Suécia | Avaliação: Consciência da doença |
| 12 | Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study | 2008 | GRAFF, M.J.L. et al. | BMJ | Holanda | Intervenção: contextos e ambiente |
| 13 | Coping with mild Alzheimer's disease | 2008 | SORENSEN, L.; WALDORFF, F.; WALDEMAR, G. | Dementia: The International Journal of Social Research and Practice | Dinamarca | Avaliação: Consciência da doença |
| 14 | Relationship between perceived burden of caring for a family member with Alzheimer's disease and decreased participation in meaningful activities | 2009 | HWANG, J.L.E. et al. | Occupational Therapy in Health Care | EUA | Avaliação: cuidador |
| 15 | Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. | 2009 | INOUYE, K. et al. | Revista Latino-Americana de Enfermagem | Brasil | Avaliação: Qualidade de vida |
| 16 | Dying of boredom: An exploratory case study of time use, apparent affect, and routine activity situations on two Alzheimer's special care units | 2009 | WOOD, W.; WOMACK, J.; HOOPER, B. | American Journal of Occupational Therapy | EUA | Avaliação: Qualidade de vida |
| 17 | Internet-based caregiver support for chinese canadians taking care of family member with Alzheimer Disease and related dementia | 2009 | CHIU, T. et al. | Canadian Journal on Aging | Canadá | Intervenção: contextos e ambiente |
| 18 | Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário | 2010 | NOVELLI, M.M.P.C.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. | Revista de Terapia Ocupacional da USP | Brasil | Avaliação: cuidador |
| 19 | Ability to manage everyday technology: A comparison of persons with dementia or mild cognitive impairment and older adults without cognitive impairment | 2010 | MALINOWSKY, C. et al. | Disability and Rehabilitation: assistive technology | Suécia | Avaliação: tecnologias |
| 20 | The influence of neuropsychiatry and functional changes on quality of life in Alzheimer's disease | 2010 | NOVELLI, M.M.P.C.; CARAMELLI, P. | Dementia & Neuropsychologia | Brasil | Avaliação: Qualidade de vida |
| 21 | Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador | 2010 | INOUYE, K. et al. | Revista Latino-Americana de Enfermagem | Brasil | Avaliação: Qualidade de vida |

Quadro 3 - Caracterização do *corpus* da pesquisa conforme título, ano, autores, periódicos, país e foco do estudo (continuação)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | Description of Dementia Caregivers uplifts and implications for Occupational Therapy | 2010 | DONOVAN, M.L.; CORCORAN, M.A. | American Journal of Occupational Therapy | EUA | Intervenção: contextos e ambiente |
| 23 | Evaluation of cognitive technologies in Geriatric Rehabilitation: a case study pilot Project | 2010 | DE OLIVEIRA ASSIS, L. et al. | Occupational Therapy International | Brasil | Avaliação: profissionais Intervenção: contextos/ ambiente |
| 24 | Occupational Therapists use of cognitive interventions for clients with Alzheimer's disease | 2010 | ROBERT, A.; GÉLINAS, I.; MAZER, B. | Occupational Therapy International | Canadá | Avaliação: profissionais |
| 25 | The power of the social environment in motivating persons with dementia to engage in occupation: Qualitative findings | 2010 | TEILELMAN, J; RABER, C.; WATTS, J. | Physical & OT in Geriatrics | EUA | Avaliação: cuidador |
| 26 | Abordagem funcional e centrada no cliente na reabilitação de idoso com demência de Alzheimer - relato de caso | 2011 | CUNHA, F.C.M. et al. | Revista de Terapia Ocupacional da USP | Brasil | Intervenção: fatores do cliente, contextos e ambiente |
| 27 | Occupational performance and awareness of disability in mild cognitive impairment or dementia | 2011 | OHMAN, A.; NYGARD, L.; KOTTORP, A. | Scandinavian Journal of Occupational Therapy | Suécia | Avaliação: Consciência da doença |
| 28 | A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation | 2011 | VOIGT-RADLOFF, S. et al. | BMJ Open | Alemanha | Intervenção: contextos e ambiente |
| 29 | Managing agitated behaviour in people with Alzheimer's disease: The role of live music | 2011 | COX, E.; NOWAK, M.; BUETTNER, P. | British Journal of Occupational Therapy | Austrália | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 30 | Accessibility in public space as perceived by people with Alzheimer’s disease | 2011 | BRORSSON, A. et al. | Dementia: The International Journal of Social Research and Practice | Suécia | Avaliação: Acesso aos recursos |
| 31 | Application of a tactile way-finding device to facilitate navigation in persons with dementia | 2011 | GRIERSON, L.E.M. et al. | Assistive Technology | Canadá | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 32 | The design of intelligent in-home assistive technologies: Assessing the needs of older adults with dementia and their caregivers | 2011 | CZARNUCH, S.; MIHAILIDIS, A. | Gerontechnology | Canadá | Avaliação: cuidador |

Quadro 3 - Caracterização do *corpus* da pesquisa conforme título, ano, autores, periódicos, país e foco do estudo (continuação)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 33 | A controlled naturalistic study on a weekly music therapy and activity program on disruptive and depressive behaviors in dementia | 2011 | HAN, P. et al. | Dementia and Geriatric Cognitive Disorders | Singapura | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 34 | Effects of cognitive function and depressive mood on the quality of life in Chinese Alzheimer's disease patients in Hong Kong | 2011 | CHAN, I.W.P. et al. | Geriatrics & Gerontology International | Hong Kong | Avaliação: Qualidade de vida |
| 35 | Factors that impact the level of difficulty of everyday technology in a sample of older adults with and without cognitive impairment | 2011 | PATOMELLA, A.H. et al. | Technology and disability | Suécia | Avaliação: tecnologias |
| 36 | Predicting Road Tes Performance in drivers with dementia | 2011 | CARR, D.B. et al. | Journal of the American Geriatrics Society | EUA | Avaliação: instrumentos de avaliação |
| 37 | The Efficacy of Nonpharmacological Treatment for Dementia-related Apathy | 2011 | FERRERO-ARIAS, J. et al. | Alzheimer Disease & Associated Disorders | Espanha | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 38 | An exploration of occupational in nursing home residents with dementia | 2011 | MORGAN-BROWN et al. | British Journal of Occupational Therapy | Irlanda | Avaliação: contextos e ambiente |
| 39 | Meeting the needs of caregivers of persons with dementia: an important role for occupational therapy | 2012 | PIERSOL, C.V.; EARLAND, T.V.; HERGE, E.A. | OT Practice | EUA | Intervenção: habilidades de desempenho, contextos e ambiente |
| 40 | Indvidual variability and environmental characteristics influence older adults'abilities to manage everyday technology | 2012 | MALINOWSKY, C. et al. | International Psychogeriatrics | Suécia | Avaliação: tecnologias |
| 41 | Validation of the Route Map Recall Test for getting lost behavior in Alzheimer’s disease patients | 2012 | WANG, T.Y. et al. | Archives of Clinical Neuropsychology | República da China: Taiwan | Avaliação: instrumentos de avaliação |
| 42 | Perceptions of family and staff on the role of the environment in long-term care homes for people with dementia | 2012 | GARCIA, L.J. et al. | International Psychogeriatrics | Canadá | Avaliação: Qualidade de vida |
| 43 | Capacity to make decisions on medication management in Chinese older persons with mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease | 2012 | LUI, V.W.C. et al. | International Psychogeriatrics | Hong Kong | Avaliação: ocupações |

Quadro 3 - Caracterização do *corpus* da pesquisa conforme título, ano, autores, periódicos, país e foco do estudo (continuação)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 44 | Dementia qualitiy of life instrument - construct and concurrent validity in patients with mild to moderate dementia | 2012 (a) | VOIGT-RADLOFF, S. et al. | European Journal of Neurology | Alemanha | Avaliação: instrumentos de avaliação |
| 45 | Interview for Deterioration in Daily Living Activities in dementia: construct and concurrent validity in patients with mild and moderate dementia. | 2012 (b) | VOIGT-RADLOFF, S. et al. | International Psychogeriatric Association | Alemanha | Avaliação: instrumentos de avaliação |
| 46 | Second nature: Improving occupational performance in people with dementia through role-based, task-specific training | 2013 | CIRO, C. | OT Practice | EUA | Intervenção: ocupações |
| 47 | Evaluation of a computer-assisted errorless learnig-based memory training program for patients with early Alzheimer's disease in Hong-Kong: a pilot study | 2013 | LEE, G.Y. et al. | Clinical Interventions in Aging | Hong Kong | Intervenção: fatores do cliente |
| 48 | Cognitive stimulation in patients with dementia: randomized controlled trial | 2013 | MAPELLI, D. et al. | Dementia and Geriatric Cognitive Disorders | Itália | Intervenção: fatores do cliente |
| 49 | Using cognitive-functional assessment to predict self-care performance of memory care tenants | 2013 | SCHABER, P. et al. | American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias | EUA | Avaliação: instrumentos de avaliação |
| 50 | Preclinical Alzheimer disease and risk of falls | 2013 | STARK, S.L. et al. | Neurology | EUA | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 51 | Significant junctures on the way towards becoming a user of assistive technology in Alzheimer's disease | 2013 | LINDQVIST, E.; NYGARD, L.; BORELL, L. | Scandinavian Journal of Occupational Therapy | Suécia | Intervenção: ocupações |
| 52 | Providing activity for people with dementia in care homes: A cluster randomised controlled trial | 2013 | WENBORN, J. et al. | International Journal of Geriatric Psychiatry | Reino Unido | Intervenção: contextos e ambiente |
| 53 | Structured assessment of mental capacity to make financial decisions in Chinese older persons with mild cognitive impairment and mild Alzheimer disease | 2013 | LUI, V.W.C. et al. | Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology | Hong Kong | Avaliação: ocupações |
| 54 | Quantitative analysis of formal caregivers'use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care | 2013 | WILSON, R. et al. | Journal of Communication Disorders | Canadá | Avaliação: cuidador |
| 55 | Managing critical incidents in grocery shopping by community-living people with Alzheimer's disease | 2013 | BRORSSON, A. et al. | Scandinavian Journal of Occupational Therapy | Suécia | Avaliação: ocupações |

Quadro 3 - Caracterização do *corpus* da pesquisa conforme título, ano, autores, periódicos, país e foco do estudo (continuação)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 56 | Implementing Interprofessional Evidence-Based Approaches for Older Adults and Their Families | 2014 | PIERSOL, C.V.; FLYNN, M. | Home & Community Health Special Interest Section Quarterly | EUA | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 57 | Development and validation of a new performance-based measurement of instrumental activities of daily living in Taiwan | 2014 | CHEN, H.M. et al. | Psychogeriatrics | República da China: Taiwan | Avaliação: instrumentos de avaliação |
| 58 | Validity and reliability of the persian version of Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale in patients with dementia | 2014 | MEHRABAN, A.H. et al. | Medical Journal of The Islamic Republic of Iran | Irã | Avaliação: instrumentos de avaliação |
| 59 | Indicators of perceived useful dementia care assistive technology: caregiver's perspectives | 2014 | MAO, HF. et al. | Geriatrics and Gerontology International | República da China: Taiwan | Avaliação: profissionais e cuidador |
| 60 | Distance caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementia: A phenomenological study | 2014 | EDWARDS, M. | British Journal of Occupational Therapy | EUA | Avaliação: cuidador |
| 61 | Clinical correlates of unawareness of deficits among patients with dementia due to Alzheimer’s disease | 2014a | CHEN, Y.L. et al. | American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias | República da China: Taiwan | Avaliação: Consciência da doença |
| 62 | The effects of creative reminiscing on individuals with dementia and their caregivers: A pilot study | 2014 | FLETCHER, T.S.; ECKBERG, J.D. | Physical & Occupational Therapy in Geriatrics | EUA | Intervenção: fatores do cliente |
| 63 | Learning and using technology in intertwined processes: A study of people with mild cognitive impairment or Alzheimer’s disease | 2014 | ROSENBERG, L.; NYGARD, L. | Dementia: The International Journal of Social Research and Practice | Suécia | Avaliação: tecnologias |
| 64 | Anxiety in family caregivers of hospitalized persons with dementia | 2015 | BOLTZ, M. et al. | Alzheimer Disease Association Disorders | EUA | Avaliação: cuidador |
| 65 | The effect of the global positioning system on the driving performance of people with mild Alzheimer's disease | 2015 | YI, J. et al. | Gerontology | Austrália | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 66 | Associations between performance of activities of daily living and everyday technology use among older adults with mild stage Alzheimer's disease or mild cognitive impairment | 2015 | RYD, C. et al. | Scandinavian Journal of Occupational Therapy | Suécia | Avaliação: tecnologias |

Quadro 3 - Caracterização do *corpus* da pesquisa conforme título, ano, autores, periódicos, país e foco do estudo (continuação)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 67 | Effects of spaced retrieval training with errorless learning in the rehabilitation of patients with dementia | 2015 | JANG, J.S. et al. | Journal of Physical Therapy Science | Coreia | Intervenção: fatores do cliente |
| 68 | The effects of cognitive rehabilitation on Alzheimer´s dementia patients' cognitive asssessment reference diagnosis system performance based level of cognitive functioning | 2015 | HWANG, J.H.; CHA, H.G.; CHO, H.S | Journal of Physical Therapy Science | Coreia | Intervenção: fatores do cliente |
| 69 | Incidence and risk of seizures in Alzheimer´s disease: a nationwide population-based cohort study | 2015 | CHENG, C.H. et al. | Epilepsy Reserarch | República da China: Taiwan | Avaliação: habilidades de desempenho |
| 70 | Interrater reliability of the record of driving errors (RODE) | 2015 | BARCO, P.P. et al. | American Journal of Occupational Therapy | EUA | Avaliação: instrumentos de avaliação |
| 71 | Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. | 2015 | SEYUN, K. | Journal of Physical Therapy Science | Coreia | Intervenção: fatores do cliente |
| 72 | Multistimulation Group Therapy in Alzheimer's Disease promotes changes in brain functioning. | 2015 | BAGLIO, F. et al. | Neurorehabilitation and Neural Repair | Itália | Intervenção: habilidades de desempenho |
| 73 | Examination of a cut-off score to express the meaningful activity of people with dementia using iPad (ADOC) | 2015 | TOMORI, K. et al. | Disability and Rehabilitation: assistive technology | Japão | Avaliação: tecnologias |
| 74 | Correlation between caregiver reports of physical function and performance-based measures in a cohort of older adults with Alzheimer Disease | 2015 | BERNARD, B.L.et al. | Alzheimer Disease and Associated Disorders | EUA | Avaliação: instrumentos de avaliação |
| 75 | Exploring the need for a new UK occupational therapy intervention for people with dementia and family carers: community occupational in Dementia (COTiD) | 2015 | HYNES, S.M. et al. | Aging and Mental Health | Reino Unido | Avaliação: cuidador |
| 76 | Spousal caregiver perspecties on a person-centered social program for partners with dementia | 2015 | HAN, A.; RADEL, J. | American Journal of Alzheimer's Disease & other dementias | EUA | Avaliação: cuidador |
| 77 | An explorative study of the relationship between functional and cognitve decline in older persons with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease | 2015 | VERMEERSCH, S. et al. | British Journal of Occupational Therapy | Reino Unido | Avaliação: ocupações |

Quadro 3 - Caracterização do *corpus* da pesquisa conforme título, ano, autores, periódicos, país e foco do estudo (conclusão)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 78 | The home-based Occupacional Therapy Intervention in Alzheimer's Disease Multiple Intervention Trial (ADMIT) | 2015 | SCHIMID, A.A. et al. | Occupational Therapy in Mental Health | EUA | Avaliação: profissionais |
| 79 | Family caregivers for people with dementia and the role of occupational therapy | 2015 | EDWARDS, M. | Physical & Occupational Therapy in Geriatrics | EUA | Avaliação: cuidador |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados obtidos na pesquisa, 2016.

Para caracterizar o *corpus* da pesquisa, verifica-se 54 artigos (68,4%) provém dos últimos cinco anos (janeiro de 2011 a dezembro de 2015), com 73,6% dos estudos (n= 40) contendo o terapeuta ocupacional (TO) na autoria principal. Nos cinco anos restantes avaliados (janeiro de 2006 a dezembro de 2010), das 25 publicações, 80% foram conduzidas pelo terapeuta ocupacional. Nos demais artigos em que o TO não era o autor primeiro autor, eles participavam das pesquisas que foram lideradas por enfermeiros, médicos ou psicólogos.

O ano em que teve o maior número de publicações foi em 2015 com 16 artigos, seguido de 13 pesquisas em 2011. Os demais anos avaliados variaram de 01 (em 2006) a 10 artigos (em 2013). O maior número de publicações vem do continente americano (n= 34), seguida pelo Europeu (n= 26), Asiático (n= 16) e Oceania (n= 3). Na Europa, o país que mais publicou sobre o tema investigado foi a Suécia, com um total de 11 trabalhos; na Ásia, Hong Kong e Taiwan contribuíram com a maior parte dos estudos; já na Oceania, somente publicações australianas foram encontradas.

Dos países do continente americano, nas fontes de informações consultadas, foram identificados estudos dos Estados Unidos, Canadá e Brasil, em que 61,7% (n= 21) advém de pesquisas realizadas nas universidades norte-americanas (62,9%). Observa-se que a literatura nacional contribuiu com somente seis artigos para o estudo exploratório. Das pesquisas nacionais, quatro pesquisas foram publicadas em revistas nacionais e duas em revistas internacionais.

O estudo exploratório é voltado para a atuação específica da Terapia Ocupacional junto a idosos com Alzheimer, mas as publicações não foram submetidas, em sua maioria, nos periódicos da área (n= 24). Cerca de 55,7% (n= 44) publicações científicas foram divulgadas em periódicos da área da gerontologia e 11 estudos (13,9%) em revistas da área de saúde (saúde comunitária, neurologia, enfermagem, psiquiatria).

Sobre os periódicos científicos, há nacionalmente um sistema de avaliação denominado Qualis que afere a qualidade das revistas científicas e serve de subsídios para os programas de pós-graduação do país. O sistema Qualis classifica os periódicos em A1, o mais elevado; A2, B1, B2, B3, B4, B5, a C, o de menor relevância. Cada periódico pode receber valores diferentes de acordo com a área de avaliação (CAPES, 2016). Nas áreas de conhecimento do CNPq, a Terapia Ocupacional está inserida na área da Educação Física (que engloba a própria Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) e, das publicações realizadas, nesse recorte temporal, para a avaliação do ano de 2014 e nesta área, apenas 14 produções foram feitas em periódicos que já possuiam avaliação de indicativos de qualidade.

Essas produções são provenientes de 10 periódicos, que foram avaliados pela Capes como: A1 (American Journal of Occupational Therapy, Journal of Comunication Disorders); A2 (Journal of Physical Therapy Science, Alzheimer Disease and Associated Disorders); B1 (Archives of Gerontology and Geriatrics, Revista de Terapia Ocupacional da USP, Geriatrics and Gerontology International); e, B2 (Dementia & Neuropsichologia, Clinical Interventions in Aging, Neurology). Dois desses periódicos são brasileiros: Revista de Terapia Ocupacional da USP e Dementia & Neuropsichologia. Entre os periódicos que possuem qualis, oito periódicos possuem o indicador bibliométrico fator de impacto gerado pelo Journal Citation Report da Thomson Reuters. A revista Neurology apresenta o maior fator de impacto (8.286) e a revista Journal of Physical Therapy Science com o menor fator de impacto na avaliação de 2014 (0.392) (JOURNAL CITATION REPORTS, 2016).

Ao analisar todo o *corpus* da pesquisa, foram identificados 42 periódicos científicos que publicaram estudos relacionados à Terapia Ocupacional em idosos com demência de Alzheimer. Apesar de nem todos serem qualificados pela CAPES, trinta e quatro periódicos apresentavam fator de impacto, que variavam entre 0,392 e 8,286. O fator de impacto é um indicador bibliométrico de relevância para o periódico e a comunidade científica.

As publicações analisadas nesta tese são fruto de pesquisas e extensões desenvolvidas nas diferentes instituições educacionais ou relatos vivenciados na prática clínica. Sustentar as áreas de pesquisa e extensão no âmbito do ensino é a forma de consagrar o desenvolvimento da ciência e da tecnologia (SLEUTJES, 1999). Segundo Goergen (1998, p.3), há uma relação entre a produção de conhecimentos, progresso e a distribuição do poder econômico. O mesmo autor ressalta que "os países que têm o melhor índice de produção de conhecimentos encontram-se no comando da economia". Os resultados desta pesquisa confirmam essa relação, uma vez que os Estados Unidos apareceu como o país líder na produção cinetífica (SILVA, 2012).

Dos 19 países que conduziram as pesquisas investigadas na tese, 16 (84,2%) são países que possuem o índice de desenvolvimento humano (IDH) muito elevado, segundo o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) referente ao ano de 2014. Somente três países (Brasil, Taiwan e Irã) encontram-se na categoria de desenvolvimento elevado, ocupando as posições 75, 90 e 69, respectivamente (PNUD, 2015). O IDH combina três componentes fundamentais para o processo de desenvolvimento do país: educação, longevidade e renda (SCARPIN; SLOMSKI, 2007) e, estar entre os muito elevados indica que

o governo se preocupa com padrão de vida justo, maior investimento em ciência e tecnologia e busca por uma vida longeva e saudável.

O que chama atenção na análise do quadro 03 é o número extremamente pequeno da contribuição nacional sobre as atuações de terapeutas ocupacionais na área de idosos com Alzheimer.

A Terapia Ocupacional, em suas diretrizes curriculares, preocupa-se com o desenvolvimento humano em todas as suas fases, incluindo a fase do envelhecimento. A própria formação profissional, em conjunto com as políticas públicas, relatórios mundiais sobre o envelhecimento e dossiês de associações sobre o crescente número de idosos e as principais condições de saúde, apontam para a necessidade de se produzir conhecimentos na área das demências.

Ademais, no Brasil, com a rede de interiorização e expansão federal do ensino superior iniciada no governo Lula em 2003, o número de novas instituições de ensino aumentou e, em alguns municípios, foram criados os cursos de Terapia Ocupacional (REUNI, 2010). Uma vez que os pilares universitários são construídos a partir do ensino, pesquisa e extensão, a expansão favorece a construção do corpo de conhecimentos.

Em 2014, o país contava com 72 cursos de Bacharelado em TO de instituições de ensino públicas e privadas (BRASIL, 2016). Apesar do crescimento no número de graduações, até então só existe um recente programa nacional de mestrado (regulamentado em 2009) e doutorado (regulamentado em 2015) específico em Terapia Ocupacional e outros dois programas que compõe a denominada área 21 da CAPES (Educação Física, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional) (LOPES et al., 2010), o que pode justificar, em parte, o escasso número de publicações nacionais. Por essa razão, dificulta-se o credenciamento destes terapeutas ocupacionais para a criação de novos programas de pós-graduação. Consequentemente, há repercussões no número de formação de novos pesquisadores e consolidação de linhas de pesquisa (LOPES et al., 2010), com dificuldades no desenvolvimento e crescimento da área.

Nesta pesquisa, dois artigos realizados no Brasil foram publicados em um periódico específico da área (Revista de Terapia Ocupacional da USP). Os demais periódicos identificados para publicação eram de outras áreas e um internacional. Isso contribui para o agravamento do não desenvolvimento da área, pois uma vez que não se fomenta os próprios periódicos, há uma baixa produtividade na área 21, com baixo número de projetos financiados e baixa produção da área (LOPES; MALFITANO, 2009). Nesse cenário, vislumbra-se a

necessidade de uma organização coletiva para conseguir os financiamentos e fortalecer o campo da produção do conhecimento em TO. Os investimentos em pesquisa e desenvolvimento são essenciais e fundamentais para a inovação (BRASIL, 2014). O Brasil, de forma geral e especificamente a Terapia Ocupacional, precisa melhorar a qualidade de sua produção de conhecimentos para consolidar os conhecimentos (SILVA, 2012), divulgar seu campo de atuação e produzir evidências que servirão de base para a elaboração de políticas públicas que contribuirão para o envelhecimento ativo e saudável.

Se a prática clínica da Terapia Ocupacional é baseada nas evidências científicas, a quase ausência de produções nacionais leva inevitavelmente os profissionais a utilizar o saber produzido internacionalmente, facilitados pela democratização das informações como resultado da globalização. Mesmo assim, devem ser consideradas as desigualdades culturais, econômicas e sociais provenientes dos países da Europa, América do Norte, Ásia e Oceania.

No próprio território brasileiro, há uma já marcada assimetria na distribuição socioeconômica, que deve ser levada em conta para a efetiva compreensão das necessidades dos idosos com demência nos diferentes territórios. Agrava ainda mais o conhecimento pelos desequilíbrios regionais de incentivo à produção técnica-científica, em que a maior parte dos investimentos em ciência e tecnologia são destinados para as regiões Sul e Sudeste, locais onde se encontram o maior número de grupos de pesquisa (BARROS, 2000). Isso parece refletir no número de publicações e na produção de conhecimentos sobre o tema aqui analisado.

No estudo exploratório, foram revisados 47 (59,5%) publicações voltadas para o processo de avaliação, 31 artigos destinados ao processo de intervenção (39,2%) e um artigo tinha como objetivo avaliar todo o processo terapêutico ocupacional (avaliação e intervenção). Por entender a doença de Alzheimer como uma doença familiar, os artigos focavam nas pesquisas para os idosos, a díade (cuidador-idoso) ou somente os cuidadores. Os resultados e discussão do processo terapêutico ocupacional serão apresentados separadamente pelos processos (avaliação ou intervenção) e conforme a temática apresentada.

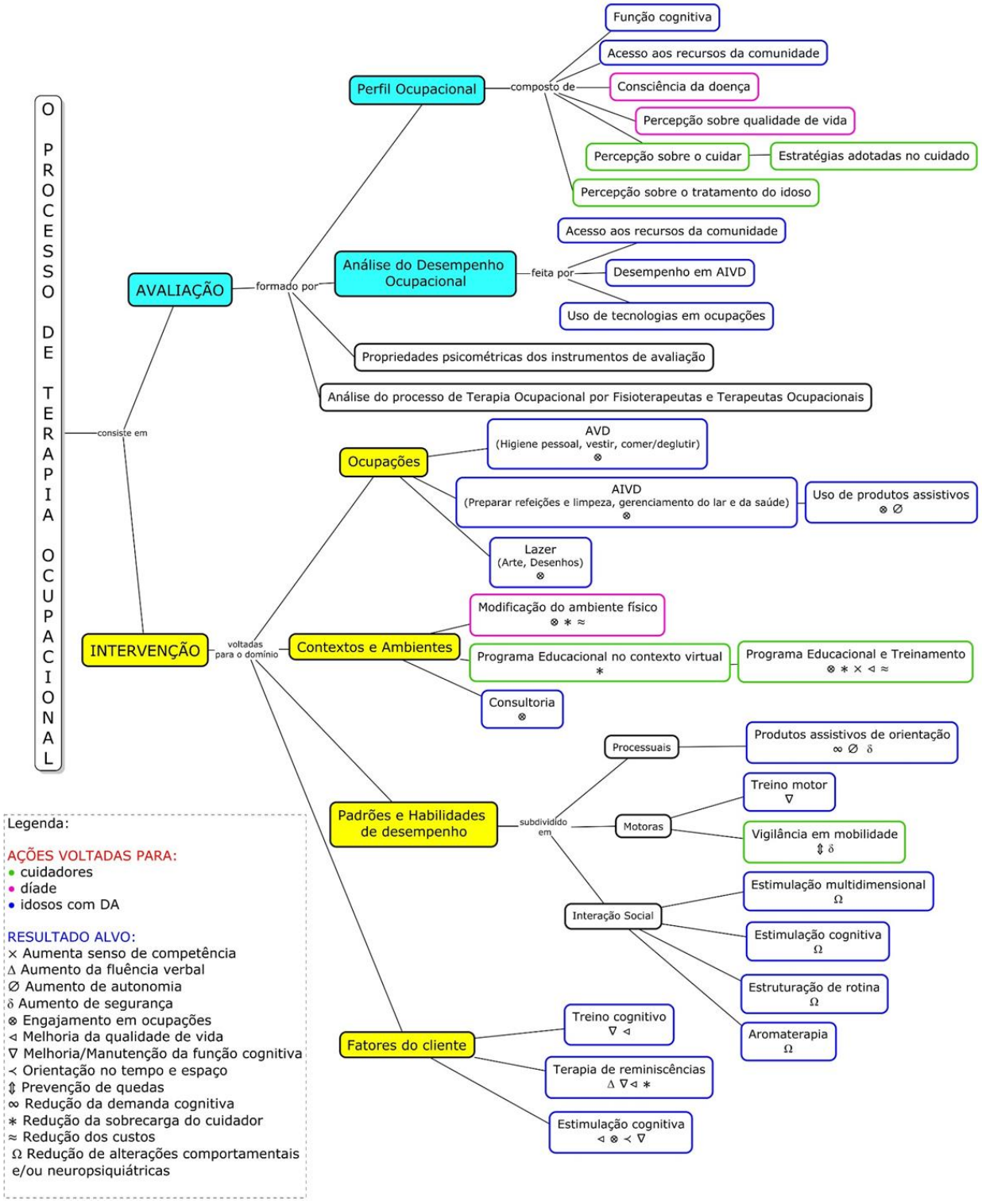
## 5.2 **O mapa conceitual**

A construção do mapa conceitual foi baseada na terminologia e nos conceitos descritos pela "Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo, 3ª edição" (AOTA, 2014). Neste documento são apresentados os DOMÍNIOS da Terapia Ocupacional que representam as áreas de competência dos profissionais, tais como: ocupações, fatores do cliente, habilidades de desempenho, padrões de desempenho e contextos e ambientes. Esses aspectos influenciam "a identidade ocupacional, saúde, bem-estar e participação do cliente" (AOTA, 2014, p. s-6). As áreas em que os profissionais têm um corpo de conhecimento são interligadas ao PROCESSO de Terapia Ocupacional, que constituem as ações realizadas pelo profissional durante a prestação de serviços, foco desta tese.

O processo de Terapia Ocupacional é formado pela avaliação, intervenção e resultados alvo. Durante a avaliação é possível identificar o perfil ocupacional e analisar o desempenho em ocupações. Na intervenção, com base na avaliação, são elaboradas e implementadas as ações profissionais (AOTA, 2014). Optou-se analisar as diversas intervenções, categorizando-as pelos aspectos do domínio da Terapia Ocupacional.

Neste mapa conceitual são apresentadas as avaliações e intervenções identificadas nesta pesquisa (figura 2). Os resultados alvo atingidos em cada tipo de intervenção são apresentados no mapa conceitual em forma de signos, uma vez que uma determinada intervenção pode implicar diversos resultados. Cada representação dos signos consta na legenda. As análises de cada ação realizada são descritos na sequência.

Figura 2 - Mapa conceitual




Fonte: A autora, 2016.

## 5.3 **O processo de avaliação do terapeuta ocupacional junto aos idosos com Demência de Alzheimer.**

Como já relatado e, aqui retomamos, o processo de avaliação terapêutico ocupacional consiste em conduzir as avaliações com o idoso com Alzheimer, cuidadores formais e informais, membros familiares ou amigos, bem como com os profissionais de saúde, a fim de identificar a capacidade funcional do idoso, limitações, barreiras e facilitadores para a saúde, bem-estar e participação.

As informações são obtidas através do perfil ocupacional e análise do desempenho ocupacional (AOTA, 2014). No perfil ocupacional serão obtidas informações sobre o cliente, cuidadores e outras pessoas envolvidas no tratamento da Demência de Alzheimer (DA). Inclui as experiências, padrões de vida, interesses, valores e necessidades de cada idoso avaliado (FORWELL; COPPERMAN; HUGOS, 2013). Na análise do desempenho ocupacional, as principais queixas relatadas serão identificadas, observadas, mensuradas no processo de avaliação (NOVELLI; CANON, 2012). Em conjunto, o perfil ocupacional junto à análise do desempenho ocupacional servirá de base para o processo de intervenção. A análise ambiental e demandas das atividades são adicionadas ao processo avaliativo para elaboração e implementação do plano interventivo (TIRADO; DRUMMOND, 2008).

Na categorização temática dos artigos direcionados ao processo de avaliação, surgiram as seguintes categorias: consciência da doença, percepção sobre a qualidade de vida, acesso aos recursos da comunidade, desempenho durante as ocupações, instrumentos de avaliação padronizados, foco nos cuidadores e profissionais de saúde. Os artigos são direcionados aos idosos, cuidadores e/ou profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

Ao analisar as temáticas, também foram considerados os níveis de evidências das produções com base nas recomendações do texto de Medeiros e Stein (2002), em que considera: os de maior nível de evidência, do tipo 1, os ensaios clínicos randomizados, as revisões sistemáticas e estudos de coorte prospectivo; do tipo 2, as coortes retrospectiva e estudos ecológicos; do tipo 3, coorte em população limitada, caso/controle; do tipo 4, estudos de série de casos; e, do tipo 5, opiniões de especialistas. Nesses estudos, quanto mais próximo do nível 1, melhor a qualidade dos estudos e são os mais recomendados para serem conduzidos na prática clínica. Por sua vez, os estudos qualitativos não entram nesse tipo de avaliação e

recomendação, mas possuem a capacidade de captar resgatar informações valiosas para serem utilizadas no campo profissional pela própria estratégia metodológica adotada.

### 5.3.1 Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: CONSCIÊNCIA DA DOENÇA.

Nos processos demenciais, a autoconsciência da doença é variável e pode estar prejudicada parcialmente ou totalmente (SOUSA et al., 2011a). Segundo os mesmos autores, o paciente pode ter ciência para determinados danos nos domínios cognitivos e/ou comportamentais e não para outros. Estar consciente das alterações leva a uma procura pelos serviços de cuidado e gera, consequentemtente, uma demanda para estabelecer estratégias e criação de redes de suporte para atender ao idoso com Alzheimer e seus familiares (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009).

No estudo exploratório, foram revisados 05 artigos que retratam a consciência da doença na percepção dos idosos com Demência de Alzheimer. Somente um artigo procurou também pesquisar sobre a percepção do cuidador sobre a consciência dos idosos. Três artigos são do tipo qualitativo e dois do tipo transversal (estudos nº 05, 11, 13, 27, 61) (quadro 04).

Quadro 4 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à consciência da doença (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLOÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 05 | BASSET; GRAHAM, 2007 | Retratar os achados de um estudo qualitativo feito por visitas domiciliares em casas de pessoas com DA leve a moderada e que estavam sendo tratadas com medicamento anti-demência.<br><br>O foco era na díade. | Tipo de estudo:<br>Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 58 díades.<br><br>Dos cuidadores, 03 eram formais e o restante informal.<br><br>Coleta de dados: Entrevistas em profundidade.<br><br>Tempo: 12 semanas em 1 ano. | 1) Três temas co-existentes emergiram dos dados: consciência, atenção e antecipação.<br>2) As pessoas relatam consciência que eles poderiam não mais lembrar de suas experiências recentes e mais distantes e são frequentemente retratados pelos cuidadores como perda da consciência. A coexistência da consciência, atenção e antecipação, não faz sentido quando se usa autores que gostam de distinguir os tipos de memória.<br>3) Ambos pacientes e seus cuidadores falam sobre relembrar, esquecer, perder e perder-se.<br>4) Indivíduos com demência prestam atenção em algumas coisas, mas invariavelmente não é da mesma forma que seus cuidadores.<br>5) O não relembrar o passado afeta o presente.<br>6) A perda de atenção significa que o foco na tarefa foi reduzido e a tarefa não foi completada. Problemas como ver e escutar são as explicações para a falta de atenção.<br>7) A perda de atenção é, às vezes, referido pelos cuidadores como uma perda de interesse.<br>8) O foco na atividade por somente alguns minutos era descrito variavelmente como perda de interesse, torna-se entendiante ou preguiça. Relembrar demanda atenção: esquecer ou falhar para lembrar acontecem no presente. Nossos informantes - DA e cuidadores - desenvolviam seus próprios modelos de explicação para essas limitações e eles replicavam em várias interações.<br>9) Um declínio na antecipação torna-se evidente quando a pessoa não consegue mais olhar para o futuro ou sugere ir em algum lugar ou fazer parte de alguma atividade, mas ela participa somente quando alguém sugere que ela faça algo. Uma inabilidade em imaginar e prever atividades no futuro marcam a perda da antecipação. | Não relatados. |

Quadro 4 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à consciência da doença (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | OHMAN; JOSEPHSSON; NYGARD, 2008 | Explorar e descrever as características do fenômeno consciência das consequências de ter DA nas ocupações diárias. | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 6 idosos com DA.<br><br>Avaliações: entrevistas<br><br>Tempo: 2 a 3x por participante. Tempo varia de 19 minutos a 2 horas. | 1) Duas categorias centrais foram encontradas no estudo: descobrindo e gerenciando mudanças nas interações ocupacionais e sociais (A), e refletindo sobre a mudança na situação de vida (B).<br><br>SOBRE A:<br>2)Eles percebem as mudanças e pouco a pouco fazem adaptações. Por outro lado, perdem a confiança em suas habilidades.<br>3) Outros confirmam que eles se mantém aptos e essa percepção é positiva.<br>4) Expressões de esquecimento: não conseguir retomar a conversa é uma situação estressante. Uns tentam facilitar sua vida social contando sobre sua doença e outros escolhem não contar.<br><br>SOBRE B:<br>5) Procuram um motivo ocorrido para justificar a DA. Uns acham que a perda de memória não é tão séria.<br>6) A maioria considera que a progressão da doença é inevitável e que um treinamento de memória poderia não afetar o déficit de memória.<br>7) Muitos procuram aceitar a vida como são, focando em fazer o melhor que podem para ser feliz.<br>8) A doença também aparece como um obstáculo para as coisas que os cuidadores faziam anteriormente.<br>9) Uns ficam com raiva e aborrecidos com eles mesmo nas situações de esquecimento. Sentimentos de inseguridade e baixa autoestima e vergonha também são relatadas.<br>10) A possibilidade de pessoas com demência refletir sobre sua doença tem repercussões sobre seus parentes e devem ser levados em consideração quando TO tentam ajudar a dupla.<br>12) A consciência é descrita como sendo importante para o sucesso da reabilitação e poderia ser um aspecto usado para guiar as intervenções TO. | Os dados não podem ser generalizados |

Quadro 4 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à consciência da doença (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 13 | SORENSEN; WALDORFF; WALDEMAR, 2008 | Analisar qualitativamente como as pessoas com DA leve enfrentam as mudanças relacionadas à vida diária e as relações sociais. | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 11 idosos com DA leve.<br><br>Recrutados do DAISY. O Daisy é um estudo multi-cêntrico, longitudinal, simples cego, ensaio clínico randomizado, onde o grupo intervenção recebe o programa intensivo e o controle somente cuidados usuais em 1 ano de follow-up.<br><br>Coleta de dados: entrevistas em profundidade com os pacientes do grupo intervenção do DAISY, MEEM, ADCS-ADL, NPI-Q, Awareness of AD assessed.<br><br>Tempo: 6 meses. | 1) A categoria central obtida pelas entrevistas foi: Consciência dos pacientes sobre o declínio nos valores pessoas e na dignidade.<br>2) A percepção dos pacientes sobre as consequências da DA foram intimamente ligados à consciência do declínio na dignidade pessoas e valores: as palavras são reconhecidas, mas não são entendidas; ações que antes eram fáceis e naturais, tornam-se difíceis ou impossíveis de desempenhar, parentes respondem de novas formas.<br>3) Um contínuo de sentimentos de bem-estar para ansiedade e tristeza.<br>4) Os pacientes atribuem sentimentos de bem-estar a: habilidade de gerenciar a vida; uma estrutura de vida conhecida e confiável; ser útil; fazer os outros felizes; ter uma condição física boa. Ansiedade e tristeza foram atribuídas a: condições do envelhecimento, não ter cura para DA e preocupações sobre as consequências da progressão da doença.<br>5) A respeito das relações sociais, amigos e conhecidos tem importância menor. Eles estavam mais preocupados sobre sua relação com os esposos e familiares mais próximos.<br>6) Pacientes sentiam que recebiam o suporte que eles precisam de suas esposas (os), filhos e amigos, mas uma tensão na relação também é relatado.<br>7) Algumas estratégias podem proteger os pacientes contra os sentimentos de perda de empoderamento que aumentam quando o conhecimento e as habilidades estão reduzidas. Isto também poderia ser entendido como falta de consciência.<br>8) É importante que cuidadores tentem identificar as estratégias de enfrentamento dos pacientes a fim de apoiá-los no desenvolvimento e refinamento dessas estratégias e, sjudá-los a se manter ativos e envolvidos socialmente. | Somente foi avaliada uma parte da perspectiva do paciente. |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; ADCS-ADL: Alzheimer Disease Cooperative Study, Actitivies of Daily Living Inventory; NPI-Q : Neuropsychiatric Inventoriy Questionnaire

Quadro 4 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à consciência da doença (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 27 | OHMAN; NYGARD; KOTTORP, 2011 | Examinar a relação entre o desempenho ocupacional (usando o AMPS) e a consciência da deficiência (avaliado pelo AAD) em idosos com danos cognitivos ou demência | Tipo de estudo: Transversal.<br>É um estudo piloto.<br><br>Participantes: 35 idosos, sendo 18 com DA e outros com MCI.<br><br>Coleta de dados: AMPS, AAD, MEEM | 1) MCI tem melhor pontuação geral do que DA, mas a amostra é muito pequena e precisam de mais estudos para concluir.<br><br>2) 43% receberam 1 no AAD, mostrando a maior discrepância nas limitações observadas e nas descritas.<br><br>3) As medidas do MEEM mostram relação positiva entre MEEM e habilidades de processo no AMPS, mas não tem correlação significativa entre habilidade motora para AVD e MEEM, nem MEEM e consciência da deficiência.<br><br>4) Moderada relação positiva entre desempenho ocupacional e consciência da deficiência na amostra testada.<br><br>5) Diferenças na percepção das limitações observadas poderiam resultar em diferentes estratégias para a implementação de intervenção a fim de auxiliar o desempenho desses clientes.<br><br>6) Variações individuais da amostra implicam que limitações no desempenho não são equivalentes a limitações na consciência da deficiência. A consciência pode ser avaliada individualmente quando necessitar fazer a intervenção com o cliente e seus familiares.<br><br>7) Esse estudo contribui com uma evidência adicional da validade do AMPS e AAD para a população com MCI ou demência | Amostra pequena. Tipo de metodologia que usou (explorar outros tipos) |

AMPS: Assessment of Motor ans Process Skills; AAD: Assessment of Awareness of Disability; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental

Quadro 4 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à consciência da doença (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 61 | CHEN et al., 2014. | Examinar a associação do desconhecimento dos déficits de memória e comportamental com a apatia e depressão e outras características clínicas e demográficas. | Tipo de estudo: Transversal. Participantes: 55 idosos com DA. Coleta de dados: AES-I, CSDD, NPI, MEEM, GRAD. | 1) Cerca de 2/3 dos pacientes com demência devido a DA apresenta ou desconhecimento dos déficits de memória ou psicose ou problemas comportamentais. Esses resultados indicam que o desconhecimento dos déficits era prevalente nessa população.<br>2) Homem, idoso, e baixo score no MEEM estavam associados a falta de consciência dos déficits de memória e psicose ou problemas comportamentais.<br>3) Pacientes podem não ter consciência em apenas alguns aspectos do déficits, mas não em todos.<br>4) A falta de consciência para a psicose e distúrbios de comportamento pode ser mais prevalente ou mais severo assim que a doença progride, então médicos e cuidadores deve ter mais atenção nesse aspecto.<br>5) De forma inesperada, ser do sexo masculino e mais velho foi associado ao desconhecimento dos déficits de memória e psicose ou problemas comportamentais.<br>6) A apatia não era associada a falta de consciência dos déficits de memória, nem de psicose e nem a problemas comportamentais. A depressão foi correlacionada a desconhecimento dos déficits de memória, mas não tem correlação com a psicose e comportamentos.<br>7) A falta de consciência dos déficits não é incomum em pacientes com demência devido DA. Os achados mostram um grau de independência entre os dois domínios do desconhecimento: déficits de memória ou psicose/comportamental. | Tamanho da amostra. Usou somente o MEEM para avaliar a função cognitiva e poderia ter usado outros testes específicos para a função executiva e memória. |

AES-I: Apathy Evaluation Scale Informant version; CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia; NPI: Neuropsychiatric Inventory; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; GRAD: Guideline for Rating of Awarenes Deficits.
Fonte: A autora, 2016.

O estudo qualitativo de Basset e Graham (2007) (estudo nº 05), por meio de entrevistas em profundidade, buscou avaliar a percepção dos idosos que estavam sendo medicados e dos cuidadores (formais e informais) sobre como estavam conduzindo suas atividades de rotina. Os idosos demonstram consciência sobre constantes esquecimentos e falta de orientação no espaço. Atribuem às falhas a algum fato ocorrido no passado, com repercussões sobre o futuro. Diante do esquecimento, eles se engajam em poucas atividades pois não lembram dos interesses que foram construídos no passado; e pela consciência das falhas, eles perdem a habilidade para imaginar e prever atividades a serem realizadas no futuro (BASSET; GRAHAM, 2007). Os mesmos autores relatam que os cuidadores associam o esquecimento dos idosos à falta de atenção, prejuízos na visão e na audição. Muitos atribuem o baixo engajamento à falta de interesse, preguiça ou por achar que o idoso considera a tarefa como entediante.

No estudo de Ohman, Josephsson e Nygard (2008) (estudo nº11), os idosos percebem as mudanças. Os esquecimentos geram momentos de estresse, mas muitos se adaptam às circunstâncias impostas pela doença. Sentimentos de inseguridade e baixa autoestima se misturam a momentos de raiva e aborrecimento. Diante das mudanças na vida, uns aceitam com resignação o que está acontecendo em suas vidas, outros atribuem menor valor ao adoecimento e alguns se preocupam com a sobrecarga que isso irá gerar em seus familiares (OHMAN; JOSEPHSSON; NYGARD, 2008). Já na pesquisa qualitativa de Sorensen, Waldorff e Waldemar (2008) (estudo nº 13), a percepção estava associada ao declínio da dignidade e valores, pela inabilidade de gerenciar a vida, ser útil e fazer os familiares felizes. Por mais que reconheciam o suporte por parte dos familiares, nos idosos predominava sentimentos de ansiedade e tristeza.

Por sua vez, os estudos transversais de Ohman, Josephsson e Kottorp (2011) (estudo nº27) e Chen et al. (2014) (estudo nº 61) evidenciam a consciência dos idosos em relação à perda de função progressiva. No estudo nº 27, a consciência da doença estava associada ao desempenho em ocupações e não houve relação entre os valores no teste de rastreamento cognitivo (Mini-Exame do Estado Mental) e a consciência da doença. Por outro lado, no estudo nº 61, os pacientes com depressão e os homens mais velhos tinham problemas em reconhecer as consequências que a DA tinham em suas vidas. O mesmo não foi atribuído aos idosos com apatia. Apesar de buscar relacionar a consciência a sintomas cognitivos/comportamentais, os estudos utilizam uma amostra pequena de participantes, não podendo generalizar as associações apresentadas nos estudos.

Nessa mesma direção, a revisão sistemática de Sousa et al. (2011) aponta a relação entre a depressão e a diminuição da consciência, mas essa relação não é de causa e efeito. Ter

depressão aparece como um fator de confusão, pois a piora progressiva dos domínios cognitivos pela depressão teria interferência na avaliação da consciência da doença.

A pesquisa Basset e Graham (2007) mostra que a percepção dos cuidadores sobre as dificuldades apresentadas pelos idosos está relacionada a fatores motivacionais. Eles não atribuem o baixo desempenho em ocupações a características da própria doença. Essa percepção pode decorrer do não conhecimento aprofundado sobre a doença de seu ente. O estudo de Novelli, Nitrini e Caramelli (2010), feito com cuidadores, mostram que, muitas vezes, as informações se restringem às consultas médicas (com informações voltadas para o uso de medicamentos), uso de internet e posteriormente ajuda de associações (NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010). Os achados da pesquisa revisada reforçam os dados da literatura (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010a) que apontam para a ausência de uma rede de suporte que também direcione um efetivo cuidado aos "pacientes ocultos" da demência de Alzheimer.

Nos estudos revisados, o conceito para "consciência da doença" não era uniforme entre as pesquisas. Ora a consciência estava relacionada a reconhecer falhas na memória (BASSET; GRAHAM, 2007), ora englobava a habilidade de reconhecer déficits sensoriais, perceptuais, motor, afetivo ou do funcionamento cognitivo (CHEN et al, 2014). Assim, a condução das pesquisas é feita para análises diferentes: seja uma percepção mais ampla ou focado em um determinado domínio cognitivo.

Em síntese, os estudos transversais, por meio de instrumentos padronizados de avaliação, buscaram as associações entre variáveis presentes nos idosos com DA e a consciência da doença. As associações entre as características da doença e a consciência permanecem inconclusivas, pelas falhas na estratégia metodológica. Já, as pesquisas qualitativas procuravam compreender o significado da ruptura do cotidiano e as estratégias de enfrentamento adotadas pelos idosos, bem como os dilemas vivenciados nesse processo. O que se conclui é a presença de uma consciência sobre as falhas, em ao menos, alguns aspectos funcionais. Em consequência, uns conseguem lidar com as alterações e se adaptar positivamente, outros não.

Apesar de considerá-lo como um ser consciente das consequências de se ter DA, em muitos momentos, principalmente no início da doença, as funções prejudicadas podem ser interpretadas, tanto pelo idoso quanto seus familiares, como sintomas inerentes ao envelhecimento e não como condicionantes de um processo patológico, o que retarda o início dos cuidados (MACHADO, 2011). Associa a isso, outras situações, em que os envolvidos

procuram pelos serviços de atendimento e não há um reconhecimento da extensão da doença (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009). Além disso, muitos profissionais direcionam a escuta somente para os relatos dos cuidadores ou membros familiares, partindo do princípio de uma ausência de consciência do idoso.

Visualizar o idoso com demência como um ser consciente é ter a sensibilidade para considerar suas aspirações, valores e crenças ao elaborar o processo de intervenção. A consciência da doença é atribuída ao sucesso na intervenção, pois além de guiar o planejamento terapêutico ocupacional, ajuda a se pensar em formas de manter os idosos ativos e envolvidos socialmente (OHMAN; JOSEPHSSON; NYGARD, 2008; SORENSEN; WALDORFF; WALDEMAR, 2008). As diferentes percepções sobre as limitações e restrições na participação resultam em diferentes estratégias para auxiliar o desempenho ocupacional dos idosos com DA (OHMAN; JOSEPHSSON; KOTTORP, 2011).

Entender as características do fenômeno da consciência de se ter DA e os impactos dessa doença nas ocupações, permite analisar as estratégias de enfrentamento usadas pelos idosos diante de uma contínua mudança funcional e comportamental e pensar em como se pode criar uma rede de suporte para um atendimento integral e universal aos envolvidos.

### 5.3.2 Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: PERCEPÇÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é um conceito que tem sido amplamente investigado, tanto pela área de saúde quanto pela economia, ciências sociais e política (PASCHOAL, 2002). Ela engloba "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1995). O termo é amplo e reflete as experiências, valores e histórias de indivíduos, grupos ou populações, em determinada cultura e tempo (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Ao se pensar em uma população de Alzheimer, os fatores específicos ligados a essa população devem ser incluídos no conceito de qualidade de vida, mas ainda não há um consenso sobre o conceito e ele varia de acordo com os teóricos.

Em pacientes com demência de Alzheimer, pelo caráter progressivo da doença, estudos apontam impacto negativo na qualidade de vida dos idosos e seus cuidadores (INOUYE;

PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010a; BARRETO, 2012). No *corpus* da pesquisa, foram encontrados cinco estudos que avaliaram a percepção da qualidade de vida (estudos nº 15, 16, 20, 21, 34) (quadro 05). Todos os artigos são do tipo transversal, com exceção do estudo nº 16 que se caracteriza por um estudo de caso. Os estudos de Wood, Womack e Hooper (2009) e Chan et al. (2011) pesquisaram sobre a qualidade de vida dos idosos com DA. Os demais estudos englobam a percepção dos idosos e também dos cuidadores sobre esse constructo.

Dos cinco estudos, três foram realizados no Brasil (estudos nº15, 20 e 21). O restante era proveniente dos Estados Unidos e Hong Kong.

Quadro 5 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à percepção sobre a qualidade de vida (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | INOUYE et al., 2009 | Avaliar a percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar e identificar correlações dessas variáveis. | Tipo de estudo: Exploratório descritivo, de corte transversal, com amostra não probabilística.<br><br>Participantes: 106 pessoas, sendo 53 idosos e 53 cuidadores primários.<br><br>Coleta de dados: Escala de Avaliação da qualidade de vida na doença de Alzheimer (instrumento que tem 3 versões: PQdV-DA, CQdV-DA e CPQdV-DA). Foram usadas o PQdV-DA e CQdV-DA . Com notas variando de 1(ruim) a 4 (excelente).<br><br>Esse instrumento é o único validado para a cultura brasileira. | 1) Os cuidadores tinha o perfil típico da literatura: mulheres, residentes no mesmo domicílio (filhas ou esposas), com média de 63,81 anos, ou seja, idosos cuidando de idosos.<br><br>2) Percepção da qualidade de vida: os cuidadores encontrava maior grau de satisfação nos relacionamentos sociais. Todos cuidadores consideravam suas famílias como boas ou excelentes, com bom casamento e amizade. Nos cuidadores, a insatisfação era a situação financeira, saúde e vida geral.<br><br>3) Para os idosos, a percepção positiva se relacionava a família, casamento, moradia, e as negativas, situação financeira, memória, lazer e disposição.<br><br>4) As percepções positivas e as principais dificuldades de cuidadores e doentes apontadas nesse estudo podem contribuir como fonte de dados para que se fortaleça o processo de cuidado com a qualidade de vida.<br><br>5) É importante que a família seja considerada tanto como uma unidade de cuidado como uma unidade a ser cuidada.<br><br>6) Cuidadores sobrecarregados e desgastados têm a manutenção de qualidade de vida ameaçada devido a estresse, advindos da responsabilidade de cuidar, apresentando, em muitas situações, sentimentos de impotência, problemas de saúde, cansaço e irritabilidade.<br><br>7) A percepção geral de QDV do idoso tem relação diretamente proporcional à do cuidador. | Não foram apresentadas |

PQdV-DA: o proprio PR avalia sua qualidade de vida; CQdV-DA: o cuidador avaliar o paciente; CPQdV-DA: o cuidador se auto-avaliar.

Quadro 5 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à percepção sobre a qualidade de vida (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 16 | WOOD; WOMACK; HOOPER, 2009 | Explorar as relações entre o ambiente social e físico de duas instituições de acolhimento ao Alzheimer com a qualidade de vida diária dos residentes. | Tipo de estudo: Estudo de caso.<br><br>Participantes: 14 residentes. Foram recrutados de duas ILPI: uma semelhante à casa com 7 residentes e outra instituição mais tradicional (como um asilo) com 29 residentes<br><br>Coleta de dados: ACT, uma ferramenta observacional assistida por computador para gravar o ambiente correlacionado ao uso do tempo e efeito aparente de pessoas com demência.<br><br>Tempo: 4 dias não consecutivos, por até 6 horas. | 1) As refeições e lanches foram associados a 3 indicadores de QDV: fixar engajamento (domínio fixar), participação em comer/beber (domínio atividade) e interesse (domínio bem-estar emocional).<br>2) Somente na ILPI que se assemelha a uma casa, as AVD foram associadas a 2 indicadores de QDV: participação na conversação e participação em AVD e AIVD (domínio atividade).<br>3) Na ILPI tradicional, as sessões públicas de AVD focadas no arrumar-se aconteceram no quarto após o café da manhã, então não tem como comparar com a outra ILPI.<br>4) Em ambas ILPI, a inatividade foi associada ao indicador QDV ficar em pé/andar (domínio posição/andar).<br>5) Na ILPI que se assemelha à casa, a inatividade também foi associada à participação na conversação.<br>6) Embora a inatividade dá oportunidade para alguma atividade física em pé, parece que os staffs não davam suficiente suporte para os participantes se engajar em atividades mais desafiantes que simplesmente andar.<br>7) Ambas ILPI, nas atividades grupais foram associadas positivamente a um indicador de QDV: participação em outras atividades no domínio atividade. Também foi associado a exercícios sentado.<br>8) A TV não foi associado a nenhum indicador de QDV, mas foi associado a sentar (domínio posição/andar).<br>9) Os estímulos físico e social do tempo das refeições e lanches apareceram para elucidar as habilidades dos participantes para engajar em tarefas aprendidas e motricicamente repetitiva de comer e beber.<br>10) Já em termos negativos de indicadores de QDV, o estímulo físico da TV parecia imobilizar a maioria dos participantes.<br>11) Baixo engajamento é observado na interação staff-residente. | Duração dos tempos de gravação.<br><br>Somente 10 minutos de cada amostra. Ser um estudo de caso |

ACT: Activity in Context and time

Quadro 5 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à percepção sobre a qualidade de vida (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 20 | NOVELLI; CARAMELLI, 2010 | Avaliar a influência dos sintomas da DA (nos estágios leve e moderado) na qualidade de vida (QDV) de pacientes e cuidadores | Tipo de estudo: Transversal.<br><br>Participantes: 120 participantes.<br><br>60 cuidadores informal, 30 pacientes com DA leve e 30 com DA moderado.<br><br>Coleta de dados: QOL-AD com suas três versões: uma o paciente se autoavalia (PQOL), uma o cuidador avalia a QDV do paciente (CQOL) e outro o cuidador se autoavalia (CP-QOL); Physical and Instrumental- Self Maintence Scale; NPI; GDS e Cornell Scale for Depression in Dementia. | 1) A pontuação da QDV na demência moderada foi menor que a demência inicial.<br><br>2) Na QDV do paciente respondido pelo cuidador e no QDV do próprio cuidador, há diferenças entre leve e moderada demência.<br><br>3) A QDV de DA inicial é associada a sintomas depressivos, bem como os distúrbios de comportamento e desempenho em AIVD.<br><br>4) Esse estudo não achou correlação entre QDV e danos cognitivos. A ausência de correlação não implica que o dano cognitivo não afete a QDV, mas outras variáveis podem ter grande influência, tais como mudanças comportamentais e sintomas depressivos, como mostrado pelo resultado.<br><br>5) Na demência moderada, associações significativas foram encontradas entre a QDV do paciente e sintomas depressivos relatados pelos pacientes e seus cuidadores (sobre os pacientes), distúrbios de comportamento e desempenho em AVD. | O uso do desenho transversal (deveria ser longitudinal). Tamanho da amostra. Só focou nos estágio inicial e moderado. |

NPI: Neuropsychiatric Inventory; GDS: Escala Geriátrica de Depressão; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; QoL-AD: Escala de Avaliação da qualidade de vida na doença de Alzheimer; PQdV-DA: o próprio PR avalia sua qualidade de vida; CQdV-DA: o cuidador avaliar o paciente; CPQdV-DA: o cuidador se autoavaliar.

Quadro 5 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à percepção sobre a qualidade de vida (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 21 | INOUYE et al., 2010 | Comparar o relato do paciente e do respectivo cuidador familiar sobre a percepção geral e de cada dimensão de QV do idoso com DA. | Tipo de estudo: Exploratório descritivo, de corte transversal, com amostra não probabilística.<br><br>Participantes: 106 pessoas, sendo 53 idosos e 53 cuidadores primários.<br><br>Coleta de dados: Escala de Avaliação da qualidade de vida na doença de Alzheimer (instrumento que tem 3 versões: PQdV-DA, CQdV-DA e CPQdV-DA). Foram usadas o PQdV-DA e CPQdV-DA.<br><br>Com notas variando de 1(ruim) a 4 (excelente). Esse instrumento é o único validado para a cultura brasileira. | 1) Os cuidadores e idosos com DA eram em sua maioria de mulheres, com baixa escolaridade e todos idosos; sendo os cuidadores normalmente parentes de 1º grau, mas com nível socioeconômico melhor que a média nacional.<br><br>2) Apenas os itens "memória" e "você em geral" mostraram disparidades estatisticamente significantes.<br><br>3) Os domínios que não apresentaram divergência significativa tinham consistência forte (moradia, lazer, saúde física, família, capacidade de fazer tarefas, amigos, a vida em geral e o casamento (ou relacionamento próximo)).<br><br>4) A disposição e o dinheiro apresentaram consistência perfeita. Isso mostra que os relatos de familiares e idosos, apesar de não serem idênticos, os resultados apresentam elevada consistência entre as informações.<br><br>5) Dimensões como família, casamento e moradia foram superestimados e pode ser relacionado ao membro da família se considerar bom para o idoso.<br><br>6) Saúde física, disposição e capacidade de fazer tarefas são idênticas. Os demais itens parecem ser subestimados pelo familiar | Não foram apresentadas |

PQdV-DA: o próprio paciente avalia sua qualidade de vida; CQdV-DA: o cuidador avaliar o paciente; CPQdV-DA: o cuidador se autoavaliar.

Quadro 5 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado à percepção sobre a qualidade de vida (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 34 | CHAN et al., 2011 | Investigar os efeitos da função cognitiva e do humor depressivo na qualidade de vida de pacientes com DA | Tipo de estudo: Transversal.<br><br>Participantes: 111 pacientes com DA e 65 cuidadores.<br><br>Avaliação: entrrevista semi-estruturada, tomografia computadorizada e Cantonese Chinese QOL-AD, GDS, MEEM. | 1) Não há diferença na média total do QOL-AD entre pacientes e cuidadores.<br><br>2) Moderada correlação foi observada em 10 itens entre os pacientes e cuidadores, nos domínios de saúde física, humor, condições de vida, relação familiar, relação conjugal, amizade, eu, dinheiro e vida no geral.<br><br>3) Para os pacientes, há associação significativa entre os pontos do QOL-AD e MEEM e GDS e número de doenças crônicas e número de doenças crônicas dos cuidadores.<br><br>4) Para os cuidadores, há também associação significante entre QOL-AD e MEEM e GDS dos pacientes e número de doenças crônicas dos cuidadores.<br><br>5) Para o relato dos cuidadores no QOL-AD, com a correção, não foi significante estatisticamente para os escores de GDS e MEEM.<br><br>6) O funcionamento cognitivo baixo (baixo MEEM) e humor depressivo (alto GDS) foram significativamente associados à baixa QDV.<br><br>7) A severidade do dano cognitivo afeta a QDV na perspectiva do pacientes, mas não na perspectiva do cuidador familiar. | Só foram recrutados pacientes de ambulatório e que viviam na comunidade. Poderia ter usado de outros níveis de atenção e moradores de instituições asilares para que pudesse a amostra ser generalizável para moradores de Hong Kong com DA. |

GDS: Escala Geriátrica de Depressão; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; QoL-AD: Quality of Life - Alzheimer's Disease Measure
Fonte: A autora, 2016.

Nos estudos de Inouye et al. (2009, 2010) (estudos nº15 e 21), a percepção de boa qualidade de vida (QDV) para os idosos tinha relação moderada e diretamente proporcional à ter uma excelente família, um bom casamento e pela amizade. A percepção negativa estava relacionada à perda da memória, situação financeira e diminuição dos momentos de lazer e disposição para as atividades. Para os cuidadores, a QDV era considerada boa pelos mesmos motivos apontados pelo idoso, mas ao considerar a qualidade de vida ruim, os fatores relacionados se referiam à sobrecarga da tarefa de cuidar, situação financeira, problemas de saúde e sentimentos de impotência.

No estudo de Inouye et al (2010) (estudo nº 21), a consistência entre os relatos de cuidadores e idosos foi elevada, mas parece que dados positivos como se considerar um bom membro da família para oferecer os cuidados são superestimados. Não foram apresentadas limitações nos dois estudos, mas não foi investigada a percepção da qualidade de vida com idosos em fase avançada da doença.

A literatura aponta para os mesmos achados de Inouye et al (2009, 2010) no que se refere à percepção dos cuidadores sobre a própria qualidade de vida. A QDV se apresenta negativa à medida que o cuidado deve ser oferecido de forma contínua, quando necessita de auxiliar de forma legal e financeira, e pela necessidade de gerenciar entre sua vida pessoal, vida no trabalho e os cuidados oferecidos ao idoso com Alzheimer (SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012; VILELA; CARAMELLI, 2006). A necessidade de alterações no ambiente físico (quando o idoso vai morar com o cuidador ou vice-versa), a exigência de abrir mão de um trabalho remunerado e as dificuldades para executar determinadas atividades para o idoso doente, fazem parte da nova estruturação da rotina dos cuidadores (NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010).

O estudo de Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010a), com cuidadores do interior de São Paulo, sugere que o convívio diário desses cuidadores com os familiares com doença de Alzheimer tem impacto negativo na percepção de sua qualidade de vida. As dimensões saúde física, humor, memória, disposição e atividades de lazer apresentaram-se estatisticamente pior avaliadas quando comparadas ao grupo controle (não-cuidadores). A maioria dos cuidadores não dispunham de rede de apoio, oportunidades de lazer ou qualquer tipo de auxílio, o que afeta negativamente sua percepção de bem-estar. Ao mesmo tempo, nesse mesmo estudo, os fatores que apareceram como amenizadores do sofrimento advindo da tarefa de cuidar e, por conseguinte, indicadores de melhoria na qualidade do cuidado, foram: contar com outras pessoas para a divisão de tarefas durante os finais de semana ou esporadicamente, amparo na

religião, busca por acompanhamento psicológico, capacitação para ser cuidador, ter atividades de lazer e participar de universidades abertas para a terceira idade.

Por sua vez, o estudo revisado de Novelli e Caramelli (2010) (estudo nº 20) aponta que quanto mais avançada estiver a doença, pior é a qualidade de vida, mas essa relação não esteve associada aos danos cognitivos. Os autores alertam que a não correlação não implica que o dano não afete a QDV, mas que outros fatores podem ter mais influências. No estudo analisado, para os idosos em estágio inicial da demência e na percepção dos cuidadores, os outros fatores relacionados foram: sintomas depressivos, alterações comportamentais e desempenho nas AIVD. Para os idosos em fase moderada e seus cuidadores, possuíam relação com a qualidade de vida o sintoma depressivo, distúrbios de comportamento e desempenhos em AVD. A mesma relação entre baixa qualidade de vida e sintomas depressivos aparecem nos estudos de Chan et al. (2011) (estudo nº 34). Na perspectiva do cuidador familiar, o dano cognitivo não afeta a qualidade de vida, diferente da perspectiva dos idosos com demência. Esses estudos também não investigaram idosos na fase severa da doença e não fez um acompanhamento longitudinal.

O sintoma depressivo, junto a transtornos de ansiedade e agitação, são os sintomas mais prevalentes em idosos com Alzheimer (PADILLA, 2011c). Uma vez que a qualidade de vida reflete a percepção da pessoa sobre as experiências por ela vivenciada, associar esse sintoma neuropsiquiátrico (humor depressivo) à perda progressiva da DA, favorece para uma avaliação negativa sobre seu bem-estar. Nessa direção, as intervenções direcionadas para regulação emocional (habilidades de desempenho), através de modificações do ambiente e uso de estimulação multissensorial, mesmo com evidências científicas modestas, aparecem como estratégias para estabilizar o humor.

Da mesma forma, os sintomas depressivos aparecem em cuidadores como condicionante de uma percepção negativa da QDV. Para eles, Thinnes e Padilla (2011), em uma revisão sistemática, apontam as estratégias psicoeducativas como eficazes na proteção para sintomas depressivos e como capacitador para o enfrentamento de alterações comportamentais que o idoso possa vir a apresentar. No estudo de Dooley e Hinojosa (2004), a intervenção terapêutica ocupacional individualizada, através de recomendações direcionadas a ambiente e de educação ao cuidador, mostrou-se eficaz no aumento qualidade de vida dos idosos e com significativa diminuição da sobrecarga sentida pelos cuidadores.

A dificuldade dos idosos em executar as atividades de vida diária, básicas ou instrumentais, contribui para uma percepção negativa de sua qualidade de vida, pois o desempenho denota a funcionalidade do indivíduo. Assim, as estratégias de maior engajamento

em atividades aparecem como condicionante de uma percepção positiva para a qualidade de vida. Nas pesquisas de Ozturk et al. (2010), o aumento da capacidade funcional levou a um aumento na participação em atividades, à diminuição da dor e ao aumento da qualidade de vida.

De forma diferente, o estudo de caso de Wood, Womack e Hooper (2009) (estudo nº 16) estudou a influência do ambiente físico e social na qualidade de vida de idosos com DA residentes de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Os idosos participantes eram provenientes de dois tipos de ILPI: uma pequena, tipo residência e outra tradicional. Em ambas ILPI, as atividades em grupo estavam associadas à boa percepção da QDV. Em termos negativos, ficar em frente à TV foi associado a se manter sentado e em pobre interação social. Os momentos de refeições e lanches eram associados a 3 indicadores de boa qualidade de vida: engajar-se, participar de atividades básicas da vida diária (alimentar-se) e bem-estar emocional. Ao se avaliar o ambiente social, os *staffs*/cuidadores não aprecem como membros que contribuem para o engajamento dos idosos em atividades. A avaliação para qualidade de vida foi com base nos vídeos realizados nas áreas comuns a todos os idosos, mas os autores apontam para o pequeno tempo de gravação como um dos fatores limitantes ao estudo e pelo próprio desenho metodológico.

Os achados do estudo de Wood, Womack e Hooper (2009) reforçam a utilização da estratégia de instrumentalizar os cuidadores e *staffs* para os conhecimentos da doença, formas de manter o idoso em atividade e consequente redução do desgaste e da sobrecarga de trabalho (MORAES; SILVA, 2009).

Nos estudos nacionais (estudos nº 15, 20, 21), o instrumento utilizado para mensurar a qualidade de vida foi a Escala de Avaliação da Qualidade de vida na doença de Alzheimer. Essa escala de avaliação é proveniente do "*Quality of Life – AD (QoL-AD)* " de Longsdon e colaboradores (1999) e foi validado no Brasil em 2006 (NOVELLI, 2006). Esse é o único instrumento de qualidade de vida específico para a população de Alzheimer que teve validação para a cultura brasileira. A escala apresenta elevada confiabilidade ao se avaliar a percepção do próprio idoso sobre sua QDV, a percepção do cuidador sobre ele mesmo e sobre o idoso. O estudo de Chan et al. (2011) (estudo nº34) usou o mesmo instrumento, na versão chinesa. Já o estudo de Wood, Womack e Hooper (2009) (estudo nº16), por ter sido conduzido de forma diferente, utilizou a ferramenta *Activity in Context and Time* (ACT) para observar as gravações do ambiente.

No estudo de Novelli e Caramelli (2010) e Chan et al. (2011), essa escala de avaliação foi associada a outros instrumentos de avaliação de humor e do status cognitivo. A associação

entre os instrumentos permitem uma visão mais real dos comprometimentos do paciente, a influência da doença no âmbito familiar e social e, sua participação na sociedade (SOUSA et al., 2011).

O que se observa é que os estudos que usaram as versões provenientes do QoL-AD partem de um conceito de qualidade de vida mais amplo e que valoriza a auto-avaliação, considera o funcionamento cognitivo, os domínios ambiental, físico e psicológico e a percepção das pessoas envolvidas no processo de adoecimento (cuidador e idoso) (NOVELLI, 2006). A escala é estruturada de forma direta e com linguagem simples para minimizar o efeito do domínio cognitivo (NOVELLI, 2006). Ao partir de um mesmo conceito sobre o termo qualidade de vida, observa-se que os fatores que influenciam na percepção sobre a qualidade de vida para os idosos com DA e seus respectivos cuidadores são similares nos estudos nacionais e no internacional.

De forma diferente, o estudo de Wood, Womack e Hooper (2009) (estudo nº16) avalia por observação do comportamento, baseando-se nas reações dos pacientes durante os eventos rotineiros ou propostos e pelas expressões corporais. Nesse, o conceito de qualidade de vida é restrito a dois indicadores: uso do tempo diário e bem-estar emocional. É um método diferente, produzindo desfechos diversos dos demais estudos aqui apresentados. A literatura aponta que combinar diferentes métodos de avaliação de qualidade de vida é adequado para a compreensão dos fatores relacionados a esse constructo (NOVELLI, 2006).

Nos estudos não participaram idosos na fase avançada da doença. Parece que esse fato se dá por ainda não ter um consenso de até quando o idoso é capaz de autoavaliar sua qualidade de vida (NOVELLI; CARAMELLI, 2010). Estudos futuros precisam definir métodos alternativos que possam identificar indicadores relacionados a qualidade de vida em pacientes com severo comprometimento cognitivo. Estudos aprofundados sobre a consciência da doença podem auxiliar na determinação de até quando os idosos possuem a capacidade de avaliar a própria qualidade de vida.

### 5.3.3 Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: ACESSO AOS RECURSOS DA COMUNIDADE

A projeção crescente do número de idosos com demência de forma a considerá-la prioridade em saúde pública (DUTHEY, 2013), introduzem grandes desafios às políticas públicas. Esperam-se respostas às novas demandas assistenciais de forma a assegurar um suporte adequado às necessidades dessas pessoas e seus familiares, levando em conta as mudanças que os idosos experimentam nos aspectos social, cultural, psicológico e/ou biológico, além de alterações nos núcleos familiares (CAMARANO, 2004; VERAS, 2003; VERAS, 2009).

Ao compreender a utilização dos recursos da comunidade e estudar sua acessibilidade, avalia-se a rede de suporte disponível, a equidade, a sobrecarga econômica da doença e projeta-se as novas ações governamentais diferenciadas para esse público a fim de superar as desigualdades (LOUVISON et al., 2008).

Nesta pesquisa, três artigos investigaram o acesso aos recursos da comunidade em idosos com DA (estudos nº 04, 10, 30) (quadro 06). Todos artigos são da literatura internacional.

Quadro 6 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao acesso aos recursos da comunidade (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 04 | EDWARDS; MORRIS, 2007 | Descrever as características de uma amostra de africanos-americanos (africanos que moram nos EUA) com demência.<br><br>Comparar os tipos e frequências de uso dos apoios formais e informais por aqueles que moram sozinhos e aqueles que residem com outros.<br><br>Determinar o efeito de morar sozinho nos usos de serviço social e de saúde. | Tipo de estudo: Descritivo Transversal.<br><br>Participantes:<br>343 idosos com déficits cognitivos há mais de 6 meses.<br><br>164 viviam com outras pessoas e 179 viviam sozinhos e não eram institucionalizados.<br><br>Muitos idosos frequentam o MAPS (Memory and Aging Project Satellite), criado para ajudar pessoas minoritárias e de baixa renda da região metropolitana de St. Louis.<br><br>Coleta de dados: CDR, MEEM, OARS. O uso dos serviços foi baseado na OARS.<br><br>Tempo: 1992 a 2002. | 1) Idosos que moram sozinhos eram mais frequentes em ser do sexo feminino.<br>2) Os que moram com outros, eram multigerações.<br>3) Participantes que moram sozinhos receberam significantemente mais cuidados, mas não significa melhores cuidados. Os riscos de acidentes, má nutrição, pobre medicalização, pobre higiene estão relacionados ao tempo em que eles ficam sem suporte ou supervisão.<br>4) O escore do MEEM sugerem que os que moram sozinhos mostram menor déficit cognitivo, são mais independentes nas AVD básicas e AIVD (exceção uso do telefone).<br>5) 65% não usou o serviço social e o de saúde por seis meses antes da coleta da avaliação e somente 17% receberam um ou mais serviço de saúde e 26% receberam um ou mais serviço social.<br>6) O grupo que vive sozinho recebeu significantemente mais serviços social que o outro grupo, mas como a maioria deles são cadastrados num programa de serviço social, isso pode explicar esse maior acesso.<br>7) A severidade da demência foi a única variável significante, com maior severidade relacionada à maior chance de receber os serviços formais.<br>8) Não há associação entre morar (sozinho ou não) e o uso dos serviços de saúde (usam serviços informais).<br>9) Há diferenças culturais em relação a buscas no uso dos serviços, além de fatores econômicos.<br>10) O status de AIVD e inadequado suporte familiar não foi preditor do uso de serviços.<br>11) A presença de um cuidador informal não é suficiente para ligar os idosos com os serviços necessários. | Avaliou somente o uso atual dos serviços.<br><br>Não pesquisou se houve oferta de serviços e eles recusaram.<br><br>Fatores como raça ou etnia podem influenciar o uso dos serviços. |

CDR: Clinical Dementia Rating; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental (modificado); OARS: Older Americans Research Survey.

Quadro 6 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao acesso aos recursos da comunidade (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 10 | ROSENWAX; McNAMARA; ZILKENS, 2008 | Investigou o uso dos serviços de saúde por pessoas em seu último ano de vida, comparando aqueles que morreram com e sem DA documentada no atestado de óbito. | Tipo de estudo: Pesquisa documental (coorte retrospectivo).<br><br>Objeto de estudo: Foi usado o WADLS (*Western Australian Data Linkage System*) que faz o link *Australian Bureau of Statistics Mortality*, *Hospital Morbity Data System* e *Silver Chain Nursing Association Database*.<br><br>Avaliou os 12 últimos meses.<br><br>Baseado na população que faleceu na Austrália ocidental dos meses de julho de 2000 a dezembro de 2002. | 1) Dos que tinham DA, 90% tinham idade de 75 anos ou mais e 2/3 eram mulheres. A maior proporção era de viúvos (60%) ou casados (32%) e viviam em cidades grandes na Austrália ocidental.<br>2) As análises descritivas foram feitas para comparar as 896 pessoas acima de 75 anos que morreram com DA e as 15007 pessoas acima de 75 anos que não tiveram em seus atestados documentado DA. A média de idade dos DA foi significativamente diferente daqueles que morreram sem DA.<br>3) Diferenças significativas também foram encontradas na região que reside e no estado civil. Quando considerava o local da residência, a taxa de mortalidade foi mais alta para mulheres que viviam nas cidades maiores ou na região metropolitana.<br>4) A maioria das mortes de pacientes com DA (62%) foi nas ILPI, seguida de 16% no hospital e outros locais (própria casa, *hostel*, casa de amigos) e somente 0,3% no manicômio.<br>5) Aqueles com DA e sem DA acima de 75 anos, houve diferença significativa para o local da morte. A maior proporção de DA era na ILPI e para sem DA era no hospital.<br>6) A maior hospitalização era para homens sem DA e que não viviam em ILPI e para aqueles que tinham como comorbidade o câncer e pessoas que recebiam serviços comunitários.<br>7) A diferença de acesso pode ser porque os homens tem uma esposa que reconhece um problema e organizam os cuidados hospitalares; já as mulheres, que tipicamente vivem mais, podem não ter a mesma vantagem.<br>8) Muitas mulheres também podem residir em ILPI, sendo menos provável a hospitalização. Aqueles com DA não tem acesso ao uso de serviços comunitários e cuidados paliativos na mesma proporção que aqueles sem DA. | Links formados pelos bancos de dados.<br><br>Pessoas com DA são sub-notificadas no atestado de óbito.<br><br>Não documentamos os pequenos usos , quando usava serviços não governamentais , serviços de saúde mental e ambulatórios. |

Quadro 6 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao acesso aos recursos da comunidade (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 30 | BRORSSON et al., 2011 | Trazer experiências de acessibilidade em lugares públicos em pessoas com DA, com foco particular nos espaços, situações e atividades que eles acham importantes para a vida diária. | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 7 idosos com DA inicial.<br><br>Coleta de dados: Entrevistas.<br><br>Frequência: 2x/participante, com tempo que varia entre 40 minutos e 1h 40 min. | 1) A acessibilidade é vista como uma experiência em constante mudança.<br><br>2) As situações, lugares e atividades a serem desempenhadas nos espaços públicos, são vistas como um constante jogo , internalizado pelas pessoas que interagem com o espaço público, criando conexões inseparáveis, interdependentes.<br><br>3) Os idosos fazem as coisas num ambiente mais familiar, em locais mais próximos de suas casas. Escolhem desempenhar menos número de atividades e as que eles se sentem competentes.<br><br>4) Eles se sentem inseguros, vulneráveis e expostos, como por exemplo ao pagar nas lojas, quando eles ficam com medo de expor a doença e alguém se aproveitar isso. E isso influencia na experiência da acessibilidade.<br><br>5) Raramente visitam espaços públicos à tarde e à noite, e, quando o fazem, estão acompanhados de terceiros. A acessibilidade é menos acessível em horários do dia.<br><br>6) Lugares e situações problemáticas: quando necessitam usar tecnologias, como computador, internet, caixa de supermercados sem funcionários, gravações de telefones.<br><br>7) Sobre lugares cheios e barulhentos - influencia na concentração. É estressante. O trajeto na comunidade é um sério obstáculo.<br><br>8) As obras também deixam os ambientes inseguros, como pintar a fachada da casa de cor diferente, peças de arte removidas de um corredor do hospital ou rearranjar objetos nas lojas. | A saturação que se pede nas entrevistas que usam a *Grounded Theory* não foi alcançada.<br><br>As pessoas que não usam espaços públicos foram excluídas e poderia ser uma outra categoria a ser analisada. |

Fonte: A autora, 2016.

O estudo transversal de Edwards e Morris (2007) (estudo nº04) estuda uma população minoritária de africanos que residem nos Estados Unidos e que possuem demência. Ao analisar os apoios formais e infomais no uso de serviços de saúde e serviço social, verifica-se que os idosos que moram sozinhos tem melhor funcionamento cognitivo e recebem significativamente mais serviços sociais do que o grupo que reside com a família. Esse número maior de oferta de serviço social parece estar atrelado ao cadastro dos idosos em um projeto de ajuda às pessoas minoritárias. Apesar disso, não implica em receber melhor cuidado devido ao risco que se tem durante o tempo em que estão sem suporte ou supervisão. O uso de serviço social envolvia serviços de alimentação, entrega de refeições, transporte, acompanhante de idosos, assistência a cuidados pessoais, entre outros.

Por outro lado, não houve diferença entre morar sozinho/com outros e a busca pelos serviços de saúde (ambulatório, serviços de assistência domiciliar, centros dias, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e assistência social). Os autores afirmam que essa minoria, pelos fatores econômicos desfavoráveis e pelas diferenças culturais, procura pouco pelos serviços de saúde e que a rede de suporte se dá pelos cuidadores informais (parentes ou amigos que residem no entorno). Residir com um cuidador informal não foi suficiente para ligar os idosos aos serviços de saúde e social necessários. As limitações do estudo se referem a ter investigado somente o uso atual dos serviços, sem se preocupar se já foi ofertado em outras épocas e os africanos se negaram a receber (EDWARDS; MORRIS, 2007).

Considerar a questão da exclusão dos minoritários, da diversidade cultural e linguística parcem ajudar para a melhor compreensão da acessibilidade aos serviços. Por mais que já estejam morando há anos em um país diferente ao de origem, a geração de idosos tende a preservar a identidade cultural, crenças e conceitos de saúde (GIEBEL et al., 2015).

Nessa mesma linha de investigação, Rosenwax, McNamara e Zilkens (2008) (estudo nº10) fez uma pesquisa documental da procura pelos serviços de saúde no último ano de vida dos idosos com DA. Na análise, a maioria das pessoas morreu nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) (62%), seguido de 16% das mortes em hospitais. Os idosos que não apresentavam DA morriam mais no hospital, com maior número de internações para os homens. A pesquisa mostrou que os pacientes com demência não tinha acesso ao uso de serviços comunitários (assistência domiciliar) e cuidados paliativos. Esses achados podem não representar a realidade dessa população australiana, pois há subnotificações nos atestados de óbito no que se refere a documentar o diagnóstico de DA.

A alta porcentagem do uso da ILPI pode ser decorrente da fase de evolução em que os idosos se encontravam em seu último ano de vida. A ILPI aparece como uma rede de apoio

formal aos idosos com demência, principalmente nas fases avançadas da doença, quando os cuidados se tornam cada vez maiores e/ou o cuidador familiar está sobrecarregado e sem condições em desempenhar seu papel. Como as próprias instituições fornecem a maioria, senão todos, os cuidados no fim da vida das pessoas, o número de hospitalização não aparece elevado na pesquisa. Por mais que os pensamentos de abandono e outras conotações negativas possam estar associadas ao asilamento, pelo avanço das políticas sociais e fiscalizações para o cumprimento das leis, essas percepções podem não representar a realidade (SIMÕES, 2013). É necessário reverter essa imagem instituição depositária e começar a considerá-la como mais uma alternativa para o cuidados aos idosos (CAMARANO et al.,2010).

De forma diferente, o estudo qualitativo de Brorsson et al. (2011) investigou a acessibilidade em locais públicos e identificou que as atividades realizadas por esses idosos se restringem ao entorno de sua casa, em um ambiente mais familiar. O número de atividades reduz e os idosos selecionam as atividades em que tem mais competência para desempenhar. Os espaços públicos não são frequentados à tarde e à noite sem a presença de um acompanhante. A acessibilidade é reduzida uma vez evitam-se locais barulhentos, cheios, em que são necessários uso de tecnologia (caixas eletrônicos) ou trajeto com obras e modificações arquitetônicas. A pesquisa qualitativa precisa ser aprofundada, pois a saturação das entrevistas não foi alcançada.

O tema acessibilidade urbana tem sido constantemente estudado, mas quase centrado nos elementos estruturais ou voltado para as pessoas com necessidades físicas. A construção de um ambiente voltado para  pessoas com déficits cognitivos ainda é incipiente e com poucas investigações publicadas (FREIRE JÚNIOR et al., 2013).

Em síntese, os estudos abordam as barreiras encontradas para a participação desses idosos nos recursos disponíveis da comunidade. Essas barreiras podem ser por aspectos culturais, falta de ambientes acessíveis para imigrantes, não oferta de serviços comunitários e domiciliares que favorece a institucionalização, ou ausência de um ambiente mais adaptado e organizado às necessidades da população idosa com demência.

Nenhum estudo brasileiro foi apresentado. No entanto, o governo nacional tem aprovado leis e criado estratégias de ação voltadas para o envelhecimento (VERAS, 2009), mas a literatura ainda aponta para dificuldades no acesso aos serviços de saúde públicos, com ofertas inadequadas dos serviços, sem organização de ações especializadas para atender as necessidades dos idosos, inadequado processo de acolhimento e com territórios ainda excluídos do acesso (ASSIS; JESUS, 2012). Por mais que as ações de saúde tenham sido descentralizadas,

ainda persiste o desafio de conseguir a equidade em saúde e a criação de ambientes acessíveis, que extrapolam a somente retirada das barreiras arquitetônicas (ASSIS; JESUS, 2012). Estudos futuros direcionados ao tema acessibilidade servirão para refletir sobre a atenção a esse grupo específico e intervir com a meta de pressionar os governos para a criação de redes de suporte que atendam aos idosos e seus familiares de forma integral, resolutiva e com qualidade.

### 5.3.4 Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: DESEMPENHO DURANTE AS OCUPAÇÕES

Ainda faz parte do processo avaliativo, identificar as demandas necessárias para executar cada atividade do cotidiano do idoso. Na literatura internacional, Letts e colaboradores (2011), apontam cinco áreas que devem ser destacadas na avaliação com idosos com DA: AVD, AIVD, sono e descanso, lazer e participação social, pois considera-se que muitos dos idosos já estão aposentados, fora do ambiente de trabalho e do ambiente educacional.

Todavia, no Brasil deparamos com um contingente numeroso de idosos que ainda trabalham para auxiliar ou custear filhos ou netos, bem como aqueles que participam de trabalhos voluntários. Acresce a isso, o Estatuto do Idoso, que garante o direito ao labor ou de encontrar trabalho (BRASIL, 2003). Há uma série de fatores que influenciam a decisão de uma pessoa a trabalhar mais tempo, incluindo incentivos financeiros, benefícios, saúde, oportunidades de emprego e de socialização (GIAQUETO; SOARES, 2010). Na área educacional, os programas de Terceira Idade dentro das universidades é uma alternativa para a educação permanente. Esses programas buscam fornecer integração, reconhecimento social e enriquecimento cognitivo. Dessa forma, na avaliação terapêutica ocupacional, o trabalho formal, informal ou voluntário, bem como a educação formal ou informal não pode passar despercebido.

Nos resultados da pesquisa exploratória, foram encontrados dez estudos que avaliam o desempenho dos idosos durante ocupações. Quatro são referentes ao desempenho em atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (estudos nº 43, 53, 55, 77) (quadro 07). Foram encontrados seis estudos que investigam os modos de usar as tecnologias do cotidiano (ET) (estudos nº19, 35, 40, 63, 66, 73). O estudo de Vermeersch et al. (2015) (estudo nº77) utilizou as tecnologias do cotidiano e outras ocupações (direção veicular e atividades financeiras) para associar ao declínio cognitivo.

Quadro 7 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao desempenho durante as ocupações (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 43 | LUI et al., 2012 | Avaliar se a capacidade de decisão e as 4 habilidades envolvidas no gerenciamento de medicamentos (entender uma informação relevante; apreciar a informação, raciocinar com a informação e expressar uma escolha) estão prejudicados em um grupo de idosos com MCI e DA leve, comparado aos idosos cognitivamente normais. | Tipo de estudo: Caso Controle.<br><br>Participantes: 95 pacientes com DA leve, 99 com MCI e 97 controles.<br><br>Coleta de dados: ACED, Clinician Ratings, MacCAT-T, MEEM Cantonese Version, ADAS-COG, Delayed Recall Test, CDAD. | 1) Participantes com DA leve desempenharam significativamente abaixo do que o grupo de MCI em todas as habilidades.<br>2) Com o MacCAT-T, os participantes com MCI desempenharam significativamente abaixo do grupo controle no entendimento, apreciação e raciocínio.<br>3) Baseados nos dados clínicos, 97,9% do grupo controle e 96% do grupo de MCI foram classificados como mentalmente competentes. Porém somente 57,9% do grupo com DA era mentalmente competente e a diferença era significante estatisticamente quando comparada ao MCI.<br>4) A capacidade de decisão e as 4 habilidades para tomada de decisão para o gerenciamento de medicamentos foram avaliados pelas pontuações clínicas (mentalmente competentes ou não) e pelo ACED, respectivamente.<br>5) Há uma significativa proporção de pacientes com DA (42,1%) incompetentes mentalmente. De forma similar, os pacientes com DA leve pontuaram significativamente mais pobremente as 4 habilidades do ACED comparado aos outros grupos.<br>6) No MCI, as habilidades do ACED para entendimento, apreciação e raciocínio foram significativamente mais baixa que aqueles cognitivamente normais. Não há associações significantes entre as habilidades do ACED e gênero.<br>7) Os pontos MacCAT-T eram mais fortes preditores do entendimento e raciocínio do ACED, sugerindo que essas habilidades para tomada de decisões podem generalizar substancialmente entre os domínios de decisão.<br>8) A capacidade de decisão considerando o gerencimento de medicamentos é central para o julgamento da competência para viver independentemente e de forma segura | Para ter uma amostra mais representativa deveria ter sido recrutados participantes da comunidade, mais que dos locais de saúde.<br><br>As diferenças significativas entre idade e nível de escolaridade entre os grupos complicam as interpretações dos achados.<br><br>Porém, nossos achados representam o primeiro esforço sistemático para investigar psicometricamente os danos da habilidade de decisão considerando o gerenciamento de medicamentos na demência precoce e MCI. |

MCI: déficit cognitivo leve; ACED: Chinese Version of the Assessment of Capacity for Everyday Decision-Making; MacCAT-T: MacArthur Competence Assessment for Treatment; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; ADAS-COG: Chinese version of AD Assessment Scale-Cognitive Suscale; CDAD: Chinese Version of the Disability Assessment

Quadro 7 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao desempenho durante as ocupações (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 53 | LUI et al., 2013 | Testar um método clinicamente aplicável para examinar diretamente a capacidade em tomar decisões financeiras (e seus componentes) em pacientes com MCI e demência. | Tipo de estudo: Caso Controle.<br><br>Participantes: 95 pacientes com DA leve, 99 com MCI e 97 controles.<br><br>Coleta de dados: ACED, Clinician Ratings, MacCAT-T, MEEM Cantonese Version, ADAS-COG, Delayed Recall Test, CDAD. | 1) O Clinical Ratings correlacionaram significativamente com o ACED nas habilidades entendimento, apreciação, raciocínio e expressar uma escolha sobre as decisões financeiras.<br>2) Homens participantes tendem a ter maior habilidade de entendimento no ACED, mas nenhuma correlação significativa entre o gênero e outras habilidades do ACED foram encontradas.<br>3) Há incapacidade mental para negócios financeiros em uma parceka significativa (mais que 46%) dos pacientes com DA leve. Esses pacientes demostram significante dano em todas as 4 habilidades para a tomada de decisões conforme mensurado pelo ACED.<br>4) Mais que 5% dos pacientes com DA leve apresentam-se competente mentalmente para decisões financeiras. O grupo MCI demostrou leve dano, mas significativo quando comparado ao controle.<br>5) A proporção de incapacidade mental para decisões financeiras aparece menor quando comparam o tratamento de tomada de decisão no grupo MCI bem como no grupo DA.<br>6) The MacCAT-T foi preditor significante de todas as habilidades do ACED em todos participantes.<br>7) O MEEM foi o mais forte preditor das habilidades de entendimento da ACED, o Teste de Fluência Verbal foi significante preditor das habilidades de apreciação e raciocínio da ACED. Os achados do teste de fluência verbal refletem a influência na disfunção executiva nas habilidades de tomar decisões financeiras.<br>8) Os achados de idade foi um preditor significante na escala ACED para apreciação financeira.<br>9) A correlação entre as habilidades entendimento, apreciação e raciocínio e Clinical Ratings teve força moderada. Embora os mentalmente competentes tendem a ter mais altos escores na ACD, a utilidade desses escores sozinhos para predizer as competências necessárias dee ser avaliado | Gerenciamento financeiro engloba uma gama de decisões e habilidades funcionais. Esse estudo focou nas habilidades para tomada de decisão em transações financeiras diárias. A experiência financeira do paciente, o status socioeconomico e nível de morbidade não foram considerados. |

MCI: déficit cognitivo leve; ACED: Chinese Version of the Assessment of Capacity for Everyday Decision-Making; MacCAT-T: MacArthur Competence Assessment for Treatment; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; ADAS-COG: Chinese version of AD Assessment Scale-Cognitive Suscale; CDAD: Chinese Version of the Disability Assessment

Quadro 7 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao desempenho durante as ocupações (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 55 | BRORSSON et al., 2013 | Descrever situações problemáticas e incidentes críticos que aconteceram com as pessoas com DA durante uma compra de supermercados e foi essa vivência | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 6 pessoas com DA.<br><br>Coleta de dados: Entrevistas em profundidade e observação participante durante a atividade de compra de supermercado.<br><br>A atividade incluía o trajeto casa-supermercado-casa.<br><br>Frequência: média de 8x/participante. | 1) Ao sair de casa: desorganização da casa leva a não identificar as sacolas de compras, esquecem as chaves, carteira, checar duplamente antes de sair. Isso leva à fadiga mental. Estratégias usadas: *Checklist* de compras: esquecem em casa ou esquece-se de olhar no supermercado e isso leva a voltar várias vezes no supermercado.<br><br>2) No trajeto: Incidentes: Perder-se no trajeto, rua com obras, tráfego grande de veículos, insegurança para atravessar, que levam ao estresse. Estratégias adotadas: fazer compras nas redondezas, esperar semáforo abrir, atravessar na faixa de pedestre, sinalizar com a mão para o carro parar e olhar para os dois lados, mesmo que a rua seja mão única.<br><br>3) No supermercado: Incidentes: esquecem de pegar os cestos ou carrinhos de compras que ficam na entrada, os produtos são mudados de lugar nas prateleiras, pacientes andam de forma não estruturada até achar de repente o produto, várias marcas disponíveis de um mesmo produto. Estratégias: olhar atentamente para as caixas é uma forma de evitar incidentes e procurar levar sempre a mesma marca que estão acostumados.<br><br>4) Finalizar as compras: Incidentes: contar dinheiro, passar no *self-service checkouts* e esquecer a senha do cartão de crédito. Estratégias: passar nos caixas que tem funcionários, confiar para que ela conte o dinheiro.<br><br>5) As ações de enfrentamento são particulares e nunca dá para antecipar porque as circunstâncias mudam constantemente. | Na observação participante, o pesquisador inevitavelmente faz parte do contexto e acaba ajudando o idoso através da linguagem corporal. |

Quadro 7 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao desempenho durante as ocupações (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 77 | VERMEERSCH et al., 2015 | Investigar a relação entre declínio funcional em 3 atividades de vida diária avançada (a-ADL) e o declínio cognitivo em pessoas com MCI, DA e saudáveis. | Tipo de estudo: Estudo transversal exploratório.<br><br>Participantes: 143 pessoas. 45 com MCI, 48 com DA e 50 saudáveis (controle).<br><br>Coleta de dados: MEEM, CAMCOG, a-ADL (tecnologias do cotidiano, direção, atividades econômicas complexas). Avaliação. Na ferramenta a-ADL, foram usados os campos: ET (uso de tecnologias do cotidiano), que pesquisava sobre 15 ferramentas, como uso de micro-ondas, cortador de gramas, rádio, CD; DRIVING, que englobava dirigindo um veículo; e, ECON, que era composto por duas atividades econômicas complexas, como o uso do caixa eletrônico e fazer investimentos. | 1) As atividades investigadas pelo a-ADL parecem ser sensitivas para identificação de declínios cognitivos iniciais.<br><br>2) No campo das atividades econômicas, houve diferença significativa entre as pessoas saudáveis, com MCI e DA, mostrando ser uma ferramenta sensível para identificar o declínio cognitivo.<br><br>3) Para uma boa prática clínica, a detecção de problemas funcionais sutis na cognição podem ser feitos por essa avaliação.<br><br>4) Os domínios direção e tecnologias diárias mostram forte potencial para discriminar pessoas com DA de pessoas saudáveis, mas não foram sensíveis o suficiente para capturar perda funcional em declínios cognitivos iniciais.<br><br>5) A parte da memória do CAMCOG reflete forte associação com o declínio funcional.<br><br>6) Ao analisar cada grupo separado, pouca correlação significante foi encontrada.<br><br>7) Ainda permanece a falta de consenso sobre a associação entre cognição e AVD (associações modestas). | O desenho do estudo não revela uma relação de causalidade entre o declínio cognitivo e o funcionamento diário.<br><br>Para o grupo saudável foi usada a auto percepção; já para o grupo MCI e DA, os dados foram coletados de procuração. |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; MCI: déficit cognitivo leve; CAMCOG: Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly
Fonte: A autora, 2016.

Os estudos que procuram identificar os problemas relacionados ao desempenho ou engajamentos dos idosos em atividades instrumentais de vida diária, utilizam as seguintes ocupações: gerenciamento de medicamentos (estudo nº43), gerenciamento financeiro (estudo nº53), fazer compras em supermercados (estudo nº55) e, o outro com uma série de atividades econômicas (uso de caixa eletrônico), direção e usos de tecnologias do cotidiano (micro-ondas, rádio, CD) (estudo nº77). Com exceção do estudo de Brorsson et al. (2013) (estudo nº 55), os demais faziam comparações entre os pacientes com demência de Alzheimer e déficit cognitivo leve (MCI). Dois estudos, além do grupo comparativo MCI, usavam também idosos cognitivamente normais (estudos nº43 e 77). Todos os idosos estavam na fase inicial da doença.

O estudo de caso controle de Lui et al. (2012) (estudo nº43) mostra uma significativa proporção de idosos que não eram competentes para entender, raciocinar e fazer escolhar para fazer uso do medicamento, obtendo a pior pontuação se comparados ao MCI e idosos cognitivamente normais. O gerenciamento de medicamentos é considerado como crucial para a competência de se viver independente e de forma segura. Nesse estudo, outros fatores como idade e escolaridade podem aparecer como viés para a interpretação dos dados.

O mesmo autor examinou nesses idosos a capacidade em tomar decisões financeiras. Mais de 46% dos idosos com DA demonstraram falhas para a tomada de decisões na atividade financeira (LUI et al., 2013) (estudo nº53). Houve uma correlação entre o Teste de Fluência Verbal e o teste que avalia a capacidade para decidir (ACED), refletindo a influência da disfunção executiva nas habilidades para a tomada de decisões financeiras. Dos pacientes com DA leve, 5% apresentam-se competentes cognitivamente para decisões financeiras. Assim, por mais que seja minoria, o diagnóstico de demência não necessariamente significa perda da capacidade de tomar decisões. Sua autonomia poderia ser maximizada e respeitada. Esses achados reforçam a importância de avaliar precoce e apropriadamente a capacidade de gerenciamento financeiro nesse grupo de pacientes (LUI et al., 2013). Esse estudo foi direcionado para as transações financeiras simples, mais corriqueiras. Não foram avaliadas tarefas mais complexas, como aplicação em fundos; nem foram consideradas as experiências prévias dos idosos em atividades financeiras (LUI et al., 2013).

Por sua vez, Brorsson et al. (2013) acompanhou idosos com DA durante as compras de supermercado e o trajeto de/para suas casas. Ao sair de casa, muitos idosos esquecem a chave, a lista de compras ou a carteira. Durante o trajeto, os incidentes são relacionados à desorientação espacial, insegurança para atravessar a rua, obras nas calçadas. Assim, os idosos se restringem às compras nos bairros. No supermercado, várias situações apareceram como problemáticas aos idosos, tais como se esquecer de pegar o carrinho de compras, não achar

produtos por ter mudado de prateleira, não conseguir achar o produto em meio a tantas marcas, contar o dinheiro ou esquecer a senha do cartão de crédito. Como forma de enfrentamento, os idosos procuram levar o produto que já estão acostumados a pagar e confiam nos atendentes de *checkout* para contabilizar o dinheiro. As estratégias adotadas não são coletivas e estão em constante mudança. A limitação do estudo se dá pela estratégia de análise escolhida. Na observação participante, o pesquisador por fazer parte do contexto, pode acabar ajudando através da linguagem corporal.

Por fim, o estudo de Vermeersch et al. (2015) (estudo nº77) investigou a relação entre o desempenho em diversas atividades rotineiras (uso de tecnologias do cotidiano, direção veicular e atividades financeiras) e o declínio cognitivo. As duas primeiras atividades não foram sensíveis o suficiente para capturar perda funcional em declínios cognitivos iniciais, mas as atividades econômicas foram consideradas como uma ferramenta sensível. As associações encontradas são moderadas e não foram identificadas relações de causalidade entre as ocupações e o funcionamento cognitivo.

Os estudos apresentados estão em consonância com as preocupações dos familiares e cuidadores que convivem com os idosos com Alzheimer. As maiores apreensões se referem a habilidade para dirigir, gerenciamento financeiro, auto-administração de medicamentos e preparo de refeições (SCHABER; LIEBERMAN, 2010). Somente a ultima atividade não foi apresentada no estudo revisado.

A literatura aponta que as atividades instrumentais de vida diária (gerenciamento financeiro, manutenção da casa, comunicação, por exemplo), por serem mais complexas, apresentam prejuízo funcional precedente às dificuldades para realizar as atividades de vida diária que são básicas (AVD), como vestir, tomar banho, alimentação, comer e deglutição (HELLEN; PADILLA, 2012). Já na fase inicial da doença, parece haver relação entre os danos cognitivos e as mudanças nas AIVD, especialmente nas atividades de gerenciamento financeiro e gerenciamento de medicamentos ou uso do sistema de transporte, pois são atividades que requerem habilidades cognitivas complexas, tais como controle, memória de procedimento e função executiva (MEHRABAN et al., 2014).

Como exemplo, a ida às compras de supermercado pode ser uma atividade que resulte em ansiedade e agitação do paciente, pois ele não consegue guardar na cabeça os produtos que precisam ser adquiridos ou os locais onde se encontram. Durante o preparo de refeições, o idoso pode esquecer o tempo que colocou os alimentos em um forno e acabar queimando a receita, o que pode chegar a comprometer a segurança domiciliar (YASSUDA; FLACKS, 2014).

Avaliar o desempenho em ocupações mais complexas na fase inicial da doença, significa identificar as habilidades e competências para o engajamento em ocupações e o nível de segurança que o paciente possui para permanecer sozinho em sua casa.

Para o idoso com Alzheimer permanecer um tempo maior com autonomia nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), o terapeuta ocupacional pode usar recursos de auxílios externos para diminuir a demanda cognitiva do idoso. Indicar, por exemplo, o uso de caixas de medicamentos organizados por dias da semana e turnos, auxilia o paciente a não se esquecer dos fármacos do dia. Os alarmes sonoros também podem auxiliar na lembrança do horário do medicamento e o paciente permanece independente para o gerenciamento e manutenção da saúde.

Radomski e Davis (2013) relatam que os dispositivos pré-programáveis de auxílio à memória são mais eficientes para a realização da tarefa no horário determinado, se comparados às listas escritas ou lembretes. Soares, Soares e Caixeta (2012) relatam que idosos com demência na fase inicial se beneficiam dessas estratégias, pois ainda possuem uma capacidade residual de novos aprendizados; então aprendem a lidar com essas estratégias compensatórias, preservando sua função por mais tempo e diminuindo o impacto da demência na rotina diária.

Não foram citados estudos para identificar o desempenho no trabalho, mas os estudos de Egan, Hobson e Fearing (2006) apontam para a presença de estresse ao avaliar o desempenho dos pacientes durante a realização do trabalho, pois eles precisam de um tempo maior para o aprendizado e para executar as tarefas. Esse estresse é ainda maior se os colegas de trabalho não sabem do problema da demência.

Em continuidade à investigação sobre o desempenho em ocupações, seis pesquisas são voltadas para o desempenho em atividades que usam de tecnologias do cotidiano ou tecnologias da informação e comunicação (TIC) (estudos nº19, 35, 40, 63, 66, 73) (quadro 08). O estudo de Vermeersch et al. (2015) (estudo nº77) também utilizou as tecnologias do cotidiano em conjunto com outras ocupações (direção veicular e atividades financeiras) e, por isso, já foram apresentadas anteriormente nessa seção. Em todos os artigos, os pacientes com DA foram comparados a idosos com déficit cognitivo leve (MCI) e os cognitivamente normais, ou de forma combinada entre DA e MCI, e idosos com DA e os sem danos cognitivos.

Quadro 8 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao uso de tecnologias (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 19 | MALINOWSKY et al., 2010. | Investigar como os idosos com DA ou MCI utilizam as tecnologias do cotidiano (ET), em um contexto familiar e de uso relevante para eles, em comparação a idosos sem déficits cognitivos. | Tipo de estudo: Descritivo Transversal.<br><br>Participantes: 116 idosos, onde 38 era DA inicial, 33 com MCI e 45 idosos sem danos cognitivos.<br><br>Coleta de dados: Eles escolheram 2 ET e foram avaliados pelo META | 1) Todos 3 grupos diferiram significantemente na habilidade para usar as tecnologias. As diferenças permanecem mesmo quando o efeito sexo é levado em conta.<br><br>2) Ser homem indica um aumento na média do META (+competente).<br><br>3) Idade, anos de educação, e condições de vida não contribuem parra a variação na habilidade para usar as tecnologias.<br><br>4) A habilidade para usar as tecnologias diárias foi mais desafiadora no grupo de AD ou MCI em relação ao grupo sem déficits cognitivos. Isso leva a um risco de serem excluídos da participação em atividades diárias e perder a independência.<br><br>5) O grupo de MCI demonstra significativamente baixa habilidade para usar as tecnologias que o grupo sem déficits (não fala sobre DA).<br><br>6) O gerenciamento de tecnologias diárias é um aspecto da AIVD que é sensível suficiente para detectar mudanças precoces devido ao declínio cognitivo.<br><br>7) Avaliações como o META parecem ser um método eficaz para identificar essas dificuldades.<br><br>8) A tecnologia também pode ser um perigo (mexer no fogão, p. ex.). Então é importante que o pessoal da saúde tenha atenção para as habilidades dos clientes no uso das tecnologias diárias de forma segura. | Na amostra pode ter gente que se identificou como não tendo déficits cognitivos, pois acha que o que tem é normal da idade. |

MCI: dano cognitivo leve; META: Management of Everyday Technology Assessment

Quadro 8 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao uso de tecnologias (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 35 | PATOMELLA et al., 2011 | Investigar os facilitadores e barreiras para o uso de tecnologias do cotidiano (ET) em idosos com e sem danos cognitivos | Tipo de estudo: Descritivo Transversal.<br><br>Participantes: 116 idosos, onde 38 era DA inicial, 33 com MCI e 45 idosos sem danos cognitivos.<br><br>Coleta de dados: Os idosos escolhiam 2 tecnologias para utilizar e foram avaliados pelo META.<br><br>A avaliação é dividida em 3 constructos: habilidades de desempenho, capacidades intrapessoais e características ambientais.<br><br>A META ainda avalia a familiaridade com a tecnologia avaliada. | 1) As variáveis avaliadas foram: idade média do usuário, proporção de gêneros, impacto do design no uso e frequência de uso.<br><br>2) A frequência e impacto do design foi associado significativamente com nível de dificuldade do uso da ET, mas a média de idade e proporção de gênero não foi.<br><br>3) As tecnologias computacionais são mais difíceis de manusear do que as ET domésticas.<br><br>4) Quanto mais complexo o design mais difícil é o uso.<br><br>5) A dificuldade de uso pode ser influenciada pela idade.<br><br>6) Os resultados confirmam que a ET quando é usado com maior frequência são mais fáceis de manusear do que os que são usados uma vez por semana. | Não relatadas |

META: Management of Everyday Technology Assessment

Quadro 8 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao uso de tecnologias (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 40 | MALINOWSKY et al., 2012 | Identificar aspectos que influenciam a habilidade para manejar uma tecnologia do cotidiano (ET) em idosos com e sem danos cognitivos. | Tipo de estudo: Descritivo Transversal.<br><br>Participantes: 110 idosos, sendo 35 com AD, 33 com MCI e 42 idosos sem danos cognitivos.<br><br>Coleta de dados: Avaliação META.<br><br>A avaliação é dividida em 3 constructos: habilidades de desempenho, capacidades intrapessoais e características ambientais.<br><br>A avaliação ainda avalia a familiaridade com a tecnologia avaliada. | 1) A análise de variância indica 3 variáveis independentes que tem efeito significante sobre as variáveis dependentes: capacidades intrapessoais (variação), características do ambiente (tendência central) e grupo de diagnóstico.<br>2) A capacidade intrapessoal (capacidade em gerenciar o estresse, capacidade em dar atenção e foco, capacidade em lembrar informações necessárias) foi negativamente associada à habilidade em manejar a ET.<br>3) A tendência central relacionada às características ambientais (influência do contexto e impacto do design do ET) influenciam negativamente a habilidade para manejar o ET. Essas duas características (intrapessoal e ambiental) deveriam ser consideradas em conjunto.<br>4) Os estudos prévios mostram diferença significativa entre os grupos estudados, mas esse estudo mostra somente diferença entre DA leve e idosos sem danos.<br>5) as situações e circunstâncias para detectar problemas potenciais devem ser levado em consideração, bem como não podemos assumir que uma capacidade do cliente apresentada em um contexto é representativa de outros.<br>6) o gênero que normalmente está associado á habilidade para usar a tecnologia, nesse estudo não foi um aspecto significante.<br>7) A avaliação META contribui para o conhecimento sobre as influencias ambientais e mostrar que podemos remover obstáculos ambientais que influenciam no uso ou que um design mais inclusivo poderia simplificar o uso da tecnologia.<br>8) Inesperadamente, a familiaridade com a tecnologia não se mostrou significante.<br>9) os autores indicam para estudar a motivação dos pacientes, pois é um fator associado a manutenção do uso das tecnologias. | Não relatadas |

MCI: dano cognitivo leve; META: Management of Everyday Technology Assessment

Quadro 8 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao uso de tecnologias (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 66 | RYD et al., 2015 | Objetivo primário: Explorar as associações entre a habilidade de desempenho em AVD (motor e processo) e a capacidade de percepção do uso de ET entre idosos com MCI e DA inicial.<br><br>Objetivo secundário: Comparar o grupo de MCI e Ad em relação ao nível motor, de processo e o nível de percepção sobre a capacidade do uso de tecnologias do cotidiano (ET) | Tipo de estudo: Transversal, não experimental, quantitativo.<br><br>Participantes: 39 idosos com DA e 28 com MCI.<br><br>Coleta de dados: S-ETUQ, AMPS | 1) O coeficiente de correlação entre a habilidade motora e a percepção da capacidade de uso de ET foi de 0,51 entre MCI com $p < 0,01$ e mais fraca e sem significação para DA. O grupo de MCI percebeu 18 dos 33 itens de ET como relevantes e o grupo de DA percebeu 11 dos 33.<br>2) Os achados indicam que a habilidade de percepção do uso de ET é claramente relacionado ao desempenho de AVD, mas também há diferentes aspectos no funcionamento da vida diária.<br>3) Na percepção de sua habilidade, os idosos DA superestimavam sua habilidade se comparados ao MCI.<br>4) O número de ET percebido como relevantes no grupo de MCI foi maior e isso pode ser porque os de DA começam a perceber esses ET como difíceis e param de usar e as dificuldades não são capturadas na avaliação S-ETUQ.<br>5) Poucos indivíduos tinham alta habilidade em perceber o uso do ET em relação à habilidade de desempenhar a AVD (inesperadamente).<br>6) a percepção do número de ET diferem significativamente entre grupos. Isso indicada que o S-ETUQ pode separar os grupos de acordo com o número de ET percebidos como relevantes, o que ainda não tinha sido explorado pelo S-ETUQ.<br>7) Há associação positiva entre a habilidade de uso do ET e o desempenho nas AVD, mostrando a importância de se estudar ET nas AVD de pacientes com MCI ou DA inicial.<br>8) Apesar da percepção geral de que a limitação cognitiva e a habilidade de processo são as causas primárias para diminuição do desempenho funcional nesses grupos, a habilidade motora para AVD foi mais associada com a percepção de uso do ET que a habilidade de processo no grupo de MCI.<br>9) AMPS e o S-ETUQ são suficientemente sensitivos parra separar entre os grupos MCI e DA inicial e, consequentemente, ajudar na validação dos instrumentos quando usados nessa população | Tamanho da amostra.<br><br>Tem poucos estudos de AMPS com MCI, então esse estudo contribui para a validação da avaliação nessa população. |

S-ETUQ: Every Technology Use Questionnaire (ETUQ) - versão short; AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; MCI: déficit cognitivo leve; AVD: atividades de vida diária

Quadro 8 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao uso de tecnologias (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 63 | ROSENBERG; NYGARD, 2014 | Explorar os modos de manuseio das tecnologias do cotidiano (ET), quais problemas acontecem, como são evitados e resolvidos e como mantém as habilidades para uso ou aprendizagem de novas tecnologias. | Tipo de estudo: Descritivo Transversal e qualitativa.<br><br>Participantes: 10 pessoas com MCI (MEEM 24-30) e 10 pessoas com DA (MEEM 17-30).<br><br>Coleta de dados: 71 entrevistas e aplicação do META. | 1) Aprendizagem e uso das tecnologias diárias é um processo interligado.<br>2) Todos os participantes enfatizam a continuidade no uso das tecnologias como a condição principal para o aprendizado e uso das novas tecnologias, além de reaprendizagem, retenção dos conhecimentos adquiridos e habilidades relacionados ao uso da tecnologia.<br>3) A ação combinada entre uso contínuo das ET e manutenção e aquisição de novos conhecimentos de como usar as ET foi entendida como a criação de um processo interligado, onde o fazer era o mais importante.<br>4) Muitos falaram que o aprendizado vinha com o treino, mas o efeito do treino era somente temporário.<br>5) Os participantes com MCI relatam que suas possibilidades para aprender foi reduzida, pois estavam aposentados e longe dos desenvolvimentos tecnológicos.<br>6) Já os pacientes com DA explicam que sua dificuldade decorrem porque eles eram velhos e doentes. Mesmo assim, em ambos (DA e MCI), eles encontravam prazer no desafio do aprendizado.<br>7) Estratégias quando usam a ET: preventivas e usadas momentaneamente.<br>8) A análise mostrou como outras pessoas ou grupos de pessoas eram significativas no processo de aprendizagem e uso, bem como para motivar o uso ou dar um apoio.<br>9) O uso da tecnologia sempre implica comunicação entre os participantes e as tecnologias. Se ele não entender, pode levar ao abandono da tecnologia. Então o uso contínuo é também um pré-requisito para manutenção da habilidade do participante em usá-lo.<br>10) A estratégia adotada pelo grupo era por tentativa e erro | O foco foi explorar as estratégias e não avaliá-las quanto à sua efetividade. |

MCI: dano cognitivo leve; META: Management of Everyday Technology Assessment; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental

Quadro 8 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado ao uso de tecnologias (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 73 | TOMORI et al., 2015 | Determinar uma medida que identifique que pacientes com demência podem escolher atividades significativas através de um aplicativo do iPad (ADOC). | Tipo de estudo: Estudo multicêntrico descritivo transversal.<br><br>Participantes: 116 idosos, com e sem demência. 18% tinha DA.<br><br>Coleta de dados: MEEM, Aplicativo ADOC (Aid for Decision-Making in Occupation Choice) do iPad (versão americana e coreana), que contém 95 ilustrações de atividades diárias. Esse aplicativo foi relacionado a dados do MEEM. | 1) 89 eram capazes de selecionar figuras que representavam atividades significativas e os cuidadores concordaram; 10 selecionaram, mas houve forte discordância entre cuidador e paciente; 14,7% eram incapazes.<br><br>2) O ponto de corte mínimo para o MEEM que representa o paciente capaz de fazer escolhas de atividades significativas foi 8, com sensibilidade de 92,1% e especificidade de 70,4%.<br><br>3) Embora o ponto de corte 12 tenha uma maior especificidade (mas mais baixa sensibilidade), foi observado que adotar esse ponto de corte, poderia excluir alguns pacientes que ainda são capazes de utilizar o ADOC.<br><br>4) ADOC permite a escolha dos pacientes e ajuda terapeutas a respeitar as opiniões e preferências de seu cliente e criar oportunidades para os pacientes expressarem seus desejos e necessidades.<br><br>5) No estudo, as atividades mais escolhidas eram da categoria lazer (59%) ao invés de autocuidado (4%). Autores afirmam que esses desejos se diferem das necessidades apontadas pelos cuidadores.<br><br>6) As ilustrações do ADOC promovem interação e estimulação visual para gerar autorreflexão e identificação das atividades significativas | A estipulação do ponto de corte foi baseado em importância e satisfação.<br><br>Podem ter outros aspectos a ser analisado.<br><br>Usou a versão americana e coreana do aplicativo, mas os participantes eram todos japoneses e as ilustrações e itens são diferentes nos dois, pela influência cultural. |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental
Fonte: A autora, 2016.

Em todos os estudos, os idosos selecionavam duas tecnologias utilizadas em seu cotidiano que eles tinham familiaridade ou que gostariam de aprender a usar, tais como micro-ondas, controle remoto, rádio, celular. O desempenho era avaliado posteriormente e comparado entre os grupos. Em todas as pesquisas, o grupo de participantes com DA tiveram a pior habilidade se comparados com os MCI e/ou idosos cognitivamente normais.

Nos estudos de Malinowsky et al. (2010) (estudos nº 19), os homens eram mais competentes no uso das tecnologias quando comparados às mulheres. A dificuldade em utilizar as tecnologias foi associada à restrição na participação social. O manuseio das tecnologias do cotidiano foi considerado sensível sensível para detectar mudanças sutis no funcionamento cognitivo. Já no estudo do mesmo autor, em 2012, o gênero não esteve associado ao sucesso no uso das tecnologias. Houve diferença no desempenho entre os pacientes com DA e os cognitivamente normais, mas não houve diferença entre MCI e DA. O *design* da tecnologia e o contexto influenciam negativamente no manejo da tecnologia. Inesperadamente, ter familiaridade com o objeto não teve associação positiva com a competência para manusear a tecnologia (MALINOWSKY et al., 2012) (estudo nº 40). Nesses estudos, os idosos considerados cognitivamente normais não foram avaliados para comprovação de ausência de danos. Só foi considerado o autorelato dos idosos normais para classificá-lo no grupo controle. Isso se torna um viés, uma vez que alguns sintomas que eles apresentam podem não ser percebidos como indicadores patológicos.

De forma similar, a pesquisa de Patomella et al. (2011) (estudo nº35), mostra que quanto mais complexo for o *design* da tecnologia, mais difícil é o seu uso. Além disso, as TIC são mais complexas de usar do que as tecnologias do cotidiano. Outros fatores aparecem como condicionantes para o pior desempenho, como o aumento da idade e a baixa frequência de uso. Rosenberg e Nygard (2014) (estudo nº 63), da mesma forma, afirmam a relação entre a frequência de uso e a aprendizagem, em que o uso contínuo previne o abandono das tecnologias. Nesse estudo, a estratégia adotada pelos idosos foi por tentativa e erro.

Identificar as técnicas utilizadas pelos idosos no uso das tecnologias servirão como base para a escolha de métodos mais eficazes de aprendizagem durante o tratamento. A aprendizagem por tentativa e erro é evitado na prática clínica da Terapia Ocupacional junto a idosos com demência. O que normalmente se adota é a técnica de aprendizagem sem erro, em que se evita ao máximo os erros durante o aprendizado de uma nova informação ou nova habilidade a fim de evitar o armazenamento na memória de modos incorretos para utilização de um produto (SOHLBERG; MATEER, 2010).

Por sua vez, no estudo de Ryd e colaboradores (2015) (estudo nº 66), os idosos com DA consideravam poucas tecnologias do cotidiano como relevantes para seu dia-a-dia, se comparados ao grupo de MCI. Esse fato pode ser atribuído pela dificuldade em usar as tecnologias e elas serem abandonadas e passam a não serem consideradas como úteis Ademais, houve associação entre a habilidade de uso de uma tecnologia e sucesso no desempenho em AVD, mostrando que dar enfoque no uso de tecnologias pode ser sensível para investigar os danos cognitivos.

Por conseguinte, o estudo de Tomori et al. (2015) (estudo nº 73) utilizou a tecnologia de informação e comunicação (TIC) para identificar o limite inferior do funcionamento cognitivo que ainda representaria a capacidade de fazer escolhas de atividades que eles consideram significativas. O aplicativo *Aid for Decision-Making in Occupation Choice* (ADOC) foi relacionado ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o ponto de corte do teste de rastreamento cognitivo foi 8 (em 30 pontos), indicando que valores superiores ou iguais estão relacionados à capacidade para tomada de decisões no que se refere às ocupações. Um aspecto a se considerar nesse estudo é que a capacidade foi baseada na importância e satisfação dos idosos para desempenhar as ocupações. Assim, outros condicionantes podem estar relacionados à capacidade e o ponto de corte sugerido pode não representar a realidade dos idosos com DA no que se refere à capacidade para tomada de decisões.

Nos estudos nº 19, 35, 40, 63, acima mencionados, os autores utilizaram como instrumento de mensuração a *Management of Everyday Technology Assessment* (META). Essa avaliação é direcionada para pacientes com déficits cognitivos leves ou demência e é baseada na observação das habilidades de desempenho e nos défictis de habilidades ao se usar tecnologias (MALINOWSKY; NYGÅRDA; KOTTORP, 2011). Essa avaliação foi considerada eficaz e válida para a identificação das dificuldades e sensível para identificar mudanças sutis no declínio que possa repercutir na funcionalidade do indivíduo.

No estudo de Ryd et al (2015) (estudo nº 66), a referência para identificação dos fatores relacionados ao uso das tecnologias do cotidiano foi a S-ETUQ (*Everyday Technology Use Questionnaire- short version*), instrumento também validado para essa população específica, mas que, de forma diferente do META, não é baseado em observação. Seu objetivo é avaliar a percepção do participante sobre a habilidade para usar as tecnologias. Por sua vez, Tomori et al (2015) (estudo nº73) utilizou o aplicativo do Ipad para avaliar a tomada de decisões.

Ao se pensar no uso de tecnologias, Charness e Czaja (2006) afirmam a capacidade para aprendizados de novas habilidades mesmo nas pessoas mais velhas. No entanto, o processo de

aprendizagem é mais lento se comparados aos jovens. A possível lentidão no aprendizado, como aponta Umemuro (2012) e Van Der Wardt, Bandelow e Hogervorst (2012) pode ser consequência dos declínios naturais nas habilidades cognitivas associadas à memória, concentração, habilidades espaciais, raciocínio e velocidade de processamento, declínios nas habilidades físicas, na aceitação e na relutância em aprender a utilizar novas tecnologias. Considerando os idosos com DA, os declínios cognitivos são atribuídos ao processo de envelhecimento e aos sintomas característicos da doença, levando a um processo de aprendizagem mais lento e mais difícil para essa população.

A dificuldade para o uso de tecnologias do cotidiano foi apresentada em todos os estudos revisados. O treino para o uso e a frequência contínua do uso aparecem como facilitadores para o engajamento nas atividades e como um fator protetor contra o abandono das tecnologias (CHARNESS; CZAJA, 2006). Apesar dos estudos sobre essa temática serem incipientes, eles são essenciais para a compreensão de como os indivíduos lidam com as novas tecnologias, quais desafios são impostos por estas e quais variáveis influenciam a aceitação da tecnologia. Ao identificar as barreiras e facilitadores para o uso das tecnologias, é possível planejar intervenções que busquem o manejo das tecnologias de forma a obter satisfação pessoal, senso de auto eficácia, segurança no uso e autoestima.

Os estudos aqui apresentados não apontam para dificuldades no uso das tecnologias devido às diferenças de culturas e línguas. Todos os artigos relacionados às tecnologias do cotidiano provém da Suécia. O estudo de Tomori et al. (2015) usou a tecnologia da informação e comunicação (TIC) como recurso de investigação e foi realizado no Reino Unido. Na Suécia, a língua materna é o sueco. Sabe-se que muitos dispositivos tecnológicos foram projetados e desenvolvidos principalmente na América do Norte, na lígua inglesa e que com isso, os idosos podem enfrentar dificuldades adicionais na aprendizagem e utilização das novas tecnologias (LEE; CZAJA; SHARIT, 2009; CZAJA et al., 2002; UMEMURO, 2002).

Tendo em vista o atual cenário, é necessário, portanto, que haja programas de treinamento planejados por terapeutas ocupacionais para prepará-los para o conhecimento das mais recentes tecnologias. Nenhum estudo brasileiro foi identificado nesta pesquisa. Não há evidências no Brasil de programas de formação adequados para auxiliar em relação às dificuldades no uso de dispositivos de uso cotidiano (GÖBEL; ZWICK, 2013; RADOVIĆ-MARKOVIĆ, 2013). O que se vê são somente programas educacionais de inclusão digital ofertados pelas Universidades da Terceira Idade, mas como a função da Terapia Ocupacional é envolver os idosos em ocupações que lhes sejam significativas e que permitam que eles

assumam os papéis sociais nos diferentes contextos (TIRADO; DRUMMOND, 2008) – seja em casa, no trabalho, na comunidade e/ou no lazer – torna-se imprescindível investigações de barreiras e facilitadores durante o desempenho em ocupações, para identificar as limitações de aprendizagem e pensar em diversos formatos de aprendizagem que respeitem as diferenças e as dificuldades desses idosos com demência.

### 5.3.5 Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PADRONIZADOS

Sabe-se que, para fazer a detecção eficiente de aspectos que podem comprometer o engajamento do idoso com Alzheimer em ocupações, há necessidade da utilização de observações criteriosas, sendo recomendado o uso de testes padronizados para avaliação (AOTA, 2014). A maioria dos estudos do *corpus* da pesquisa utilizou instrumentos para aferir o desempenho ocupacional, para identificar estruturas e funções do corpo, habilidades e padrões de desempenho ou o impacto da incapacidade para a ocupação. Muitos instrumentos serviram para identificar os problemas e as capacidades dos idosos com DA: uns eram usados como critérios de seleção e outros como medidas de resultado.

Na pesquisa sobre o processo de Terapia Ocupacional, ainda foram encontradas pesquisas realizadas por esses profissionais que recrutavam idosos com Alzheimer, mas o foco era na investigação dos instrumentos padronizados de avaliação. Nesses nove artigos, os objetivos eram traduzir, avaliar e/ou testar propriedades psicométricas dos testes de mensuração (estudos nº 36, 41, 44, 45, 49, 57, 58, 70, 74) (quadro 09).

Quadro9 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos instrumentos de avaliação padronizados (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 36 | CARR et al., 2011 | Desenvolver uma bateria de rastreamento cognitivo e funcional para o desempenho na direção de idosos-condutores com demência. | Tipo de estudo: Prospectivo observacional<br><br>Participantes: 99 participantes com demência (entre elas, a DA)<br><br>Avaliações: AD-8, Stereo Optical Optec 5500P, Short Blessed Test, Teste de Trilhas A e B, Teste Span de Dígitos, Drive Health Inventory, Motor Free Visual Pereptual Test, SMT, ADM, FM, Rapid Pace Walk, 9-Hole Peg Test, Mwurt, Teste do Relógio | 1) Correlações significativas foram encontradas entre a maioria desses escores com a taxa de reprovação no teste de direção com taxas combinadas de passar e "marginal" (quase reprovados).<br><br>2) Cerca de 2/3 dos condutores com demência nessa amostra foram reprovados no teste de direção.<br><br>3) Esse estudo examinou pacientes que eram considerados de risco por aumento de preocupação por parte de profissionais e familiares, incluindo 20% daqueles que foram instruídos a parar de dirigir até nova avaliação.<br><br>4) O AD-8, Teste de Trilhas A ou SMT e Teste do Relógio pode, juntos, ser desempenhados em menos de 10 minutos e em qualquer lugar e calcula o risco de reprovação no teste de direção.<br><br>5) Se os testes indicar alta probabilidade de reprovação, o médico pode aconselhar o participante e a família que é tempo pra considerar suspender a licença e não precisar gastar recusos em uma avaliação de direção formal. | A maioria dos condutores não estava familiarizado com o cuircuito, que dificulta saber se sua dificuldade de desempenhar era reflexo das habilidades de condução usual, se feitos em em rotas mais familiares.<br><br>Muitos médicos instruem cassar a licença antes da avaliação de direção.<br><br>Não é possível determinar a aderência das recomendações.<br><br>Outros domínios não foram estudados que poderiam ter tido o potencial para aumentar a predição em nosso modelo (Ex; teste de ansiedade, fadiga, personalidade...) |

AD-8: 8-Item Informant Interview to differentiate aging and dementia; SMT: Snellgrove Maze Test; ADM: amplitude de movimento; FM: força muscular; mWURT: Modified Washington University Road Test

Quadro 9 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos instrumentos de avaliação padronizados (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 41 | WANG et al. , 2012 | Testar as propriedades psicométricas do Route Map Recall Test (RMRT) que foi construído para avaliar a memória visual sem um componente verbal. Foi avaliada a confiabilidade, validade convergente, validade discriminativa para pessoas com e sem DA, e risco de perder-se. | Tipo de estudo: Transversal.<br><br>Participantes: 23 idosos com DA (Só 20 foram até o final) e 43 idosos saudáveis (grupo controle).<br><br>Para examinar a confiabilidade teste-reteste, o grupo DA foi avaliado 1x e o controle 2x.<br><br>Avaliações: RMRT, Span de dígitos, span espacial, Teste de Trilhas A e Chinês-B.<br><br>RMRT é um teste de recordação de uma rota e aprendizagem com um mapa desenhado.<br><br>Pacientes foram entrevistados para saber sobre o risco de perder-se e auto-percepção de suas habilidades para viajar em locais familiares ou desconhecidos. | 1) O RMRT consiste em dois mapas (sub-testes) e indicou boa consistência interna e sugere que é apropriado para o uso do escore total do RMRT como uma medida simples para análise futura. Alta correlação entre RMRT e teste de trilhas A e Chinese B, e leve correlação entre o span de dígitos e span espacial.<br><br>2) Considerando a validade discriminativa para pacientes com DA, embora o teste tenha dado uma sensibilidade satisfatória (100%), a especificidade foi de somente 67%.<br><br>3) Alguns pacientes desempenham bem o RMRT porque seu dano deve estar somente na memória episódica e ainda não afetou as habilidades topográficas.<br><br>4) Se o teste de recordação não é semântico e a função executiva permanece inalterada, o indivíduo com leve DA pode não revelar seu déficit na vida diária, nem falhas nas tarefas solicitadas pelo RMRT.<br><br>5) RMRT é por sua característica não verbal. ele requer que os sujeitos relembrem os caminhos da rota pela demonstração visual e não requer conhecimento de aprendizagem ou processamento verbal, sendo bom para as pessoas sem escolaridade<br><br>6) O RMRT é minimamente correlacionado às pontuações dos span de dígitos e span spacial. A atenção visual seletiva é uma importante função para navegação humana e uma confusão no campo visual tem efeito adverso no processamento visual.<br><br>7) Achados mostram que a função atencional e executiva são maiores preditores. Embora o teste use uma rota desenhada em papel, o estudo mostra resultados consistentes para as variáveis relacionadas.<br><br>8) RMRT era bom para confirmar o risco de perder-se | Usou avaliações cognitivas simples para prover a validade. Amostra pequena de pacientes com DA |

RMRT: Route Map Recall Test

Quadro 9 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos instrumentos de avaliação padronizados (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 44 | VOIGT-RADLOFF et al., 2012 (a) | Traduzir o instrumento DQoL e avaliar a validade de construto e validade concorrente em duas populações de pessoas com leve a moderada demência. | Tipo de estudo: Transversal.<br><br>Participantes: 287 pacientes (sendo 136 de Freiburg e 151 de Dresden).<br><br>Todos com leve a moderada demência.<br><br>Avaliações: DQoL para tradução e foi usado as outras avaliações para verificar validade de constructo: SF-12, QoL-AD, Cornell Scale for depression in dementia, IDDD, MEEM e ADAS-cog | 1) A versão alemã do DQoL pode ser usada para avaliar afeto positivo, afeto negativo (alta consistência e confiabilidade) e para avaliar senso de pertencimento e autoestima (moderada consistência e confiabilidade).<br><br>2) Precisam de mais estudos para senso de estética (fraca correlação).<br><br>3) Não tem nenhuma associação com os testes cognitivos (ADAS-cog e MEEM) | Não conseguir controlar os vieses.<br><br>Pode ter viés se o paciente tiver depressão ou anosognosia.<br><br>Cuidadores que estão sobrecarregados podem descrever como menor qualidade de vida. |

DQoL: Dementia quality of life; SF-12: 12 - Short Form Health Survey; QoL-AD: Quality of Life in Alzheimer's Disease; IDDD: Performance Scale of the interview of deterioration in daily living activities in dementia; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; ADAS-cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale cognitive

Quadro 9 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos instrumentos de avaliação padronizados (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 45 | VOIGT-RADLOFF et al., 2012 (b) | Traduzir o IDDD para o alemão e avaliar a consistência interna, validade de constructo e correlação com as escalas correspondentes nessa versão traduzida em duas amostras de pessoas com demência moderada e leve. | Tipo de estudo:<br>Ensaio clínico randomizado.<br><br>Participantes: 301 idosos.<br><br>Pacientes com DA e outro tipo de demência. Em Freiburg era demência mista; em Dresdem tinha a demência mista e a vascular. Fase leve a moderada.<br><br>Avaliações:<br>IDDD.<br>Para verificar a associação com o IDDD, usou dois instrumentos de AVD e dois de cognição: PRPP e ADCS-ADL; MEEM e ADAS-cog. | 1) Os dados descritivos do IDDD indicam uma associação moderada para a iniciativa em desempenhar atividades da vida diária e pequena necessidade de assistência, na amostra agrupada de 301 pessoas com demência inicial ou moderada.<br><br>2) Foram encontrados os efeito teto e efeito chão, boa consistência interna (alfa > 0,7) e moderado a bom fator de confiabilidade.<br><br>3) Baixa correlação com a cognição confirmaram a diferença entre os testes cognitivos e de AVD.<br><br>4) Pouca correlação entre os outros testes de AVD indicam que a diferença de escore parece ser por conta da gama de AVD existente.<br><br>5) Se distinguir entre iniciativa e desempenho com ABVD e AIVD há melhores indícios de adequação e mais alta correlação entre as escalas correspondentes se comparados ao teste IDDD com AVD (no geral, básico e instrumental) . | A avaliação abrange poucas AVD. |

IDDD: Interview for Deterioration in Daily Living Activities in dementia; PRPP: Perceive, Recall, Plan, and Perform System of Task Analysis; ADCS-ADL: Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of daily Living Inventory; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; ADAS-cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale - cognitive

Quadro 9 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos instrumentos de avaliação padronizados (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 49 | SCHABER et al., 2013 | O estudo examina a validade do CPT para predizer o desempenho funcional em 4 AVD, em residentes de casa de memória. As AVD eram: vestir, comer, tomar banho, escovar os dentes. | Tipo de estudo: Descritivo transversal.<br><br>Participantes: 57 frequentadores de uma casa de memória.<br><br>Coleta de dados: Em cada uma das AVD avaliadas, foi usada a pontuação da MIF para ver quanto de auxílio eles precisavam.<br><br>Para o CPT fizeram 5 tarefas (medicação, compra, lavar a mão, torrada e telefone). Feito regressão linear entre CPT e AVD. | 1) A regressão linear revela significativa relação entre desempenho de AVD e pontuação do CPT em todas as áreas para indivíduos com moderada ou severa demência.<br><br>2) 27% dos pacientes tinham diagnóstico de DA.<br><br>3) Escovar os dentes mostrou a mais forte associação, enquanto vestir teve a mais fraca.<br><br>4) Os resultados indicam que, das 4 AVD avaliadas, em cada nível cognitivo, vestir e tomar banho aparecem como as habilidades que precisam do mais alto nível de assistência enquanto comer e escovar os dentes, requer menor assistência.<br><br>5) A assistência física não é requerida na alimentação, mesmo com o CPT em 2,0, pois fica nas dicas para sequenciamento e dicas contínuas do que fazer.<br><br>6) O estudo apoia o uso de avaliação cognitivo funcional para predizer os níveis esperados de desempenho funcional em AVD de pessoas com moderada ou severa demência.<br><br>7) Um escore de AVD pode auxiliar nas decisões sobre o local e quantidade de auxílio necessário, resultando em diminuição do estresse para os residentes e membros da família.<br><br>8) Balancear a quantidade de auxílio que o paciente precisa com autonomia não é uma questão banal. Ela influencia na autoestima e qualidade de vida | A cognição é um dos fatores que influenciam no desempenho, mas não é o único |

MIF: Medida de Indepenência Funcional; CPT: Cognitive Performance Test

Quadro 9 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos instrumentos de avaliação padronizados (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 57 | CHEN et al., 2014 | Desenvolver uma medida de avaliação de AIVD baseada no desempenho e avaliar a validade do instrumento em pacientes com danos cognitivos em Taiwan. | Tipo de estudo: Transversal.<br><br>Participantes:<br>3 grupos: 39 pessoas com DA, 29 com MCI amnésica e 49 idosos sem danos cognitivos.<br><br>Avaliação: TPIADL (comunicação, finanças, cozinhar, compras, uso de medicamentos), MEEM, PSMS, Lawton-IADL, CDR | 1) O TPIADL é um instrumento válido para detectar alterações de AIVD em pacientes com demência.<br><br>2) TPIADL mostra consistência interna boa, validade de critério e validade convergente entre os idosos.<br><br>3) O instrumento é breve e pode ser usado para detectar danos funcionais em *settings* baseados no desempenho.<br><br>4) O uso de um instrumento válido e sensitivo tem seus benefícios para a população com demência e com MCI.<br><br>5) O uso de figuras ajuda a reduzir o efeito confusão por causa do baixo nível educacional (57% tinha menos de 6 anos de escolaridade)<br><br>6) Os resultados mostram melhor validade convergente com Lawton-IADL do que com PSMS.<br><br>7) Embora o índice de validade de critério não diferenciar entre saudáveis e com MCI, as diferenças no TPIADL entre os grupos, foi estatisticamente significante.<br><br>8) O TPIADL é mais sensitivo para identificar mudanças cognitivas nos estágios iniciais, tendo alto potencial para realizar diagnósticos precoces e, por conseguinte, intervenções .<br><br>9) A avaliação baseada no desempenho identifica graus suaves de perda funcional e pode ser útil para os estágios precoces da doença.<br><br>10) O TPIADL é afetado minimamente pelo nível educacional, podendo ser utilizado em populações com baixa escolaridade | Não generalizar, pois há uma variabilidade mesmo dentro da sociedade chinesa. As figuras incluídas no TPIADL podem alterar os valores para aqueles que não são familiarizados com as figuras. Pode ocorrer falso positivo. |

TPIADL: Taiwan Performance-Based Instrumental Activities of Daily Living; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; PSMS: Physical Self-Maintenance Scale; Lawton-IADL: Escala de Atividades instrumentais de vida diária de Lawton; CDR: Clinical Dementia Rating

Quadro 9 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos instrumentos de avaliação padronizados (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 58 | MEHRABAN et al., 2014 | Determinar a validade e confiabilidade da Versão Persa da Escala de AIVD de Lawton | Tipo de estudo: Tranversal.<br><br>Participantes: 60 pacientes com demência.<br><br>Avaliações: Lawton IADL Scale. Para verificar a validade de construto foi usado o FAST.<br><br>Frequência: 2x. | 1) A versão persa tem excelente confiabilidade e validade.<br><br>2) De acordo com os *experts*, a escala tem validade apropriada e é valido culturalmente entre idosos iranianos com demência.<br><br>3) A versão persa é uma escala confiável e pode ser usada por aplicadores diferentes em diferentes épocas.<br><br>4) É uma boa escala de avaliação para TO e para as pesquisas na área da saúde para ter maior compreensão das condições dos pacientes. | Amostra limita a robustez dos dados quantitativos.<br><br>Podem ter outros fatores que contribuem para a ansiedade e que não foram mensurados, tais como personalidade, estilo de enfrentamento, saúde dos cuidadores familiares. |

FAST: Functional Assessment Staging Test

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 74 | BERNARD et al., 2015 | Determinar a associação entre medidas baseadas no desempenho (SPPB e SPSM) e avaliações de cuidadores sobre a função física dos pacientes.<br><br>Examinar se essa associação varia com o nível cognitivo dos idosos com DA. | Tipo de estudo: Coorte<br><br>Participantes: 168 díades. Grupo intervenção: 91 receberam TO.<br><br>Grupo controle: sem TO.<br><br>Medidas de resultado: ADCS-ADL, SPPB, MEEM, SPSM (nem todos). | 1) Os escores do ADCS-ADL e SPPB diferem significativamente de acordo com o nível do MEEM.<br>2) Há significante correlação entre as falas dos cuidadores usando o ADCS-ADL quando comparado às medidas de desempenho observadas em todos os níveis cognitivos, onde o mais baixo nível mostrou mais forte correlação.<br>3) Os resultados indicam que o SPPB e SPSM parecem não ser significantemente afetados pelo dano cognitivo.<br>4) Há correlação do nível cognitivo (MEEM) com as funções reportadas pelos cuidadores e os desempenhos observados pelos profissionais. Assim, SPPB tem mais forte correlação com o ADCS-ADL do que SPSM.<br>5) A mobilidade e equilíbrio em pé são mais fortemente associados à função do que o índice de massa e a força em pacientes envolvidos no estudo. | As escalas usadas não são voltadas para pacientes com DA.<br><br>As avaliações foram feitas em casa e cada ambiente pode ter influenciado na forma da condução das avaliações. |

SPPB: Short Physical Performance Battery; SPSM: Short Portable Sarcopenia Measure; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; ADCS-ADL: Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of daily Living Inventory

Quadro 9 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos instrumentos de avaliação padronizados (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 70 | BARCO et al., 2015 | Determinar a confiabilidade inter-examinadores entre dois TO especialistas em testes de direção em uma amostra de idosos com demência e referenciar para as adequações de avaliações para direção. | Tipo de estudo: Transversal.<br><br>Participantes: 24 idosos com demência (não especifica quantos são DA).<br><br>Os examinadores foram treinados por 3 meses, sendo 3 horas de atividades escritas e verbais e 15 horas de prática.<br><br>Medidas de resultado: RODE.<br><br>RODE mensura os números e tipos de erros de direção em um teste de direção padrão. | 1) Forte concordância entre o examinadores para todas as situações sobre as principais categorias de erros em direção que ocorrem durante as avaliações de prática de direção.<br><br>2) A perfeita confiabilidade pode estar associada ao intenso programa de treinamento usando o RODE, experiência de ambos avaliadores, curso de direção ser padronizado e definições objetivas dos tipos de erros.<br><br>3) A baixa confiabilidade em alguns comportamentos de direção específicos podem ser resultado da baixa frequência de ocorrência desses erros (ex: controle no pedal). | Muitas limitações: as ocorrências de trânsito em cada rota não são padronizadas. Limitado a um local com uma amostra pequena. |

RODE: Record of Driving Errors
Fonte: A autora, 2016.

Em três estudos, os autores tiveram como enfoque estudar instrumentos de avaliação específicos para a população com demência: a *Interview for Deterioration in Daily Living Activities in dementia* (IDDD) (estudo nº45), o *Dementia Quality of Life* (DQoL) (estudo nº 44) e o *Cognitive Performance Test* (CPT) (estudo nº49). Nos dois estudos da equipe de pesquisadores de Voigt-Radloff (2012 a, b) (estudos nº44 e 45), os objetivos eram voltados para traduzir e avaliar a consistência e validade dos testes. O IDDD foi traduzido para o alemão e apresentou boa consistência interna e moderado a bom fator de confiabilidade. Pouca relação dos testes com as AVD, pois o espectro de atividades é amplo e a avaliação abrange somente uma parcela delas (VOIGT-RADLOFF, 2012b). Na versão alemã do DQoL, alguns itens apresentaram alta consistência e confiabilidade, como o afeto positivo e negativo; moderada consistência para senso de pertencimento e autoestima; e, fraca correlação do senso de estética (VOIGT-RADLOFF, 2012a) .

Segundo Rocha, Dornelas e Magalhães (2013, p.110), os instrumentos devem possuir índices de validade e confiabilidade adequados à população na qual será utilizado, para "garantir mensuração adequada na prática clínica, com nível máximo de consistência e acuidade". Os instrumentos dos estudos nº 44 e 45 foram considerados procedimentos adequados para a população de idosos com demência, com confiáveis interpretações dos resultados. No entanto, onde se apresentam fraca correlação, há necessidade de mais estudos.

Por sua vez, no estudo de Schaber et al. (2013) (estudo nº 49), o foco era examinar a validade de um teste de desempenho cognitivo desenvolvido por uma terapeuta ocupacional para predizer sobre algumas atividades da vida diária, dita básicas. O *Cognitive Performance Test* (CPT) foi considerado bom preditor para o desempenho em vestir, comer, tomar banho e escovar os dentes, onde a escovação teve a mais forte associação e o vestir a mais fraca.

A literatura americana de Terapia Ocupacional aponta o CPT como uma avaliação padronizada, específica para a população de Alzheimer e outros diagnósticos psiquiátricos, que tem sido usada para predizer o desempenho tanto em AIVD quanto AVD (BURNS; MORTIMER; MERCHACK, 1994). O CPT baseia-se na observação do desempenho em tarefas, como vestir, comprar, preparar alimento (fazer torrada), usar telefone (catálogo), triagem de medicamentos, entre outras (BURNS; MORTIMER; MERCHACK, 1994). No estudo revisado, a validade do CPT para a atividade de vestir deve ser melhor investigada.

Os autores do estudo revisado apoiam o uso do CPT, mas alertam para outras variáveis que possam influenciar no desempenho do participante, além dos fatores cognitivos (SCHABER et al., 2013). Esse estudo foi feito com idosos na fase moderada a severa doença, diferente dos estudos de AIVD que utilizam os pacientes na fase inicial da demência. Não foram

escolhidos pacientes na fase inicial da doença, pois nesse estágio não é comum apresentar déficits em atividades de vida diária básicas.

Em três estudos, o foco era avaliar testes padronizados direcionados a atividades instrumentais de vida diária: direção veicular (estudo nº 36, 70) ou mobilidade na comunidade (estudo nº41). Em dois artigos, as escalas continham várias atividades de AIVD (estudo nº 57, 58).

Nos instrumentos voltados para direção veicular, um estudo teve a intenção de elaborar uma bateria de testes para mensurar a capacidade para dirigir (CARR et al., 2011) (estudo nº36) e outro examinou a confiabilidade interexaminadores em um instrumento que mensura erros na direção, o *Record Of Driving Errors* (RODE) (BARCO et al., 2015) (estudo nº 70).

No primeiro estudo (estudo nº 36), utilizou o *Modified Washington University Road Test* (mWURT) para avaliar o desempenho na direção, usando um circuito e situações de tráfego comum, além de manobras. Nesta pesquisa, os autores definiram que o Teste de Trilhas A, o Teste do Relógio e o *Snellgrove Maze Test* (SMT) (um teste de labirinto), em conjunto, indicam a probabilidade de um idoso com Alzheimer manter sua licença habilitação (CARR et al., 2011). Na segunda pesquisa (estudo nº70), houve forte concordância entre os examinadores nas principais situações de erros da prática de direção. A baixa confiabilidade apareceu em situações de direção que ocorrem com baixa frequência, como por exemplo, controle de embreagem (BARCO et al., 2015). As limitações dos estudos se dão pelo trajeto ser diferenciado a cada vez que faz a prática de direção, com várias condições influenciando (condições de tráfego, mudanças de pista, erros comportamentais) ou por desconhecer o percurso.

Os dois estudos utilizam o instrumento de avaliação em uma situação de desempenho em testes de rua. Segundo Apolinário (2012), a avaliação prática da direção na rua é considerada padrão-ouro graças à sua validade ecológica, mas suas limitações são relacionadas à dificuldade em controlar as variáveis externas com diferentes condições em que serão submetidos (clima, trânsito) e o alto custo dos testes de direção em rua. O mesmo autor também aponta que os simuladores possuem os mesmos valores que as provas de rua, mas não é uma prática comum no Brasil.

A função dirigir é muito discutido na literatura internacional e está associada à independência (LLOYD et al., 2001) e acesso a espaços públicos. Mensurar a segurança na direção veicular é essencial para garantir o equilíbrio entre a autonomia do idoso e segurança no trânsito. O Teste de Trilhas, Teste do Relógio e Testes de Labirinto que foram utilizados no

estudo de Barco et al. (2015) (estudo nº70) são indicados na literatura americana para avaliação de motorista idoso (APOLINÁRIO, 2012), mas eles não são específicos para a população de idosos com demência.

O Teste Trilhas avalia a atenção seletiva, sequenciamento, rastreio visual, flexibilidade mental e função motora, que podem estar alterados em pacientes com demência de Alzheimer (YASSUDA et al., 2010). O SMT avalia a atenção, habilidade visuoconstrutiva, função executiva de planejamento e busca (CARR et al., 2011). Já o Teste do Relógio, examina as habilidades visuoconstrutivas e funções executivas (YASSUDA et al., 2010).

Esses testes são utilizados no Brasil com a população de idosos com déficits cognitivos, mas sem a intenção de utilizá-los como preditores do desempenho na direção veicular. O Teste de Trilhas apresenta uma sensibilidade de 90% e uma especificidade de 86,7%, revelando boa estratégia para ser utilizada nos diagnósticos diferenciais de DA (NITRINI et al., 2005b). Os mesmos autores, por sua vez, afirmam a utilidade do Teste do Relógio nas investigações de função executiva, mas alertam que o problema para a aplicação desse teste diz respeito à sua não adequação para a população analfabeta, sem nota de corte específica e diferentes formas de aplicação (MALLOY-DINIZ et al., 2010). De outra forma, existem diversos testes de labirinto e alguns têm apresentado resultados promissores, mas ainda precisam ser aprofundados os estudos para a aplicação prática (APOLINÁRIO, 2012). As evidências sugerem o agrupamento de diversas avaliações para embasar as decisões direcionadas a direção veicular.

A literatura internacional aponta que a mobilidade na comunidade, em muitos países da América do Norte e Europa, é baseada no uso individual de automóvel (LLOYD et al., 2001). Assim, ter sua carteira de habilitação não renovada pode ter implicações que extrapolam o já esperado prejuízo para a mobilidade e acesso aos espaços públicos. Por outro lado, na sociedade brasileira, não se dá tanta atenção para as questões de direção veicular em pacientes com alterações cognitivas, se comparados aos estudos internacionais. Paralelo a isso, pelas características apresentadas pelos idosos com Alzheimer, seria possível assumir que esses motoristas incorrem em maior risco de acidentes (BERTOLUCCI, 2006). Ademais, os dados estatísticos nacionais apontam para elevada mortalidade para causas externas, incluindo aqui os acidentes de trânsito (SMSC, 2015). Essas situações apontam para uma necessidade premente de que grupos de pesquisadores desenvolvam e validem instrumentos de avaliação adequados para o contexto brasileiro e para a população de motoristas idosos com comprometimentos cognitivos (APOLINÁRIO, 2012).

Ainda sobre os instrumentos padronizados direcionados à AIVD, o estudo de Wang et al. (2012) (estudo nº41) testou as propriedades psicométricas do *Route Map Recall Test* (RMRT), que serve para aprender e recordar uma rota por meio de um mapa. Houve alta correlação entre RMRT e teste de trilhas A e B (versão chinesa), e leve correlação entre o span de dígitos e span espacial. Esse instrumento foi considerado apropriado para uso e análise do risco de perder-se e orientar-se em um espaço. A relação entre o RMRT e o span de dígitos e espacial ainda precisa ser mais aprofundada. O Span ou Extensão de dígitos avalia a memória operacional, atenção verbal, concentração e processos sequenciais (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010) e também compõem um dos testes de avaliação neuropsicológica utilizados na população em geral.

Com o enfoque em diversas atividades instrumentais de vida diária, Mehraban et al. (2014) (estudo nº58) determinou a validade e confiabilidade da Escala de AIVD de Lawton e Brody, na versão persa. Esse instrumento teve excelente confiabilidade e validade, sendo importante instrumento para identificar a funcionalidade do paciente durante as AIVD. Já no estudo de Chen et al. (2014) (estudo nº57), foi avaliada a validade do *Taiwan Performance Based Instrumental Activities of Daily Living* (TPIADL). Esse instrumento foi considerado válido para detectar as alterações de AIVD em pacientes com demência, com boa consistência interna, validade de critério e validade convergente. Nesses estudos, apesar de os instrumentos terem sido considerados adequados para investigar o desempenho em AIVD, os testes não são elaborados especificamente para a população de idosos com demência.

Por último, com o objetivo de investigar a função física do paciente, Bernard et al. (2015) (estudo nº 74) associou os instrumentos SPPB (*Short Physical Performance Battery*) e SPSM (*Short Portable Sarcopenia Measure*). Eles não foram associados significativamente ao dano cognitivo, mas o SPPB tem mais forte correlação um inventário de AVD voltado para DA (*Alzheimer's Disease Coopertative Study Activities of Daily Living Inventory*) do que o SPPB. Apesar de esse estudo ter como participantes pacientes com DA, esses instrumentos não são desenvolvidos para essa população.

Em síntese, os instrumentos de avaliação aqui apresentados são direcionados: às ocupações, buscando identificar, principalmente, as atividades instrumentais de vida diária; ou, às habilidades de desempenho, com instrumentos destinados a avaliar o funcionamento cognitivo e um teste voltado para as habilidades motoras. Os instrumentos utilizados são em sua maioria elaborados por profissionais da área de saúde e não específicos da Terapia Ocupacional.

Nenhum estudo brasileiro foi apresentado nessa seção. Na literatura internacional encontram-se referências a vários testes, mas dos artigos que tinham como objetivo avaliar os instrumentos, somente a Escala de AIVD desenvolvida por Lawton e Brody (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) tem sua validade e confiabilidade adaptada para o contexto brasileiro. Isso mostra a escassez, no Brasil, de instrumentos padronizados e confiáveis voltados para a população de demência. O incentivo à pesquisa, já mencionado anteriormente, aqui é retomado para reforçar a necessidade de se avançar nos conhecimentos direcionados aos instrumentos de avaliação.

Sem ter a intenção de estudar o instrumento de avaliação, mas analisando os testes utilizados nos estudos revisados, de todo *corpus* da pesquisa, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi o instrumento mais utilizado, aparecendo em 44 artigos como critério de seleção ou como medida de resultado. Esse teste foi desenvolvido por Folstein, Folstein e Mc Hugh, em 1975, e sua proposta é rastrear o funcionamento cognitivo e não diagnosticar. Avalia cinco áreas da cognição: orientação, registro (memória), atenção e cálculo, evocação e linguagem, contabilizando um total de 30 pontos, onde o maior valor representa maior preservação da cognição. A confiabilidade teste-reteste para pacientes com demência foi de 0,98 em um intervalo acima de 28 dias e o ponto de corte para identificar possível alteração cognitiva varia de acordo com a escolaridade do cliente avaliado (BRUCKI et al., 2003).

Esse instrumento é o mais usado mundialmente para rastreio dos domínios cognitivos. Como o nível educacional influencia nos resultados, cada país faz sua adaptação, validação e estipula os pontos de corte de acordo com a sua realidade. Com isso, não é possível comparar os valores adquiridos no MEEM entre os diversos países que utilizaram esse instrumento. Em inúmeros países estrangeiros, esse exame apresenta nível 1 de evidência científica, ou seja, são fortes as recomendações para sua utilização na prática clínica (MEDEIROS, STEIN, 2002).

Ao analisar o contexto brasileiro, verifica-se a presença de dois estudos com diferentes sugestões de ponto de corte de acordo com a escolaridade (BERTOLUCCI et al., 1994; BRUCKI et al., 2003). O estudo mais atual apresenta uma pontuação mais elevada para classificar o funcionamento cognitivo. O Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, após avaliação sistemática dos instrumentos de avaliação, recomenda o uso de cortes mais elevados (NITRINI, 2005b). Pela não padronização dos pontos de corte validados para a população brasileira, esse instrumento de avaliação apresenta nível IV de evidência científica (NITRINI, 2005b), não podendo concluir sobre os benefícios e riscos adotados no procedimento e não se recomenda a

generalização dos dados (MEDEIROS, STEIN, 2002). Assim, recomenda-se estudos futuros para a padronização da interpretação dos resultados do MEEM, para que possamos, ao menos, comparar os resultados do funcionamento cognitivo em diversas pesquisas nacionais.

Nesta mesma revisão sistemática conduzida pela equipe de Nitrini (2005b), outros testes são sugeridos, para os profissionais da área de saúde em geral, sobre as avaliações cognitivas que podem auxiliar no diagnóstico de Alzheimer. Essas avaliações são voltadas para domínios cognitivos específicos, como por exemplo, para avaliar a memória recomenda-se o teste de recordação tardia do CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*); para linguagem, os testes de nomeação de Boston; ou, para atenção indicam-se os testes de trilhas. Nessa sugestão não há nenhuma avaliação baseada na ocupação, ou seja, não se preocupam com o engajamento do idoso em ocupações significativas. Elas são responsáveis para identificar estruturas e funções do corpo, bem como habilidades de desempenho que possam estar comprometidas em pacientes com Alzheimer. Tais avaliações também aparecem em outros procedimentos metodológicos do estudo exploratório.

Outro instrumento de avaliação já mencionado nos resultados e discussão e que merece ser destacado aqui é a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na doença de Alzheimer (proveniente do *Quality of Life - Alzheimer's Disease*, QoL-AD) , pois ele se caracteriza como o único instrumento de qualidade de vida específico para a população de Alzheimer que teve validação para a cultura brasileira. A escala apresenta elevada confiabilidade e avalia em três versões: a percepção do próprio idoso sobre sua QDV (alfa: 0,80), a percepção do cuidador sobre ele mesmo (alfa: 0,86) e sobre o idoso (alfa: 0,83). Outros detalhes foram apresentados na Seção "5.2.2. Evidências científicas sobre a avaliação da Terapia Ocupacional: Percepção sobre a Qualidade De Vida".

Para finalizar, um estudo utilizou o instrumento de avaliação denominado *Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment – Geriatric Version* (LOTCA-G), uma bateria de testes que avaliam seis domínios: orientação, percepção visual, percepção espacial, praxia, organização visomotora e operações de pensamento para fornece o perfil cognitivo do idoso avaliado (BAR-HAIM EREZ; KATZ, 2004). O LOTCA-G foi construído para adultos com acidentes vasculares encefálicos, danos cerebrais e outros comprometimentos neurológicos (que incluem a demência). Por mais que esse instrumento de avaliação tenha sido encontrado em uma única pesquisa coreana merece destaque, pois é um instrumento criado somente por terapeutas ocupacionais: Elazar, Itzkovich e Katz, em 2001. O que se vê normalmente são os profissionais de TO utilizarem avaliações elaboradas pelos profissionais da área de saúde, no

geral. Outro ponto que justifica abordar tal instrumento se deve aos estudos nacionais de tradução e adaptação transcultural para o português do Brasil (NOVELLI et al, 2015). Essa avaliação dinâmica mostrou "ter boa aplicabilidade, não sendo identificadas dificuldades de aplicação por parte dos examinadores e nem dificuldades de compreensão por parte dos idosos" (NOVELLI et al, 2015, p. 251).

Esta pesquisa indica a necessidade de mais pesquisas voltadas para a tradução e validação dos testes importados, como para desenvolvimento de instrumentos nacionais. O uso de instrumentos padronizados aumenta a confiabilidade e rigor na identificação das restrições para participação e das capacidades da pessoa avaliada. Isso pode contribuir para avaliação e melhoria da prestação de serviços na área de Terapia Ocupacional em nosso país, pois vai permitir a comparação do desempenho dos idosos, bem como para avaliar os programas de intervenção ao longo do tempo.

### 5.3.6 Evidências científicas sobre o processo de avaliação da Terapia Ocupacional: A PERCEPÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS E FISIOTERAPEUTAS

Nesta pesquisa foram identificados quatro artigos que buscaram a contribuições de outros profissionais terapeutas ocupacionais para identificar as ações desenvolvidas com idosos com Alzheimer (estudos nº 24, 78) ou para avaliar sobre os recursos que foram disponibilizados para esses idosos (estudos nº 23, 59). Na pesquisa nº 59 também teve a participação de fisioterapeutas na composição dos *experts* (quadro 10).

Quadro 10 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos profissionais de saúde (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | DE OLIVEIRA ASSIS et al., 2010 | Testar a eficácia dos recursos de auxílio externo.<br><br>Desenvolver tecnologias simples e de baixo custo que podem ajudar aos profissionais de saúde na avaliação e reabilitação de idosos com demência.<br><br>Avaliar a adequação e utilidade dos recursos por um grupo de profissionais terapeutas ocupacionais. | Tipo de estudo: Estudo de caso.<br><br>Participantes:<br>Para testar a efiácia do produto: 1 idoso com DA e sua cuidadora.<br><br>Para avaliação dos recursos: 07 terapeutas ocupacionais especialistas em gerontologia.<br><br>A análise dos dados foi do tipo descritiva, mas foram considerados dados qualitativos advindos das falas.<br><br>Frequência: 2x na semana, sendo um atendimento no consultório e um domiciliar. Sessões de 50 minutos, durante 4 meses.<br><br>Medidas de resultado: MEEM, Teste de Fluência Verbal, Teste do Relógio, KI-ADL | Modificação ambiental: calendário e placas de identificação dos cômodos .<br><br>Modificação das atividades: Prancha de atividades e organizador de rotinas.<br><br>Para treino dos domínios cognitivos: mesa de atividades para treino dos domínios cognitivos (identificação de figuras, memorização, categorização, cálculo, sequência lógica) e *Software Geriatric* (com exercícios para orientação da realidade, informações sobre o paciente, graduadas por níveis de dificuldade).<br><br>Em cada atendimento tinha que usar no mínimo dois recursos.<br><br>No domicílio: jogo de cartas e culinária | 1) Na avaliação do tratamento do idoso: As modificações ambientais levaram a um aumento de 2 pontos no MEEM (de 20 para 22) no aspecto orientação temporal e há relatos da cuidadora sobre melhoria em relação a tempo e espaço. No TFV (de 7 para 11), a cuidadora afirma que o idosos está mais comunicativo e capaz de estabelecer e manter uma conversa.<br><br>2) Sobre as modificações das atividades: não houve mudança no índice de Katz. Mesmo assim, a esposa melhorias qualitativas nas atividades de banho, uso do vaso sanitário e continência. Melhorou em termos de iniciativa e agilidade para desempenhar as tarefas.<br><br>3) Houve declínio do comportamento agressivo (física e verbalmente).<br><br>4) Na avaliação dos recursos: TO apontam o softwares como útil, com capacidade de adaptar e motivar o interesse do paciente. Apontam que o computador é uma ferramenta, mas não substitui a presença do profissional.<br><br>5) A mesa de atividades foi considerada útil/muito útil e fáceis de usar. A aparência atrativa foi apontada como o fator que poderia estimular o interesse do paciente no aumento da aceitação da atividade<br><br>6) Melhorias dos recursos: estão voltados para o tipo de material e para o transporte. | Não incluiu as medidas de satisfação do idoso e de sobrecarga do cuidador.<br><br>Não fez o desenho experimental.<br><br>Por ser estudo de caso, os dados não podem ser generalizados. |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; KI-ADL: Índice de Katz

Quadro 10 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos profissionais de saúde (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 24 | ROBERT; GÉLINAS; MAZER, 2010. | Estabelecer um perfil da prática TO considerando a intervenção cognitiva fornecida para clientes com DA em Montreal.<br><br>Como objetivo específico foi determinar os tipos de intervenção desempenhados por TO, descrever os métodos de administração e identificar fatores que influenciam o uso das intervenções cognitivas | Tipo de estudo: estudo descritivo transversal.<br><br>Participantes: 74 terapeutas ocupacionais que trabalham com DA e outras demências (65 que devolveram o questionário).<br><br>Avaliação: *Survey*. | 1) 52% dos entrevistados afirmam que usam intervenções cognitivas com seus clientes com DA. Os que não usam normalmente trabalham em hospitais de emergência ou ILP. Dos que usam, 82,4% utilizam a reabilitação cognitiva, 61,8% a estimulação cognitiva e 50% o treino cognitivo. Os 34 que usam, relatam que usam menos de 25% do tempo da sessão.<br>2) Dos 34 usuários de intervenção cognitiva, todos que são do centro de reabilitação e centro dia usavam a reabilitação cognitiva, já os da ILP não desempenhavam nenhum tipo de treino cognitivo.<br>3) Os do centro comunitário usavam mais treino cognitivo do que estimulação cognitiva, enquanto os TO do centro dia usavam mais estimulação cognitiva e reabilitação cognitiva se comprado ao treino cognitivo.<br>4) Dos métodos de administração, em cada sessão, usava de 15 a 60 minutos com a intervenção cognitiva, de 2 a 4x na semana. A Estimulação e reabilitação cognitiva são mais oferecidas 2 a 4x na semana, enquanto que a frequência de treino cognitivo era mais variável. A duração da intervenção durava de 1 a 3 meses (menos que a literatura aponta: >1 ano).<br>5) Nenhuma diferença significativa foi observada no tempo das sessões entre os tipos de intervenção, embora na literatura a quantidade de estimulação cognitiva é menor que a reabilitação cognitiva e o treino cognitivo, com aproximadamente 30 minutos no treino.<br>6) Dos fatores que influenciam o uso de intervenção cognitiva: Barreiras: falta de tempo, não ser o foco do que se espera para o TO no estabelecimento.<br>7) Clientes na fase leve e moderada recebem mais esse tipo de intervenção do que pacientes na fase severa. | Não relatadas |

Quadro 10 - Processo de avaliação terapêutico ocupacional direcionado aos profissionais de saúde (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 59 | MAO et al., 2014 | Investigar, sob o ponto de vista dos cuidadores, a percepção de utilidade em um contexto específico dos produtos assistidos disponíveis para pessoas com demência leve a moderada que residem na comunidade.<br><br>Investigar, do ponto de vista dos *experts*, os indicadores dos produtos assistivos, estipulando os de alta e baixa percepção de utilidade. | Tipo de estudo: Descritivo transversal.<br><br>Participantes: 75 díades foram avaliadas na fase 1. Na fase 02, 7 cuidadores familiares e 14 profissionais (inclui TO e fisioterapeutas) eram compostos pelos *experts* | 1) Apesar de menos de 10% ter tido contato com os produtos assistivos, os cuidadores tiveram uma percepção de utilidade maior, mas afirmam que precisam saber se elas são acessíveis e com um custo razoável. Isso sugere que esses fatores devem ser considerados quando vão desenvolver.<br>2) Na perspectiva dos *experts*, a alta utilidade incluem permitir prevenção de acidentes, ter uma interface intuitiva, ser familiar, de fácil uso e simplificar as atividades, e o indicador de baixa utilidade foi sugestões ao cliente.<br>3) O estudo sugere que os cuidadores tem preferências por certos produtos assistivos com indicações específicas, o que influencia a decisão de compra e uso desses produtos. Portanto, a preferência do usuário para um produto específico deve ser explorada antes de ser dedicado o tempo à produção e desenvolvimento do produto.<br>4) Os indicadores dos cuidadores devem ser analisados cuidadosamente, pois eles preferem tecnologias que previnem acidentes sobre as tecnologias que informam a eles sobre a ocorrência de um acidente ou somente como manejar as consequências.<br>5) Os cuidadores reportam que é improvável o uso de produtos não familiares.<br>6) A preservação da privacidade e da autonomia também são essenciais para analisar para o desenvolvimento de produtos assistivos. | Perspectivas dos doentes não foi representativa pois o questionário era muito difícil de ser respondido por eles.<br><br>Os cuidadores eram voluntários e isso pode ter contribuído para uma melhor aceitação dos produtos de TA e as experiências de uso podem ser afetadas pelos fatores contextuais. |
| | SCHIMID et al., 2015 | Descrever a intervenção de Terapia Ocupacional domiciliar para as pessoas do ADMIT. | Tipo de estudo: Descritivo.<br><br>Participantes: 02 terapeutas ocupacionais | 1) A meta da intervenção é para o atraso dos declínios funcionais entre pessoas com DA.<br>2) Os pacientes são acompanhados por 2 anos e recebem sessões de TO domiciliar e telefonemas.<br>3) A intervenção inclui atividades e tarefas funcionais, modificação ambiental, construção de habilidades, resolução de problemas e programa de atividades adequadas ao cliente. | Não relatadas |

ADMIT: Alzheimer's Disease Multiple Intervention Trial

Fonte: A autora, 2016.

As pesquisas de De Oliveira Assis et al. (2010) (estudo nº 23) e Mao et al. (2014) (estudo nº 59) contaram com a participação de profissionais de saúde para avaliar a utilidade dos recursos utilizados durante o atendimento a idosos com DA. No estudo de caso de De Oliveira e colaboradores (2010), os terapeutas ocupacionais avaliaram um *software* composto por exercícios de orientação para a realidade e uma mesa de atividades para treino dos domínios cognitivos. O software foi avaliado como útil, com possibilidade de ser adaptado ao paciente e motivá-lo. Da mesma forma, a mesa de atividades foi considerada útil e atrativa, mas foram sugeridas mudanças para um material mais leve para facilitar durante o transposte. Já no estudo de Mao et al. (2014) (estudo nº 59), terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas avaliaram a utilidade de produtos assistivos indicados para idosos com DA. Na perspectiva desses *experts*, os dispositivos da tecnologia assistiva são considerados muito úteis, mas precisam ter como características: familiaridade, fácil uso, com interface intuitiva e que atuem de forma preventiva. Esses achados também se assemelham às percepções dos cuidadores também investigada nesse trabalho.

Ser avaliado pelos atores de saúde, especialistas na área da gerontologia, auxilia na definição de parâmetros mínimos de qualidade necessários para o desenvolvimento de novos recursos terapêuticos para atingir os objetivos estabelecidos e para a avaliação da adequação dos recursos disponíveis para a intervenção.

Os estudos de Robert, Gélinas e Mazer (2010) (estudo nº24) e Schmid et al. (2015) (estudo nº78) investigam as intervenções utilizadas pelos terapeutas ocupacionais com idosos com demência de Alzheimer. No estudo nº 24, para estabelecer o perfil de intervenção cognitiva junto a esses idosos, identificou-se que as técnicas utilizadas pelos profissionais são: o treino cognitivo, estimulação e reabilitação cognitiva, mas sem padronização quanto à frequência e tempo de das sessões. Não foram relatados atendimentos com essas técnicas na fase severa da doença. O estudo mostra que 48% dos terapeutas ocupacionais não utilizam essas intervenções cognitivas por não ser o objetivo estabelecido no setor ou por falta de tempo.

No estudo de Schmid et al. (2015), as intervenções terapêuticas ocupacionais domiciliares eram baseadas na modificação ambiental, atividades significativas para os idosos e contrução de habilidades e resolução de problemas.

Os estudos de Robert, Gélinas e Mazer (2010) buscam estabelecer um perfil de práticas de terapeutas ocupacionais da cidade de Montreal, no Canadá. Já a pesquisa de Scmid et al. (2015), descreve sobre a intervenção domiciliar de um programa específico, o ADMIT (*Alzheimer's Disease Multiple Intervention Trial*), de uma cidade dos Estados Unidos. Sendo assim, as pesquisas representam uma pequena parcela de terapeutas ocupacionais e não se pode

afirmar que são representativas de todas as possibilidades das práticas de intervenção. Esses estudos associados às publicações das pesquisas produzidas nas universidades e das práticas clínicas auxiliam na elaboração de um panorama de práticas voltadas a idosos com DA.

As práticas aqui destacadas, com suas evidências científicas, serão descritas em detalhes no subcapítulo "5.4. O processo de intervenção do terapeuta ocupacional junto aos idosos com Demência de Alzheimer".

Nesses estudos não foram apontadas pesquisas feitas com terapeutas ocupacionais que buscassem identificar as intervenções junto aos cuidadores. A literatura aponta os benefícios da inclusão desses agentes de saúde no estabelecimento de uma rede de cuidados e de prestação de assistência adequada ao idoso (CALDAS, 2004b).

## 5.4 **O processo de intervenção do terapeuta ocupacional junto aos idosos com Demência de Alzheimer.**

Em sequência ao processo de avaliação, para operacionalizar o trabalho dos terapeutas ocupacionais, inicia-se a fase interventiva (AOTA, 2014). Essa fase é subdivida em três etapas: plano, implementação e revisão da intervenção (AOTA, 2014).

Com base na avaliação, o plano de intervenção será elaborado considerando as metas ocupacionais, os fatores do cliente e seu cuidador, bem como o suporte ambiental (AOTA, 2010). As metas estabelecidas para o tratamento devem ser sincronizadas com as prioridades do cliente, levando em conta os traços de personalidade em fase pré-mórbida e interesses passados (PADILLA, 2011b).

É importante que as metas planejadas junto ao idoso com Alzheimer e seus familiares sejam por intervenções significativas e motivadoras para que a participação de todos envolvidos possa ser, ou vir a ser, prazerosa e positiva (SOARES; SOARES; CAIXETA, 2012). A eficácia do tratamento terapêutico ocupacional relaciona-se à evolução da doença, à presença de uma rede social de apoio, bem como aos aspectos emocionais envolvidos.

Os tipos de intervenção revisados eram, geralmente, do tipo: educacional, treinamento ou voltadas para as tarefas preparatórias. As intervenções de educação eram feitas para compartilhar conhecimentos e informações que possam influenciar nos hábitos, rotinas e comportamentos. A intervenção do tipo treinamento é direcionada para facilitar o aprendizado

de uma habilidade relacionada a situações da vida real. Por sua vez, as tarefas preparatórias são ações selecionadas e direcionadas aos fatores do cliente ou habilidades de desempenho específicas que buscam o envolvimento em situações que simulam uma atividade. Ainda estão entre os tipos de intervenção, os esforços voltados para a promoção da justiça ocupacional e as intervenções grupais. As abordagens utilizadas no tratamento podem estar voltadas para a promoção de saúde, remediação, manutenção da capacidade, compensação e adaptação, bem como a prevenção de incapacidades. Para tanto, os resultados alvo esperados são: melhoria ou aprimoramento no desempenho ocupacional, prevenção, saúde e bem-estar, qualidade de vida, participação, desempenho de papéis e justiça ocupacional (AOTA, 2014).

Optou-se por dividir as intervenções pelos domínios estipulados no documento da AOTA (2014). Neles, estão incluídos os tipos de intervenção e as abordagens de cada estudo. Sendo assim, surgiram os seguintes temas: ocupações, contextos e ambiente, habilidades e padrões de desempenho, e fatores do cliente. As temáticas serão apresentadas separadamente e os resultados alvo alcançados serão discutidos em cada categoria.

Na discussão dos níveis de evidência e graus de recomendação das evidências científicas também foram adotadas a classificação de Medeiros e Stein (2002), conforme já citado na introdução do processo avaliativo terapêutico ocupacional.

### 5.4.1 Evidências científicas sobre as intervenções voltadas para: OCUPAÇÕES

As ocupações se referem às várias atividades em que as pessoas se envolvem no dia-a-dia, individualmente, no ambiente familiar ou na comunidade. Umas são escolhidas, outras são necessárias para realizar ou esperam que sejam feitas (ISOS, 2015). No campo da Terapia Ocupacional, as ocupações englobam as atividades de vida diária e instrumentais de vida diária (AVD e AIVD, respectivamente), trabalho ou voluntariado, lazer, brincar, participação social, educação, descanso e sono (AOTA, 2014). Segundo o documento da AOTA (2014, s-6), as ocupações "ocorrem em um contexto e são influenciadas pela interação entre fatores do cliente, habilidades e padrões de desempenho".

Participar e engajar-se nessas ocupações irá determinar o senso de competência, as habilidades e potencialidades das pessoas (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001), bem como favorecer a formação da identidade e da redes de relacionamento entre os sujeitos. Esse

envolvimento pode variar nos diferentes momentos da vida, mas é vital para a expressão de quem é a pessoa (AOTA, 2014). Mesmo com o avançar da idade, as pessoas se esforçam para se manter em ocupações de forma satisfatória, pois são importantes para a manutenção do bem-estar físico e mental (SALLES; MATSUKURA, 2015).

O terapeuta ocupacional – com sua competência para avaliar a relação dos declínios cognitivos/alterações comportamentais e sua limitação na participação social – planeja intervenções que possam favorecer o desempenho ocupacional (KATZ; BAUM; MAEIR, 2014).

Aqui, serão apresentadas as intervenções voltadas para as ocupações, ou seja, aquelas em que a meta principal é maximizar a participação do idoso em ocupações. Apesar de vários artigos desta pesquisa buscar o ganho funcional na vida cotidiana, os artigos aqui apresentados serão aqueles em que as ocupações são utilizadas como meio e fim do processo terapêutico ocupacional.

No levantamento bibliográfico, foram encontrados 04 artigos que tinham como o foco central verificar se o tratamento por meio de ocupações favorecia o engajamento dos idosos com DA em diferentes atividades do cotidiano (estudos nº 06, 08, 46, 51) (quadro 11). Três artigos apresentam nível 04 de evidência científica, ou seja, na análise dos resultados as evidências são mínimas ou insuficientes, não sendo recomendada a generalização dos desfechos (MEDEIROS, STEIN, 2002). Um artigo (estudo nº 51) adotou como estratégia metodológica a pesquisa qualitativa. Na medicina baseada em evidências, esse desenho de pesquisa não é analisado quanto aos graus de recomendação, mas é inquestionável a importância das pesquisas qualitativas na comunidade científica, pois elas permitem a compreensão dos fenômenos e como eles impactam na vida das pessoas (TURATO, 2005).

Quadro 11 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas às ocupações (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | BALDELLI et al. (2007a) | Relatar os resultados de um programa de TO em um grupo de pacientes com demência de moderada a severa atendidos em um centro dia. | Tipo de estudo: Descritivo longitudinal.<br><br>Participantes: 26 idosos com demência (DA e DV).<br><br>Frequência: 5x na semana. 2 horas cada sessão por 1 ano.<br><br>Medidas de resultado: MEEM, Índice de Barthel, Tinetti Scale, NPI.<br>As avaliações foram feitas no início, 6 meses e 12 meses após a intervenção. | Cozinhar, jardinagem, colorir e desenhar e atividades físicas | 1) Com o passar do tempo, O MEEM, índice de Barthel e Tinetti Index foram piorando, mas sem ser um declínio significativo estatisticamente.<br><br>2) NPI mostrou uma adequação comportamental quando desempenhava as AVD e mais fácil gerenciamento do comportamento e menor agitação, melhoria estatisticamente significativa.<br><br>3) Sugere-se que a TO é um método válido para o tratamento de pacientes com demência severa. | Não foram apresentadas limitações |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; NPI: Neuropsychiatric Inventory COPM: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional; MBI: Índice de Barthel Modificada, QoL-AD: Quality of Life - Alzheimer's Disease Measure; LOTCA-G: Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment – Geriatric.

Quadro 11 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas às ocupações (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 08 | BALDELLI et al. (2007b) | Avaliar a eficácia da Terapia Ocupacional na recuperação/fortalecimento das capacidades residuais de um grupo de pacientes com demência severa. | Tipo de estudo: Descritivo longitudinal.<br><br>Participantes: 34 pacientes com demência.<br><br>20 com DA e 14 com demência vascular.<br><br>Frequência: 5x na semana. Sessões de 1 hora. 8 semanas.<br><br>Medida de resultado: RBEB | Treino repetitivo das atividades que tinham maiores dificuldades, tais como, lavar-se, higiene pessoal (combinando cabelo e lavar-se), vestir, uso sanitário e comer.<br><br>Outras atividades também eram realizadas. | 1) Pacientes com DA e DV não apresentaram diferenças significativas em relação a gênero, idade e anos de escolaridade.<br><br>2) Todos pacientes aumentaram em todas as áreas que estavam prejudicadas, mas em lavar, uso de sanitário e vestir, o aumento foi estatisticamente significativo.<br><br>3) É possível e torna-se importante recuperar as capacidades residuais utilizando programas de TO para garantir o auto nível de autonomia possível. Nesse caminho, é possível aumento da qualidade de vida dos pacientes e cuidadores. | Não foram apresentadas limitações |

RBEB: Ronchi Brief Evaluation Battery

Quadro 11 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas às ocupações (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46 | CIRO, 2013 | Descrever se o tratamento terapêutico ocupacional levou ao aumento de independência para as atividades diárias. | Tipo de estudo: Estudo de caso.<br><br>Participantes: Idosa com DA leve residente em uma ILPI.<br><br>Ela dicas cognitivas moderadas e assistência física no autocuidado, transferência e deambulação.<br><br>Requer máximo de dicas cognitivas e assistência física para tarefas de gerenciamento da casa como cozinhar e limpar.<br><br>A cuidadora (sobrinha) precisa pagar as contas da idosa.<br><br>A paciente encontra-se depressiva com vontade de retornar para casa.<br><br>Frequência: não são citadas no artigo. Medidas de resultado: não são citados | Demandas da atividade: Estruturação da rotina e simplificação das tarefas.<br><br>As tarefas eram desempenhadas em um ambiente simulado e controlado.<br><br>Ambiente social para diminuir a demanda da atividade: supervisão e dicas da cuidadora durante a realização das atividades, evitando que haja erros durante o desempenho (aprendizagem sem erro) | 1) Houve melhoria na independência, relatada pela cuidadora.<br><br>2)A idosa ajuda em pequenas tarefas durante a atividade de cozinhar. Faz comidas leves e fáceis de preparar.<br><br>3) A rotina de atividades foi organizada para o período da manhã e a paciente realiza o autocuidado e tricô.<br><br>4) O monitoramento das tarefas e antecipação dos erros previne, em parte, o desempenho das atividades com excesso de erros.<br><br>5) Quando os erros ocorrem, a assistência verbal ou física é dada para a paciente desempenhar corretamente a tarefa. | Não foram apresentadas limitações. |

Quadro 11 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas às ocupações (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 51 | LINDQVIST; NYGARD; BORELL, 2013 | Descrever como as pessoas no estágio inicial da doença de Alzheimer tornam-se usuários da TA em suas vidas diárias e o que o uso significa para esses usuários e, quando relevante, para as outras pessoas (cuidadores) | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.<br>Participantes: 10 pessoas.<br>Observação de idosos e cuidadores.<br>Frequência: O número de visitas domiciliares variou entre 1 e 7, por 6 meses.<br>A entrevista, antes de dar a TA, era para identificar a TA adequada.<br>A entrevista após dada a TA era focado na experiência do participante e do cuidador sobre as reflexões do produto assistivo.<br><br>Medidas de resultado: entrevistas semiestruturadas baseados na OARS, OMFAQ baseado na CAPM e COPM. | Observação do uso da tecnologia assistiva (TA) durante as atividades domiciliares. | 1) Tomar a decisão em usar a TA como um suporte/auxílio: Se a atividade for de alto valor e necessário para a participação, começava seu uso. O valor percebido e a importância de uma atividade pode mudar.<br>2) Fazer ajustes para incluir a TA na rotina diária: o processo de se tornar usuário é lento.<br>3) Confiar na TA: Essa decisão é baseada principalmente se o produto funciona como o esperado. Resistência em confiar deriva da falha do conhecimento do produto em diferentes situações.<br>4) Percepção de aumento de capacidade quando usava a TA: se isso acontecesse, tornava-se usuário. Estavam no controle e suas preocupações tinham sido removidas.<br>5) Benefícios no uso: mais autonomia, menor estresse, mais calmo, mais sociável, menor preocupação, coragem e ousadia.<br>6) Os cuidadores com atitudes positivas para a TA tiveram influência positiva no processo de tornar-se um usuário.<br>7) A TA pode afetar positivamente quando o usuário é capaz de identificar as dificuldades e necessidades, além de ser motivado a fazer mudanças para superar sua capacidade. | Essa amostra não pode ser generalizada, pois todos pacientes já queriam a TA.<br><br>Os pesquisadores estavam envolvidos na intervenção. |

OARS: Older Americans Resources and Services; OMFAQ: Multidimensional Functional Assessment Questionaire do OARS; CAMP (A): Comprehensive Assessment of Perspective Memory; COPM: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional.

Fonte: A autora, 2016.

O estudo de Ciro (2013) (estudo nº46) foi realizado com uma idosa em estágio inicial da doença. As atividades domésticas eram desempenhadas em um ambiente controlado com o intuito de que os aprendizados fossem generalizados para a situação de vida real da idosa. A técnica utilizada foi de aprendizagem sem erro durante a realização da atividade de culinária, autocuidado e limpeza da casa. Após intervenção, a idosa retomou parte de seus afazeres domésticos, ajudando na cozinha com o preparo comidas mais simples (saladas). Além disso, a participação no autocuidado aumentou após estruturação da rotina.

A técnica de aprendizagem sem erro era adotada tanto no *setting* terapêutico como em casa. A cuidadora monitorava todas as ocupações selecionadas no atendimento e prevenia o acontecimento dos erros, para não registrar na memória o aprendizado com os erros. Trata-se de um estudo de caso e não foram relatados o período e tempo de intervenção para que, mesmo parcialmente, a idosa pudesse se reengajar nas ocupações.

Nos estudos descritivos longitudinais de Baldelli et al. (2007a, 2007b) (estudos nº 06 e 08, respectivamente), a eficácia da intervenção terapêutica ocupacional foi direcionada aos idosos na fase moderada a severa da doença. No estudo nº 08, por oito semanas, os idosos realizavam o treino repetitivo de atividades de autocuidado e domésticas. O treino esteve associado a aumento na participação das seguintes atividades de vida diária básicas: lavar-se, uso de vaso sanitário e vestir. Não houve aumento significativo para a participação em atividades domésticas. Já no estudo nº 06, o treino era voltado para as atividades físicas, de lazer e cozinhar (AIVD) e apresentou melhorias nos sintomas comportamentais, mas sem repercussões no engajamento em ocupações.

Estes estudos não apresentam pesquisas de alto nível de evidências para guiar as práticas de terapeutas ocupacionais durante o processo de intervenção. A maioria dos estudos utilizou técnicas que não há comprovação quanto à perpetuação dos benefícios adquiridos durante o treino ou aprendizagem sem erro.

Por fim, a pesquisa qualitativa de Lindqvist, Nygard e Borell (2013) (estudo nº 51), por meio de visitas domiciliares periódicas, tinha o objetivo de acompanhar como os idosos com Alzheimer (fase inicial) se tornavam usuários de produtos assistivos durante a execução das atividades de vida diária. O uso dos dispositivos da tecnologia assistiva esteve associado à percepção do aumento de capacidade funcional, maior autonomia para executar as atividades, maior senso de controle e competência durante as atividades do cotidiano domiciliar. Foram relatados também momentos de resistência para tornar-se usuário pela falta de conhecimento sobre o funcionamento do produto.

A Terapia Ocupacional, tradicionalmente, atua na área da tecnologia assistiva em sua prática profissional, mas pouca ênfase tem sido direcionada ao uso de produtos assistivos em idosos com déficits cognitivos (MAO et al., 2014). O estudo de Nochajski, Tomita e Mann (1996), mostrou que pessoas com melhor nível cognitivo eram mais prováveis de usar os dispositivos assistivos e expressar satisfação com seu uso. Os desafios com o aprendizado de novas habilidades e o declínio progressivo da doença influenciavam no uso contínuo e apropriado dos produtos para auxílio cognitivo ou físico.

A literatura aponta frequente recusa ou desuso desses dispositivos nos estudos existentes com idosos com demência de Alzheimer (HELLEN; PADILLA, 2012), mas quando o usuário em potencial é capaz de identificar suas dificuldades e necessidades, ele torna-se capaz de se manter motivado e tenta superar essa resistência (LINDQVIST, NYGARD E BORELL, 2013).

Hellen e Padilla (2012) alertam que o uso impróprio dos dispositivos pode afetar a segurança do idoso. Assim, cuidadores, profissionais de saúde e usuários, para garantir o sucesso no envolvimento em ocupações, devem estar atentos às formas de utilização dos recursos para identificar a necessidade de adaptações, ajustes e treino. Compreender melhor as barreiras e os facilitadores para o idoso se tornar um usuário de produtos assistivos é fundamental para a adesão e eficácia da prescrição/intervenção.

A pesquisa de Lindqvist, Nygard e Borell (2013) (estudo nº 51) analisou idosos que já tinham interesse em usar os produtos assistivos, o que se torna um viés para a pesquisa, pois o interesse prévio em usar já contribui para o processo de tornar-se usuário. Acresce a isso que a pesquisa não especificou os produtos assistivos que foram disponibilizados. Na revisão de Letts et al. (2011), os produtos de auxílio à cognição levam à maior satisfação do que os direcionados à execução das atividades de vida diária básica, apesar desses últimos serem mais prescritos que os primeiros.

Além disso, os resultados do estudo revisado se aplicam aos idosos em estágio inicial da DA. Nessa fase, eles se beneficiam dessas estratégias, pois ainda possuem uma capacidade residual de novos aprendizados. Os idosos tem a capacidade de lidar com essas estratégias compensatórias, preservando sua função por mais tempo e diminuindo o impacto da demência na rotina diária (SOARES; SOARES; CAIXETA, 2012).

O que se espera, com a progressão da doença, é que essas tecnologias sejam abandonadas, seja pela diminuição das habilidades necessárias para a utilização do produto ou por não as considerarem mais úteis (COSTA et al, 2015). Nesse momento, novos dispositivos

podem ser necessários para o engajamento nas ocupações. Mesmo assim, independente do tempo em que se consegue prolongar a autonomia e independência desses idosos, a indicação de produtos assistivos é uma abordagem que pode contribuir para o aumento ou manutenção da capacidade funcional remanescente. No entanto, são necessárias mais pesquisas direcionadas ao uso e efetividade dos produtos assistivos em pessoas com demência.

Além disso, não foram encontradas intervenções voltadas para promover a participação social dos idosos utilizando como recurso a execução de atividades de lazer, educação, trabalho ou voluntariado. Alguns artigos presentes nos resultados são voltados para o uso da música, quebra-cabeças, jogos e outras atividades recreativas, mas como a ênfase desses trabalhos, em sua maioria, se voltava para habilidades de desempenho, eles são, por isso, apresentados na Seção "5.4.3: Evidências científicas sobre as intervenções voltadas para: habilidades e padrões de desempenho". Outros utilizaram as ocupações em ambientes e contextos modificados e, por isso, são apresentados na Seção "5.4.2 Evidências científicas sobre as intervenções voltadas para: contextos e ambientes".

Outro tema não abordado nestes artigos analisados se refere ao impacto que essas intervenções voltadas para ocupações têm na vida de seus cuidadores. Uma vez que as pesquisas apresentam benefícios no engajamento em ocupações, espera-se que os cuidados oferecidos por familiares ou cuidadores formais sejam reduzidos. É necessário olhar para os cuidadores a fim de superar a atual ausência de suporte para essas pessoas que também precisam de cuidados.

Nas experiências atuais publicadas da Terapia Ocupacional com idosos com DA, verifica-se que os artigos de intervenção que utilizam o treinamento direto do cliente nas ocupações precisam ser aprofundados, pois os trabalhos apresentam falhas metodológicas que impossibilitam que os dados sejam utilizados na prática clínica.

### 5.4.2. Evidências científicas sobre as intervenções voltadas para: CONTEXTOS E AMBIENTES

As atividades desempenhadas no cotidiano não podem ser compreendidas fora de um contexto e ambiente. No campo da gerontologia, o ambiente é um dos fatores que facilita ou

limita a funcionalidade do idoso e sua participação em ocupações que lhes são significativas (CASSIANO, 2008; MARTINEZ, EMMEL, 2013).

Na literatura, em geral, muitos autores consideram os termos "ambiente" e "contexto" como sinônimos. Na área da Terapia Ocupacional, o desempenho ocupacional ocorre dentro de um ambiente físico e social situado em um contexto. O ambiente físico inclui aspectos construídos e naturais e os objetos nele presentes, tais como edifícios, mobiliários, terrenos, ferramentas e plantas (BROWN, 2011). O ambiente social é constituído de relações interpessoais com os quais a pessoa tem contato mais próximo (no caso do idoso com Alzheimer: o cuidador primário, familiares e amigos) e até as relações com os sistemas (político, jurídico, econômico) que influenciam o cotidiano social (AOTA, 2014).

Por sua vez, o "contexto" se refere a diferentes condições que permeiam a vida da pessoa e a influencia. Os contextos são divididos em cultural, pessoal, temporal e virtual (AOTA, 2014). O contexto cultural envolve os costumes, crenças, experiências compartilhadas e hábitos, influenciando nas atividades que são desempenhadas em uma determinada sociedade. O contexto pessoal se refere às características da pessoa, como idade, gênero, nível educacional, participação em um grupo da sociedade; o contexto temporal inclui aspectos como o ritmo da tarefa, tempo, hora do dia ou ano, de acordo com os estágios da vida e ocupações em que se engajam. Por sua vez, o contexto virtual inclui a comunicação que acontece sem contato físico, por meio de tecnologias como computadores, telefones, *smartphones*, e-mail, videoconferência e outros ambientes simulados (AOTA, 2014).

Verifica-se, assim, um conjunto de dimensões que contribuem para a formação de pensamentos, valores e ações (MERIANO; LATELLA, 2007) e que podem influenciar direta ou indiretamente a capacidade funcional de um idoso. Quando se refere ao idoso com demência de Alzheimer, há exigência ainda maior de um ambiente acessível e adaptado para receber essa pessoa que possui necessidades peculiares ao próprio envelhecimento associado a questões referentes à sua condição de saúde.

Na abordagem ao idoso com Alzheimer ou outros tipos de demência, as intervenções contextuais ou ambientais incluem as modificações no ambiente, educação ou programas de treinamento ao cuidador e acesso aos recursos da comunidade (SCHABER; LIEBERMAN, 2010).

Nesta pesquisa, foram revisados nove artigos relacionados a intervenções com contextos e ambientes (quadro 12). Somente dois artigos da literatura brasileira foi identificado nessa busca. A metodologia adotada nos artigos nacional impede comparações desse estudo

com as intervenções realizadas no exterior. Trata-se de estudos de caso, ou seja, representa nível 4 de evidência científica, não podendo concluir sobre os benefícios e riscos adotados no procedimento e não se recomenda a generalização dos dados (MEDEIROS, STEIN, 2002). Os artigos publicados internacionalmente possuem maior rigor científico na condução das pesquisas. Estes são voltados para a educação/treinamento ao cuidador e modificações ambientais.

No estudo de revisão, não foram encontrados artigos que focam em intervenções para acesso aos recursos da comunidade. Alguns artigos possuem como objetivo investigar (e não intervir) como se dá o acesso de idosos com Alzheimer aos serviços da comunidade e eles foram apresentados previamente no subcapítulo "5.2.3. Evidências científicas sobre a avaliação da Terapia Ocupacional: Acesso aos recursos da comunidade"

Dos que aqui se apresentam, três artigos (estudo nº 03, 26, 28) utilizam as modificações ambientais e orientação aos cuidadores como recursos para a intervenção. Os demais artigos são voltados para as modificações ambientais (estudos de nº 39, 12, 23) ou para educação/ programas de treinamento ao cuidador (estudos de nº 17, 22, 52).

Quadro 12 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a contextos e ambientes (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 03 | GRAFF et al, 2007 | Verificar se a intervenção terapêutica ocupacional melhora o humor, qualidade de vida, status de saúde e senso e controle sobre a vida desses pacientes e seus cuidadores informais. | Tipo de estudo:<br>Ensaio Clínico Randomizado.<br><br>Participantes:<br>135 díades.<br>No follow-up:<br>105 díades.<br><br>Idosos com 65 anos ou mais, com demência leve a moderada.<br>Grupo intervenção: TO.<br>Grupo controle: sem TO.<br>Pacientes e cuidadores foram avaliados no início, 6 semanas e 12 semanas (follow-up com pacientes), sessões de TO de 1 hora de duração.<br><br>Medidas de resultado: COPM, OPHI-II, DQoL, GHQ-12, CSD, CES-D, Mastery Scale | Modificações ambientais usadas para adaptar as AVD.<br><br>Intervenções cognitivas e comportamentais para treinar o paciente com uso de estratégias compensatórias,<br><br>Orientação aos cuidadores sobre a supervisão e estratégias de enfrentamento diante de problemas comportamentais. | 1) Na avaliação na 6ª semana, todos os escores diferiam significativamente entre o grupo intervenção e o grupo controle.<br>2) Pacientes e cuidadores que receberam TO melhoraram significativa se comparado ao início do tratamento no que se refere à qualidade de vida no geral (exceção para afeto negativo em cuidadores que não teve diferença), estado de saúde e humor.<br>3) No follow-up, os resultados do grupo intervenção permanecem melhores que do grupo controle.<br>4) Os cuidadores do grupo de intervenção relatam senso de controle sobre suas vidas na 12ª semana do que no início do estudo.<br>5) O estudo sugere forte associação entre o funcionamento diário do paciente, humor e qualidade de vida no senso de controle dos cuidadores sobre a vida.<br>6) Treinar os cuidadores na supervisão e dar um apoio individualizado é essencial para o processo de intervenção terapêutico ocupacional. | Não é possível conduzir um estudo duplo-cego porque os pacientes e seus cuidadores sabem o tipo de tratamento que eles estão recebendo (amostra por conveniência).<br><br>Como os recrutamentos foram feitos em locais ligados a universidade, a amostra pode não ser representativa de todos os tipos de paciente da região. |

COPM: Canadian Occupational Performance Measure; OPHI-II: Occupational Performance History Interview – II; DQoL: Dementia Quality of Life Instrument; GHQ-12: General Health Questionnaire; CSD: Cornnel Scale for Depression; CES-D: Center for Epidemiologic Depression Scale.

Quadro 12 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a contextos e ambientes (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | GRAFF et al, 2008 | Avaliar o custo-efetividade de um serviço de terapia ocupacional na comunidade comparado aos cuidados usuais para idosos com demência e seus cuidadores. | Tipo de estudo: Ensaio Clínico Randomizado.<br><br>Participantes: 132 díades. Idosos com 65 anos ou mais, com demência leve a moderada.<br><br>Grupo intervenção: 10 sessões (1 hora) de TO em casa por 5 semanas (9x em casa e 1x na avaliação na clínica).<br>Grupo controle: sem TO.<br><br>Na avaliação dos 3 meses, participaram 53 do grupo intervenção e 52 pacientes do controle.<br>Idosos acima de 65 nos, com DA leve a moderada, morando em casa e com o cuidador estando presente acima de 1x por semana.<br>Medidas de resultado: CIRS-G, RMBPC, AMPS, IDDD, Escala de Depressão de Cornell SCQ, CES-D | No grupo intervenção: Modificações ambientais usadas para adaptar as AVD. Intervenções cognitivas e comportamentais para treinar o paciente com uso de estratégias compensatórias, além de ensinar aos cuidadores sobre a supervisão e estratégias de enfrentamento diante de problemas comportamentais.<br><br>Para verificar o custo-efetividade: cuidador anotava em diário todos os custos gastos com fisioterapia, serviço social, médico e outros. Além disso, anotava os custos com os serviços usados pelo próprio cuidador, além das horas de cuidados dispensadas ao dementado. | 1) O "sucesso do tratamento" foi uma medida de resultado para análise do custo (Os pacientes tinham melhor qualidade de vida, estado de saúde, humor e os cuidadores tinham melhor senso de controle sobre suas vidas).<br><br>2) O custo para visita a médicos e hospitais foram iguais nos grupos. Os custos com cuidados domiciliares, serviço social, fisioterapia, utilização de centro-dia e entrega de refeições foram todos mais baixos no grupo de intervenção, bem como admissão hospitalar e em instituições asilares.<br><br>3) A avaliação econômica mostrou uma média de economia de 1.748 euros por díade do grupo intervenção, no período de 3 meses. | Não ter usado uma medida de qualidade de vida que pudesse ser computada.<br><br>Não ter comparado a outros tipos de tratamento.<br><br>Os participantes podem não ser representativos de todos os pacientes com leve ou moderada demência, pois os recrutamos somente de hospitais universitários. |

CIRS-G: Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics; RMBPC: Revised Memory and Behavioural Problems Checklist; AMPS: Assessment of Motor and Process Skills Process Scale; IDDD: Interview of Deterioration in Daily Activities in Dementia, SCQ: Sense of Competence Questionnaire; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

Quadro 12 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a contextos e ambientes (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | CHIU et al, 2009 | Explorar a confiabilidade e usabilidade de um serviço de suporte ao cuidador baseado na internet (ICSS) e avaliar o efeito da participação dos cuidadores chineses-canadenses familiares no ICSS no âmbito da saúde.<br><br>Hipótese: o programa diminui a sobrecarga do cuidador se comparado pré e pós intervenção. | Tipo de estudo:<br>Para usabilidade e adesão ao programa foi feito um estudo descritivo longitudinal<br><br>Follow-up com pesquisa qualitativa (entrevistas em profundidade).<br><br>Participantes: 28 cuidadores chineses que moram por mais de 10 anos no Canadá e fluência em chinês<br><br>Para avaliar usabilidade, usaram 3 cuidadores.<br>Para follow-up, entrevistaram 10 cuidadores.<br><br>Medidas de resultado: BSFC, RMBPC, CES-D Self Rated Health, MSPSS, PAC, OARS CCS | Intervenção: mostrar o uso do programa online, tirar dúvidas e criar e-mail para comunicação.<br><br>O ICSS tem duas ferramentas de comunicação: um manual de informação sobre a doença, progressão, estratégias de cuidado e uma lista de recursos na comunidade; e um e-mail personalizado de comunicação entre cliente e profissionais de saúde, para compartilhar as preocupações.<br><br>Todas as interfaces foram disponíveis em inglês, chinês simplificado e chinês tradicional. | 1) Usabilidade do ICSS: Chineses preferem conversar em chinês, enviar e-mail em inglês, pois os caracteres chineses são mais difíceis num teclado americano. Para receber a informação, eles preferiam em chinês<br>2) Os grupos foram classificados em não usuários, usuários esporádicos (1 ou 2 x) e usuários frequentes (3 ou mais vezes). Os mais jovens eram os mais frequentes. Os mais velhos tinham melhor percepção de competência para cuidar dos idosos, mas foram associados a menor uso do programa online.<br>3) Pré-intervenção: cuidadores com moderado nível de estresse na relação de cuidados com os problemas manifestados pelo doente, moderado ou severa sobrecarga e outros clinicamente depressivos no início do estudo. Mesmo assim, a percepção do cuidar era positiva.<br>4) Os usuários frequentes indicaram baixa percepção de sobrecarga nos cuidados a parentes com DA, no pós-intervenção.<br>5) Percepção sobre o cuidado é cultural.<br>6) Baixa adesão por esquecimento do login e senha. Média adesão: Algumas dicas não eram novidade, mas reforçavam as decisões dos cuidadores. Para aliviar estresse: expressavam por e-mail do que pessoalmente. | Amostra de conveniência.<br><br>Suporte não é voltado para os cuidadores que não falam mandarim<br><br>Não foi feita análise do conteúdos dos e-mails. |

Todas as avaliações eram na versão chinesa. BSFC: The 28-item Burden Scale for Family Caregivers; RMBPC: Revised Memoruy and Behavior Problems Checklist; CES-D Center for Epidemiological Studies- Depression; MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support; PAC: Positive Aspects of caregiving. OARS: Multidimensional Funcional Assessment Questionnaire. CCS: Caregiver Competence Scale

Quadro 12 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a contextos e ambientes (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | DONOVAN; CORCORAN 2010 | Descrever como os cuidadores (que passaram por um programa de treinamento sobre cuidados) agem, pensam e conduzem seus cuidados. | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 15 cuidadores informais, em que 73,3% dos idosos possuíam DA.<br><br>Os cuidadores participavam de uma pesquisa de intervenção da TO que ensinava sobre estilo de cuidar, pensamentos, processos de ações ao oferecer os cuidados diários para pessoas no estágio moderado a severo da doença.<br><br>Medidas de resultado: Abordagem fenomenológica | Realizaram 3 entrevista, no período de 6 semanas, para verificar como eram os cuidados dispensados a familiares dementados | 1) Engajam-se em comportamentos positivos, como simplificar a rotina diária e fazer as coisas organizadas e sistemáticas.<br>2) Os cuidadores comem corretamente, fazem exercícios ou descansam, buscam por hobbies e interesses aparecem como benefícios para cuidar de si e assegurar energia para si e para o DA.<br>3) Se engajam ativamente com família, colegas de trabalho e cuidadores formais<br>4) O apoio nos rituais de fé e comunidades religiosas; meditação, músicas ou ficar sozinho fazem manter positivos e isso influencia no cuidado dispensado ao familiar.<br>5) Outros continuavam conversando com seus esposos(as), pois aprenderam que, mesmo que a forma de se comunicar esteja diferente ou requeira muitos esforços, é uma forma de manter o contato com o ente.<br>6) A perspectiva positiva é auxiliada pelo uso do humor e promoção de um senso de humor para o DA.<br>7) Essa tentativa ativa de sustentar uma atitude positiva parece estar relacionada ao compromisso com o casamento, apesar da personalidade e comportamento do DA ter mudado significativamente. Outros relatam que o relacionamento ficou mais próximo e mais forte após o início da doença.<br>8) Os cuidadores se beneficiaram do programa de intervenção da TO para treinar sobre as ações do cuidar de forma positiva. | Usou dados secundários, não relatando como era a participação desses cuidadores na pesquisa anterior.<br><br>Não tem diversidade racial no grupo analisado. |

Quadro 12 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a contextos e ambientes (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | DE OLIVEIRA ASSIS et al., 2010 | Testar a eficácia dos recursos de auxílio externo.<br><br>Desenvolver tecnologias simples e de baixo custo que podem ajudar aos profissionais de saúde na avaliação e reabilitação de idosos com demência.<br><br>Avaliar a adequação e utilidade dos recursos por um grupo de profissionais terapeutas ocupacionais. | Tipo de estudo: Estudo de caso.<br><br>Participantes:<br>Para testar a efiácia do produto: 1 idoso com DA e sua cuidadora.<br><br>Para avaliação dos recursos: 07 terapeutas ocupacionais especialistas em gerontologia.<br><br>A análise dos dados foi do tipo descritiva, mas foram considerados dados qualitativos advindos das falas.<br><br>Frequência: 2x na semana, sendo um atendimento no consultório e um domiciliar. Sessões de 50 minutos, durante 4 meses.<br><br>Medidas de resultado: MEEM, Teste de Fluência Verbal, Teste do Relógio, KI-ADL | Modificação ambiental: calendário e placas de identificação dos cômodos .<br><br>Modificação das atividades: Prancha de atividades e organizador de rotinas.<br><br>Para treino dos domínios cognitivos: mesa de atividades para treino dos domínios cognitivos (identificação de figuras, memorização, categorização, cálculo, sequência lógica) e *Software Geriatric* (com exercícios para orientação da realidade, informações sobre o paciente, graduadas por níveis de dificuldade).<br><br>Em cada atendimento tinha que usar no mínimo dois recursos.<br><br>No domicílio: jogo de cartas e culinária | 1) Na avaliação do tratamento do idoso: As modificações ambientais levaram a um aumento de 2 pontos no MEEM (de 20 para 22) no aspecto orientação temporal e há relatos da cuidadora sobre melhoria em relação a tempo e espaço. No TFV (de 7 para 11), a cuidadora afirma que o idoso está mais comunicativo e capaz de estabelecer e manter uma conversa.<br>2) Sobre as modificações das atividades: não houve mudança no índice de Katz. Mesmo assim, a esposa relata melhorias qualitativas nas atividades de banho, uso do vaso sanitário e continência. Melhorou em termos de iniciativa e agilidade para desempenhar as tarefas.<br>3) Houve declínio do comportamento agressivo (física e verbalmente).<br>4) Na avaliação dos recursos: TO apontam o softwares como útil, com capacidade de adaptar e motivar o interesse do paciente. Apontam que o computador é uma ferramenta, mas não substitui a presença do profissional.<br>5) A mesa de atividades foi considerada útil/muito útil e fácil de usar. A aparência atrativa foi apontada como o fator que poderia estimular o interesse do paciente no aumento da aceitação da atividade<br>6) Melhorias dos recursos: estão voltadas para o tipo de material e para o transporte. | Não incluiu as medidas de satisfação do idoso e de sobrecarga do cuidador.<br><br>Não fez o desenho experimental.<br><br>Por ser estudo de caso, os dados não podem ser generalizados. |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; KI-ADL: Índice de Katz

Quadro 12 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a contextos e ambientes (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 | CUNHA et al., 2011 | Descrever os resultados da intervenção domiciliar de Terapia Ocupacional associado ao tratamento medicamentoso, em um idoso com DA em fase avançada. | Tipo de estudo:<br>Estudo de caso.<br><br>Participante: Díade.<br>1 idoso com DA em estágio severo e sua cuidadora.<br><br>Medidas de resultado: Com o idoso: MEEM, Teste de fluencia verbal, Teste do relógio<br><br>Com a cuidadora: KI-ADL, COPM, Time Diary | Modificação ambiental: retirada de distratores como espelho, barulho da TV, exccesso de utensilios durante as refeições. Organização do ambiente.<br><br>Ténicas de estimulação cognitiva: Terapia de Orientação para a Realidade e Terapia de reminiscência<br><br>Intervenções voltadas para área de ocupação: caminhadas e dança senior para controle de perambulações e alterações do sono.<br><br>Educação ao cuidador: orientação da esposa.<br><br>Frequência: 3x na semana, por 8 meses. Sessões de 1 hora. Reavaliação trimestral (3 momentos durante a intervenção) | 1) Aumento sustentado no MEEM (contrário a literatura), relógio (discreta melhora) e fluência verbal (ganho importante).<br><br>2) O estudo não tinha como objetivo investigar se houve manutenção dos ganhos em relação à funcionalidade, mas foi relatado que permaneceu por 5 meses após a intervenção. Isso pode ser justificado pelo treino das habilidades e pelo estímulo da cuidadora.<br><br>3) A TO e a terapia medicamentosa promove efeitos satisfatórios em pacientes com DA avançada, proporcionando impacto positivo sobre o cuidador, reduzindo a dependência funcional do paciente e promovendo a estabilização temporaria da doença, apesar do caráter progressivo da mesma. | Ser estudo de caso. A generalização dos dados não pode ocorrer. |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; KI-ADL: Ìndice de Katz – AVD; COPM: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional.

Quadro 12 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a contextos e ambientes (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | VOIGT-RADLOFF et al., 2011 | Comparar os beneficios e prejuízos do programa de 10 sessões de Terapia Ocupacional comunitária (COTID) em pacientes holandeses com DA e o impacto de uma sessão de consulta em casas de saúde alemãs (COTC). | Tipo de estudo: Ensaio clinico randomizado<br><br>Participantes: 104 idosos e seus cuidadores.<br><br>Grupo intervenção: 54 díades<br><br>Grupo Controle: 50 díades<br><br>Recrutados de: sete centros<br><br>Avaliadores alocados às cegas para os resultados primários.<br><br>Medidas de resultado: IDDD; PRPP, SF-12, Dementia Quality of Life Instrument, videos. | Grupo Intervenção (na Holanda): adaptação, simplificação, Educação do cuidador pelas estratégias de resolução de problemas e enfrentamento, modificações do ambiente. Frequência: 1x, sessões de 1 hora, por 5 semanas.<br><br>Grupo controle (na Alemanha): uma hora de consultoria com um folheto de 1 página. Frequência: 1x por 30 minutos.<br><br>Follow-up: reavaliações na 6ª, 16ª, 26ª e 52ª semanas | 1) O funcionamento diário dos pacientes não apresentou mudanças significativas ao longo das 26 semanas, em nenhum dos dois grupos. Ou seja, o COTID não aumentou a funcionalidade do paciente.<br><br>2) Não houve benefício maior do COTID se comparado ao COTC.<br><br>3) Em ambos os grupos, a necessidade de auxilio para AVD e AIVD permaneceu estável por 6 meses após o início da pesquisa<br><br>4) Para os resultados secundários, nenhuma diferença significativa foi apontada para qualidade de vida, humor, inciativa do paciente para realizar as AVD, senso de competência do cuidador, horas diárias de cuidados e local de residência do cuidador.<br><br>5) Não houve eventos adversos associados às intervenções dos 2 grupos. | Pequeno tamanho da amostra que limita a validade dos resultados.<br><br>Comparação entre duas culturas diferentes. Usou na Alemanha o material que foi produzido pela Holanda. |

IDDD: Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia; PRPP: Perceived Recall, Plan, Perform System of Task Analysis; SF-12: Short Form Health Status.

Quadro 12 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a contextos e ambientes (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 39 | PIERSOL; EARLAND; HERGE., 2012 | Orientar sobre estratégias para os cuidadores ao lidar com a pessoa com Alzheimer, mostrando as mudanças no ambiente físico e social que levam à diminuição dos distúrbios de comportamento. | Tipo de estudo: Estudo de caso.<br><br>Participante: Cuidadora, 50 anos, filha de uma idosa com DA.<br><br>A idosa apresenta alteração de comportamento após o retorno da hospitalização que teve por conta de uma queda, que quebrou o braço, torceu a lombar.<br><br>Paciente agressiva e resistente a realizar as atividades<br><br>Medidas de resultado: Baseadas nos relatos da cuidadora. | Modificações no ambiente social:<br><br>Formas para conduzir a comunicação (uso de frases curtas, dicas em voz mais lenta de forma espaçada, uso de frases de encorajamento, usar tom de voz calmo e respirar fundo antes de responder a mãe, contato olho a olho, tocar a mãe, falar mais próximo), , dar dicas e mostrar como fazer.<br><br>Estruturação da rotina, uso de produtos assistivos | 1) Foram identificados alguns antecedentes estressores no início do estudo: a cuidadora dava muitas dicas para realizar as atividades, falava muito o tempo todo, apressava sua mãe para tomar banho, pois tinha que levar ao centro dia, usava tom ríspido na fala, principalmente ao final de um dia de cuidados.<br><br>2) Após intervenção, essas alterações suavizaram a rotina da manhã. A atividade do banho foi alterada para a noite, o que reduz a demanda para apressá-la para realizar a atividade, pois tem que levá-la ao centro dia. Atualmente, o banho é realizado com a assistência de um equipamento de adaptação (não cita qual).<br><br>3) A paciente apresentava resistência para tomar o café da manhã. Dessa forma, reestruturou a rotina e essa atividade começou a ser feita no centro dia, junto com outros pacientes e sem resistência.<br><br>4) A redução do ambiente estressor (sem muito barulho e falas) levou a um aumento da participação da Sra J na participação das atividades de auto-cuidado.<br><br>5) O cuidado dispensado à idosa tornou-se menos penoso e mais controlável. | Estudo de caso único |

Quadro 12 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a contextos e ambientes (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 52 | WENBORN et al, 2013 | Avaliar a efetividade de um programa de TO para capacitar os staffs dos asilos, com objetivo de torná-los aptos a aumentar a atividade e participação em AVD dos residentes com demência. | Tipo de estudo: Ensaio clínico randomizado.<br><br>Participantes: idosos residentes de 16 asilos.<br><br>Grupo intervenção: 80 idosos recebiam o programa de TO<br><br>Grupo controle: 70 idosos que recebiam os cuidados usuais.<br><br>Acompanhamento por 8 semanas e follow-up foi feito em 4 e 12 semanas após a intervenção.<br><br>Medidas de resultado: QoL-AD, CAPE-BRS, CBS, CSD, Rating Anxiety in Dementia, CDR, Pool Activity Level Checklist | Ações educativas, atendimentos individuais e avaliação do ambiente físico.<br><br>Aulas, grupos de discussões, sendo 2 horas de sessão educacional, para identificar interesses e habilidades dos residentes.<br><br>Colocavam os conhecimentos em prática entre as sessões, onde cada staff ficava responsável por 2 residentes.<br><br>Sessões individuais os staffs, mostrando na prática como tinha que fazer com os residentes.<br><br>Ainda recebiam um manual com conteúdos do programa e exercícios. | 1) A adesão ao programa foi baseada no comparecimento dos staffs nas sessões educativas e de coaching (treinamento) e foi graduada por : pobre (até 69% de comparecimento), justa entre 70 e 84% e boa (acima de 85%). No grupo intervenção, 2 instituições tiveram staffs com adesão pobre, 4 justas e 2 boas. Cada asilo controle foi avaliado no mesmo nivel de comparecimento dos parceiros.<br><br>2) Não houve diferença significativa sobre a adesão dos staffs nos diferentes asilos, nem no período do estudo e nem no follow-up.<br><br>3) Mesmo com o feedback positivo dos staffs, não houve evidências de que o grupo intervenção teve melhorias para aumento de atividade e participação em relação ao controle.<br><br>4)Para os staffs do grupo intervenção, eles relatam que a qualidade de vida dos residentes com DA diminuiu, quando avaliado no follow-up, em relação ao grupo controle. Isso sugere que a intervenção capacita os staffs a ter mais consiciência sobre o comportamento dos residentes e indequações físicas que o levam a classificar a qualidade de vida dessas pessoas como pior ou se realmente o programa de intervenção prejudica a qualidade de vida. | Variabilidade de adesão dos asilos e falta de planejamento do setor administrativo para disponibilizar os staffs no programa.<br><br>Não ter feito com idosos mais severos, o que diminui a capacidade de engajamento e participação social. |

QOL-AD: Quality of Life - Alzheimer's Disease Measure; CAPE-BRS: Clifton Assessment procedures for the elderly – Behaviour Rating Scale; CBS: Challenging Behaviour Scale; CSD: Cornell Scale for Depression in Dementia; CDR: Clinical Dementia Rating Scale - versão Chronic Care.

Fonte: A autora, 2016.

Com enfoque nos estudos voltados para as modificações ambientais, três artigos eram do tipo ensaio clínico randomizado (estudos de nº 03, 12, 28). Nas pesquisas sobre evidências científicas, esse tipo de desenho de estudo aparece como nível 1 de evidência científica, ou seja, são fortes as recomendações para sua utilização na prática clínica (MEDEIROS, STEIN, 2002).

O estudo de Graff e colaboradores (2007) (estudo nº 03) mostram fortes evidências para a implementação de modificações ambientais e programa de orientação ao cuidador, com estreita associação dessas intervenções com a funcionalidade do paciente, humor e qualidade de vida da díade, além de melhor senso de competência entre os cuidadores. Ainda foram observadas reduções na sobrecarga dos cuidadores. O aumento do engajamento em atividades de vida diária e redução da carga do cuidar também são apresentados em outros estudos de menor rigor científico (nível 4 de evidência científica, ou seja, não recomendam generalizar os dados) (estudos nº 26 e 39).

A mesma equipe conduzida pelo pesquisador Graff, em 2008 (estudo nº12), avaliou o custo-efetividade dos grupos de intervenção que receberam o serviço de terapia ocupacional (alterações ambientais e educação aos cuidadores) comparado ao grupo sem intervenção terapêutica ocupacional (controle). Os custos para visita a médicos e hospitais foram equivalentes entre os dois grupos, mas os custos com outros serviços, tais como serviço social, fisioterapia, centro-dia e admissão hospitalar, foram menores no grupo intervenção. A avaliação econômica mostrou que a abordagem adotada tinha melhor custo-efetividade durante os três meses de avaliação, reforçando os benefícios dessas intervenções voltadas para contextos e ambientes.

O estudo de caso de De Oliveira Assis (2010) (estudo nº23) utiliza como modificação ambiental a identificação dos cômodos da casa e calendário para que o paciente possa se orientar no tempo e espaço. Há relatos da cuidadora sobre melhoria nesses aspectos, além de diminuição da sobrecarga e controle do comportamento agressivo.

A literatura aponta que as modificações do ambiente (físico ou social) ocorrem quando há necessidade de reduzir as demandas cognitivas para otimizar o sucesso na realização de atividades. Como exemplo, as gavetas da cozinha podem ser etiquetadas para ajudar na localização dos utensílios (ambiente físico), ou os familiares podem dar dicas ao idoso dementado e otimizar a localização dos objetos (ambiente social) (RADOMSKI; DAVIS, 2013). As modificações simples no ambiente domiciliar podem contribuir para o aumento das

habilidades dos pacientes idosos e reduzir as ocorrências de comportamentos inadequados, bem como diminuir a assistência prestada pelo cuidador, e consequentemente, minimizar o desgaste e sobrecarga dos familiares (THINNES; PADILLA, 2011).

Além disso, podem ser feitas simplificações das etapas das atividades, estruturação de rotinas e sequências de hábitos para resultar em maior participação do idoso na tarefa e promover o senso de competência. Acrescem a isso, a retirada de distratores (televisão ligada, ambiente barulhento e com muita conversa) e organização do espaço como outras modificações que contribuem como facilitadores para o engajamento em ocupações.

No estudo de revisão sistemática de Padilla (2011b), as estratégias compensatórias que demonstraram maior efetividade foram as dicas visuais, sinais com direção, desenhos e rótulos em armários. Alguns produtos assistivos também são utilizados para complementar a realização da tarefa, mas sugere-se cuidado em não modificar drasticamente o ambiente, de modo a não causar confusão ou agitação no paciente (PADILLA, 2011b). Em pacientes que residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), a colocação de fotos nas portas dos quartos – como uma estratégia para o paciente se orientar no espaço – tem produzido a diminuição da ansiedade e agitação (PADILLA, 2011c).

Na estruturação de rotinas e sequências de hábitos, o terapeuta ocupacional analisa o ambiente físico e social para identificar as pistas já existentes e as que precisa criar, realiza a análise das tarefas e a ordem em que irão acontecer, e, por fim, decide junto com o paciente e o familiar quais serão as etapas e sequências utilizadas (ASSIS; ASSIS, CARDOSO, 2013).

Além do planejamento e registro das atividades, são utilizados auxílios externos para que as atividades sejam realizadas. Com a evolução da doença, a estruturação deverá sofrer ajustes tanto nas atividades como nos horários e frequências, além de necessitar de mais alterações do ambiente externo (ASSIS; ASSIS, CARDOSO, 2013). Os auxílios externos utilizados com os pacientes são as agendas, o uso de telefones celulares, a discagem rápida nos telefones, cronômetros, relógios digitais, alarmes sonoros, relógios com alarme, *palm-tops*, *Neuropagers*, cadernos de notas, listas, lembretes, calendários com espaços para anotações, quadros brancos, caixas de comprimidos, agendas eletrônicas, dispositivos eletrônicos de voz e computadores. Esses produtos buscam compensar as deficiências e alcançar um desempenho satisfatório em atividades. São considerados recursos que fazem parte da chamada Tecnologia Assistiva para a Cognição (TAC) (ANJOS; REGOLIN, 2012). A escolha de qual processo "assistivo" ou assistencial será utilizado deve levar em conta as condições socioeconômicas do

idoso, o grau de escolaridade, hábitos, motivação e capacidade cognitiva (ASSIS; ASSIS, CARDOSO, 2013).

Anjos e Regolin (2012) informam que os produtos de baixa e média tecnologia – celular, cronômetro, agenda eletrônica – tem alta aceitação, pois são fáceis de adquirir e de usar, mas há limitações quanto à quantidade de informações que podem ser armazenadas. Já as listas e calendários não informam o momento exato para a realização da atividade. Como os pacientes com Alzheimer podem apresentar dificuldade em iniciar as atividades, os recursos que possuem alarme seriam mais eficientes.

Radomski e Davis (2013) relatam que os dispositivos pré-programáveis de auxílio à memória são mais eficientes para que a tarefa seja realizada no horário determinado se comparados às listas escritas ou lembretes. Soares, Soares e Caixeta (2012) relatam que idosos com demência na fase inicial se beneficiam dessas estratégias, pois ainda possuem uma capacidade residual de novos aprendizados; então aprendem a lidar com essas estratégias compensatórias, preservando sua função por mais tempo e diminuindo o impacto da demência na rotina diária.

Mesmo com vários apontamentos sobre os benefícios de modificações no ambiente e contexto, o estudo de Voigt-Radloff et al. (2011) (estudo nº 28), que compara dez sessões de terapia ocupacional (modificações ambientais, simplificação das atividades e orientação aos cuidadores) em pacientes holandeses a uma sessão de consultoria a pacientes alemães, aponta para resultados diferentes. Nas consultorias feitas na Alemanha foram utilizados os *folders* de orientação elaborados na Holanda. Surpreendentemente, o estudo afirma que receber as sessões de terapia ocupacional não resulta em maiores benefícios no funcionamento do paciente quando comparados às sessões de consultoria. É preciso cautela na análise desse ensaio clínico randomizado, uma vez que as comparações são feitas em países diferentes (Holanda e Alemanha) e a questão cultural deve ser levada em conta e analisada com maior profundidade, para definir os reais benefícios das sessões de Terapia Ocupacional e das consultorias em cada população.

A outra abordagem essencialmente importante é aquela feita em parceria com as pessoas que são as maiores conhecedoras da vida do paciente: os familiares e cuidadores dos idosos com DA. Essas pessoas são vistas como os "pacientes ocultos" afetados pela demência, pois eles precisam de auxílio para gerenciar o estresse do dia-a-dia decorrente da produção do cuidado e pelos inúmeros desafios que aparecem diariamente (GITLIN; CORCORAN, 2005). Para as intervenções direcionadas ao ambiente social, o objetivo da terapia ocupacional é

realizar ações que tenham impacto direto ou indireto nas relações sociais que são estabelecidas pelo idoso.

Os profissionais utilizam estratégias educacionais e de apoio aos cuidadores e familiares para que possam manter o idoso com demência em interação bem sucedida com suas atividades e com os outros (KATZ; BAUM, 2012). Essa abordagem é essencial para a manutenção da qualidade de vida e por permitir que o idoso permaneça por mais tempo em seu ambiente familiar, com alguma autonomia (SOARES, SOARES, CAIXETA, 2012).

Em sua atuação, o terapeuta ocupacional estimula os cuidadores a observar sistematicamente o comportamento dos idosos e o que os preocupam em relação à capacidade funcional e segurança na realização das atividades (SOHLBERG; MATEER, 2010). O terapeuta ocupacional irá auxiliar no desenvolvimento de um plano de cuidados eficiente e simplificado, levando em conta as demandas da atividade e o nível de assistência que o idoso necessita, bem como o horário em que será desenvolvida a atividade (há horários em que os pacientes estão mais agitados e por vezes resistentes e, por isso, não são recomendadas as atividades) (GITLIN et al., 2005). O cuidador deve sempre estar atento aos hábitos, valores, questões culturais e estilos de se vestir do idoso, para buscar o máximo de atividades com autonomia e garantir a preservação da identidade do paciente (ASSIS; ASSIS, CARDOSO, 2013).

Nesta pesquisa, verifica-se a presença de seis artigos em que as intervenções são voltadas para a educação ou programas de treinamento para os cuidadores (estudos nº 03, 17, 22, 26, 28, 52). Três pesquisas são do tipo ensaio clínico randomizado, ou seja, nível 1 de evidência científica (estudos nº 03, 28, 52); uma pesquisa qualitativa (estudo nº 22); um estudo de caso (estudos nº 26) e um artigo com dois tipos de desenho, descritivo transversal e qualitativo (estudo nº 17).

A análise de pesquisas qualitativas é adequada para a compreensão dos objetivos propostos na tese e enriquece o entendimento sobre as escolhas para as intervenções, pois seu pressuposto não é a busca de estudar um fenômeno em si, mas entender seu significado, individual ou coletivo, para a vida das pessoas, procurando compreender o que os fenômenos representam para elas (TURATO, 2005). O significado, para a pesquisa qualitativa nas ciências humanas, é entendido como resultante da "interação entre pensamento e experiência, ancorada em um referencial teórico, não se confundindo com o senso comum" (MARTIN, 2006, p. 178).

Os estudos de Graff et al. (2007) e Wenborn et al. (2013) (estudos nº 03 e 52) tiveram como público-alvo os cuidadores informais de idosos holandeses que residiam em suas casas e

os cuidadores formais de diferentes instituições asilares britânicas, respectivamente. A abordagem adotada pela Terapia Ocupacional por ambos foi pelo compartilhamento de conhecimentos e informações para que os cuidadores pudessem entender melhor o desenvolvimento da doença, aprender sobre estratégias de enfrentamento diante de problemas comportamentais dos dementados e orientações sobre o cuidar. O segundo estudo acrescentava ainda as sessões individuais com os cuidadores para aulas práticas, além de um manual com livro de exercícios.

No estudo nº 03, como já relatado anteriormente, a intervenção ao cuidador está associada a menor sobrecarga de trabalho, aumento do senso de competência para o cuidar, melhoria da qualidade de vida da díade, além do aumento da funcionalidade do idoso. No estudo de Wenborn et al. (2013) (estudo nº 52), o programa de orientação e treinamento, mesmo com *feedback* positivo dos participantes, não apresentou evidências de que a intervenção tenha efeito sobre o aumento da funcionalidade para os idosos, se comparados ao grupo controle. Isso pode ter sido atribuído à variabilidade na adesão ao programa de treinamento por falta de planejamento das administrações das instituições. Os cuidadores ainda relatam, no pós-intervenção, uma piora da qualidade de vida dos residentes. Essa piora parece estar atrelada à conscientização advinda da capacitação dos cuidadores. Presumi-se que eles se tornam aptos a identificar as inadequações nas instituições que podem contribuir para a piora da qualidade de vida dos idosos com DA, contrapondo à possibilidade da intervenção levar à piora da qualidade de vida.

Esses resultados divergem do estudo de Cooke et al (2001), que afirmam que há poucas evidências de que a educação e aconselhamento ao cuidador podem melhorar o bem-estar e qualidade de vida diária. Contudo, em uma atual revisão sistemática com metanálise realizada por Marim e colaboradores (2013), com o objetivo de analisar exclusivamente os ensaios clínicos randomizados que utilizam o programa educativo para cuidadores e o comparam com o cuidado usual, as ações de educação e suporte aos cuidadores se mostraram eficazes na redução de sobrecarga, se comparadas ao cuidado usual. Nos estudos que não foram favoráveis ao programa de ação educativa e que o cuidado usual se mostrou mais benéfico, as ações não incluíam o manejo não farmacológico, o que pode ter contribuído para levar ao resultado desfavorável à ação educativa (MARIM et al., 2013).

Em conformidade com de Graff et al. (2007), Wenborn et al. (2013) e Marim et al. (2013), a revisão sistemática feita por Thinnes e Padilla (2011), sobre a intervenção feita com os cuidadores familiares mostram efeitos positivos tanto para o cuidador quanto para o idoso.

No estudo, as estratégias de apoio e educativas estão relacionadas a uma proteção contra o surgimento de depressão em cuidadores, bem como para preparação no enfrentamento de situações em que o idoso apresenta comportamento problemático. Os cuidadores são vistos como as pessoas que permitem ao idoso com DA permanecer mais tempo em suas casas e na comunidade.

Como relatado nos dois estudos anteriores revisados, a literatura nacional e internacional voltada para cuidadores de idosos, em geral, são mais direcionadas à percepção do cuidado sob o ponto de vista negativo, como se a atividade fosse uma tarefa árdua e penosa. Neste estudo, a pesquisa qualitativa de Donovan e Corcoran (2010) (estudo nº 22) retrata um grupo de cuidadores informais que foram submetidos a um treinamento sobre cuidados a pacientes com demências em estágio moderado a severo. A perspectiva desse estudo se diferencia pelo intuito em captar atitudes positivas do cuidado adotadas após o programa de treinamento a que esses cuidadores foram submetido.

Sabe-se que nesse estágio da doença, os cuidados são oferecidos a maior parte do tempo, pois os idosos apresentam-se dependentes em quase todas as atividades do cotidiano. Mesmo assim, estratégias como organização do ambiente domiciliar, estruturação de rotinas, comunicação contínua com o familiar e uso de humor apareceram como atitudes adotadas e que sustentam uma relação positiva entre cuidador e idoso com DA. Outros comportamentos voltados para o próprio cuidado, como alimentação saudável, prática de atividades físicas ou atividades religiosas aparecem para o próprio bem-estar e como energia para continuar desempenhando a atividade de cuidado.

Por fim, a pesquisa Chiu et al. (2009) (estudo nº 17), realizada com cuidadores chineses que moram no Canadá, utilizou um programa de suporte baseado na internet para orientar e capacitar sobre os cuidados aos idosos com DA. Todas as interfaces eram dispostas em inglês e mandarim para garantir a capacitação dos participantes do estudo. Na avaliação de sobrecarga antes da intervenção, os cuidadores apresentavam de moderado a elevado nível de estresse e outros clinicamente depressivos. Na intervenção, os cuidadores mais jovens aderiram mais ao programa de suporte *online* do que os mais velhos. Por outro lado, os mais velhos tinham melhor sensação de competência para o cuidar, se comparado aos mais jovens. A sobrecarga nos cuidadores diminuiu no pós-intervenção. O estudo apresenta como limitação o tipo de amostra (por conveniência) e não ter analisado os conteúdos dos e-mails trocados entre os terapeutas ocupacionais e os cuidadores.

Além da discussão sobre o efeito do uso de tecnologias como recurso para intervenção, é relevante, ainda, os apontamentos que se apresenta sobre o contexto cultural do cuidado. É tradição das famílias chinesas cuidar de seus familiares. Já se espera que, em certo estágio da vida, os parentes dispensem cuidados aos mais velhos (CHIU et al., 2009). Os participantes da pesquisa percebem que a visão do cuidar para eles é diferente da visão ocidental. Dessa forma, por mais que os sinais de sobrecarga sejam evidentes nessa tarefa contínua, há uma percepção positiva dos cuidadores chineses sobre o papel que eles desempenham.

A baixa adesão para a utilização da tecnologia por um público de cuidadores mais velhos, evidenciada nesse estudo (CHIU et al., 2009) (estudo nº 17), é outro tema que recentemente tem se discutido na literatura da gerontologia. No estudo revisado, a baixa adesão foi atrelada ao esquecimento de como entrar no sistema e pelo sentimento de já se achar capaz e apto a oferecer os cuidados ao idoso com demência.

Sabe-se que muitos cuidadores são compostos por filhas mais velhas e esposas (os) e que eles também já se encontram na meia idade (entre 45 e 59 anos) ou mesmo na velhice (acima dos 60 anos). Assim, é preciso entender que esses cuidadores e familiares, nascidos antes do acentuado desenvolvimento tecnológico dos anos 90, não possuíam, quando crianças e adultos jovens, o acesso às tecnologias disponíveis nos dias atuais. Suas experiências, ao longo da vida, foram moldadas em ambientes tecnológicos que diferem e muito dos ambientes atuais (TAVARES, 2015). Dessa forma, é necessário levar em conta se a baixa adesão a um programa de suporte baseado na internet (como apresentado no estudo nº 17) não esteja relacionado às dificuldades para o uso dessa tecnologia.

A literatura aponta para estudos em que pessoas mais velhas usam menos tecnologia e têm mais dificuldades de manuseá-las do que pessoas mais jovens. Esse fato é atribuído à dificuldade de uso e aprendizagem dessas tecnologias, bem como por terem o medo de danificar os equipamentos ou se sentirem constrangidos em utilizá-los em público (SANTANA et al., 2012; CZAJA et al., 2006; SHARIT et al., 2003).

Aprender a utilizar a ampla gama de dispositivos digitais de forma competente é um problema significativo para os indivíduos mais velhos, que tentam adaptar-se à nova sociedade tecnológica (BIANCHETTI, 2008). Dessa forma, optar pelo uso de computadores para a intervenção pode ser uma barreira para a efetiva capacitação dos cuidadores. Dada à complexidade que envolve o uso de tecnologias, as pessoas mais velhas precisam de acesso a programas de formação em tecnologia que levem em consideração as limitações de

aprendizagem, respeitando as diferenças e as dificuldades inerentes à idade, para que assim, haja "sucesso na aprendizagem". (LEE; CZAJA; SHARIT, 2006).

Em síntese, as experiências atuais publicadas nas bases pesquisadas sobre as intervenções terapêutica ocupacional voltadas para contextos e ambientes e que são recomendadas como facilitadoras do engajamento mais prolongado do idoso nas atividades diárias, bem como na regulação dos sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais, são: as modificações ambientais, incluindo as dicas visuais, organização do espaço e sinalizações; e a educação/programas de treinamento ao cuidador.

Não foram encontradas nesta pesquisa as intervenções que interferem no contexto temporal. Um estudo feito por Kovach e colaboradores (2004) com idosos, na fase moderada a severa da demência, apontam que intervenções voltadas ao controle do tempo para a estimulação do idoso resulta em diminuição da frequência de agitação.

A maioria dos artigos não é voltada para o estágio avançado da doença. Essa falta de informação e falha na pesquisa com dementados também é apontada no estudo de *scoping review* de Struckmeyer e Pickens (2016). Os mesmos autores relatam que, nessa fase, o custo para adaptar e modificar o ambiente pode não ser apropriado aos padrões financeiros da família. Assim, as decisões para a institucionalização do idoso começam a ser discutidas entre os membros da família.

Um foco que não foi abordado nos estudos revisados, mas que se discute na literatura sobre cuidadores, foi o papel da capacitação como um aspecto que prolonga a convivência do idoso no ambiente familiar, retardando ao máximo a escolha pela institucionalização. Como a abordagem ao cuidador é multidisciplinar, outros campos de atuação apontam esses benefícios. O estudo de Smits e colaboradores (2007) afirmam que os programas de intervenção ao cuidador resultam em sensação de bem-estar com a tarefa do cuidado, aumento do vínculo entre a díade e, consequentemente, diminuição da chance de institucionalizar o familiar dementado. No estudo de revisão de Camacho et al. (2013), a institucionalização é tida como a última opção tomada pelos cuidadores, quando nenhuma outra alternativa se apresenta, e há uma sobrecarga intensa do cuidador ou até mesmo a presença de sintomas depressivos.

Mesmo que as perdas inerentes ao desenvolvimento da doença mudem a percepção do doente sobre quem ele é, assim como, a percepção das pessoas sobre o doente (MASSA; FARIA, 2015), estar no ambiente familiar contribui para a manutenção da identidade do idoso e para o senso de pertencimento (DUARTE, 2004). Dessa forma, é importante que terapeutas ocupacionais ampliem seu olhar quando fizer a abordagem ao cuidador, no sentido de planejar

formas de evitar ou retardar o processo de institucionalização. Ao mesmo tempo, é preciso enxergar as instituições asilares ou de longa permanência para idosos como uma rede de suporte alternativa para os cuidados de idosos com demências e não simplesmente como uma forma de abandonar o idoso doente.

### 5.4.3 Evidências científicas sobre as intervenções voltadas para: HABILIDADES E PADRÕES DE DESEMPENHO

Os padrões de desempenho se referem a rotinas, papéis, hábitos e rituais em que a pessoa se envolve em seu dia-a-dia (BROWN, 2011). Já as habilidades de desempenho se referem a um conjunto de elementos presentes na pessoa que, quando combinadas, são a base para a participação em ocupações. Envolvem as habilidades motoras, processuais e de interação social (AOTA, 2014).

As habilidades motoras são observadas pela movimentação da pessoa dentro de um ambiente e sua interação com objetos. Englobam as habilidades para realizar alcance, estabilidade, caminhada, preensão de objetos, entre outros. As habilidades processuais se referem a selecionar os materiais necessários, escolher as ações apropriadas e realizar adaptações e modificações (quando ocorrer problemas) durante a execução de uma atividade. É necessário ter iniciativa, sequenciamento, indagação, organização, foco e atenção durante a realização das ocupações escolhidas. Por sua vez, as habilidades de interação social são observadas nos relacionamentos que se estabelecem em uma sociedade. Nesse tipo de habilidade, englobam-se a produção do discurso, gesticulação, expressão de emoções, regulação emocional, questionamentos, agradecimentos e outros elementos envolvidos (AOTA, 2014).

No idoso com demência de Alzheimer (DA), o comprometimento das habilidades motoras e práxicas podem levar, por exemplo, ao risco de quedas ou a necessidade de utilizar produtos assistivos durante a mobilidade em casa e/ou na comunidade (SCHABER; LIEBERMAN, 2010). O prejuízo na habilidade processual é representado pelo não reconhecimento de rostos familiares (GRIEVE, 2006), problemas em sequenciar ideias e

manter uma conversa entre amigos (MANSUR et al., 2005) e dificuldade em se orientar no espaço, com o risco de perder-se (MACHADO, 2011). A desregulação emocional leva a comportamentos inadequados no ambiente social e domiciliar (PAULA et al., 2013). As alterações nos padrões de desempenho levam à desestruturação na vida diária do idoso e seus familiares, que pode repercutir no aumento de estresse da díade (NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010).

No campo de atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos com Alzheimer, as intervenções nas habilidades de desempenho compreendem os programas de gerenciamento comportamental e programas de prevenção ou compensação de determinadas habilidades que interferem no engajamento em ocupações (SCHABER; LIEBERMAN, 2010). As habilidades das pessoas são frequentemente relacionadas a hábitos e rotinas do passado. Nos padrões de desempenho, o foco se dá na estruturação das atividades diárias e rotinas. Essas intervenções estão habitualmente atreladas às modificações ambientais e intervenções no contexto (SCHABER; LIEBERMAN, 2010).

Nesta pesquisa, foram revisados treze artigos voltados para a intervenção em padrões e habilidades de desempenho (estudos nº 02, 07, 09, 29, 31, 33, 37, 39, 48, 50, 56, 65, 72). Todos os estudos eram da literatura internacional. Desses, dois artigos (estudos nº 31 e 65) realizaram intervenções em idosos com DA que possuem as habilidades processuais alteradas, representadas pela dificuldade de se orientar no espaço, com riscos de perder-se até mesmo num ambiente familiar ou comprometendo a segurança durante o transporte de veículos (quadro 13). Dois artigos tinham como o foco trabalhar as habilidades motoras, uma por meio de vigilância das alterações de marcha e outro relacionado a treino de habilidades motoras (quadro 14). Os demais artigos estavam voltados para as habilidades de interação social ou padrões de desempenho, com o objetivo de conseguir melhor regulação emocional dos idosos com DA para manter ao máximo a participação social (quadro 15).

Quadro 13 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Habilidades Processuais (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | GRIERSON et al., 2011 | Descrever a aplicabilidade do cinto vibratório em indivíduos com DA durante a mobilidade. | Tipo de estudo: Experimental.<br><br>Participantes: 12 participantes, sendo 11 com DA leve e moderado e 1 com MCI<br><br>Frequência: Realizar 4 rotas. Percorre 1x cada rota.<br><br>Medidas de resultado: MEEM, JLOT, Rey Copy | Cinto vibratório colocado na cintura, que reduz a demanda cognitiva para a mobilidade.<br><br>O cinto vibra para fornecer as direções frente, trás, lado direito e lado esquerdo.<br><br>Os participantes percorriam uma rota dentro do hospital e depois respondiam ao questionário sobre a facilidade, conforto e usabilidade do cinto | 1) Dos 12 participantes, 10 foram capazes de completar todas as 4 rotas. Nos dois casos, a análise revela uma significante correlação entre o número de erros e o baixa pontuação no MEEM.<br>2) Não houve correlações significativas estatisticamente entre os outros participantes e MEEM, nem entre todos participantes e seus erros com o JLOT e número de erros e *Rey Copy* (testes de capacidade visuoespacial).<br>3) Tipos de erros observados: nas viradas das interseções quando pediam para entrar em um dos lados. Quando eles paravam após cometer o erro e eram questionados de onde eles sentiam a vibração, eles respondiam corretamente<br>4) Quando tinha estímulo visual nos corredores do hospital, isso podia suprimir ou interferir na atenção que deveria ser dada ao estímulo vibrotátil.<br>5) Os participantes classificaram o cinto como fácil de usar, confortável, extremamente útil para ajuda de direcionamento.<br>6) Pessoas com demência leve são geralmente capazes de seguir os sinais vibrotáteis apropriadamente, sentindo-se confiantes no que faz e confortáveis. | O estudo sugere que o equipamento não é funcionalmente relevante para as pessoas com demência que progridem para os estágios moderados. |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; JLOT: Judgment of Line Orientation Test; Rey Copy: Rey Visuoespatial Immediate Copy; MCI: dano cognitivo leve.

Quadro 13 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Habilidades Processuais (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 65 | YI et al., 2015 | Avaliar a efetividade de cada tipo de uso do GPS (só áudio, audiovisual, só visual) na assistência a condutores com DA leve a fim de que eles se orientem no espaço de forma segura. | Tipo de estudo: Experimental.<br><br>Participantes: 28 participantes com DA em estágio inicial.<br><br>Frequência: 1x, com duração de 2 horas.<br><br>Medidas de resultado: Teste de Trilhas B e RFMT | STISIM (*Systems Technology Incorporated Driving Simulator*) e GPS (*Global Position System*) para avaliar a condução, com menor demanda cognitiva pelo uso do GPS. | 1) O tipo de GPS e a memória de trabalho são associadas significativamente para o sucesso em deslocar-se e achar os trajetos.<br>2) O desempenho na direção aumentou quando usou o GPS áudio. A atenção alternada seletiva está danificada nas fases iniciais do DA, e, portanto, o setting só áudio reduz a distração no veículo e permite o condutor focar na direção na estrada.<br>3) O estudo mostra que o desempenho diminui quando aumenta a demanda visual. Isso é refletido pelo pobre resultado quando usou o GPS visual ou o GPS visual e áudio, se comparado ao GPS áudio.<br>4) Os participantes com dificuldades na memória podem ter esquecido de atentar ao GPS, especialmente quando usado somente o setting visual. A dificuldade no processamento visual pode ser devido ao tamanho pequeno da tela de GPS. As evidências sugerem que danos na atenção visual podem contribuir para o aumento do risco de acidentes e o GPS pode ainda distrair quando está dirigindo.<br>5) Esse auxílio externo pode manter sua independência e mobilidade na comunidade, reduzir a carga cognitiva e aumentar seu desempenho na direção.<br>6) DA estão hábeis a atender, processar, evocar e seguir direções simples faladas sem significativa interrupção em sua habilidade de dirigir | Não foram apresentadas limitações. |

RFMT: Route-Findings Memory Test

Fonte: A autora, 2016.

Os estudos de Griesson et al. (2011) (estudo nº 31) e Yi et al. (2015) (estudo nº 65), realizados com idosos em estágio inicial da doença, usaram como recurso terapêutico um cinto vibratório e um simulador de direção, respectivamente, e ambos associado a sistemas de direcionamento de rotas (*Global Position System* – GPS). Os participantes dos estudos mostraram-se capacitados para realizar os trajetos estipulados.

Nas duas pesquisas, as falhas para desempenhar as atividades corretamente correlacionaram à presença de estímulos visuais nos corredores (GRIESSON et al., 2011) ou quando precisavam ficar olhando para a tela do GPS e dirigir o simulador ao mesmo tempo (YI et al., 2015). O estímulo visual foi apontado como um dos fatores que interferem na atenção e segurança, que são necessárias para desempenhar com independência a mobilidade na comunidade. Nos dois estudos, a implementação dessa tecnologia aumentou a autonomia e segurança dos idosos com DA e parece contribuir para a menor preocupação e estresse dos cuidadores.

O GPS (*Global Position System*), o uso de computadores com sintetizadores de voz (que emitem a leitura de um texto) ou sistemas computacionais que fornecem pistas para a realização de atividades são descritos, nos estudos de Anjos e Regolin (2012), como produtos utilizados para pacientes que precisam de orientação espacial. O estudo de Griesson e colaboradores (2011) (estudo nº 31) mostra que o uso da tecnologia prolonga a independência dos idosos ao diminuir sua demanda cognitiva durante a mobilidade dentro de um ambiente hospitalar. No estudo de Yi et al. (2015) (estudo nº 65), a efetividade do GPS estava associada à orientação espacial e direção com segurança.

A condução de veículos automotores é uma atividade complexa que está intimamente relacionada à independência e saúde mental (ASIMAKOPOLUS et al., 2012). Os condutores de veículos devem associar uma série de atividades coordenadas com as mãos e pés, enquanto recebem informações visuais e auditivas. Os motoristas precisam tomar decisões com base no que ele vê, ouve, em relação a outros condutores, sinais de trânsito, condições da estrada e presença de pedestres (LAVOOT et al., 2012). O idoso com Alzheimer, na fase inicial da doença, julga-se apto a continuar desempenhando a função dirigir (LLOYD et al., 2001).

Diferente da percepção dos idosos, a Academia Americana de Neurologia, ao avaliar o desempenho dos motoristas com demências e baseados em estudos estatísticos de acidentes de trânsito, publicou em suas diretrizes em 2000, que aqueles pacientes com CDR 1 (representa demência leve) não devem mais dirigir seus automóveis (DUBINSKY; STEIN; LYONS, 2000). No Brasil não há nenhuma recomendação específica para essa população, mas Adura (2011) reforça as mesmas diretrizes americanas em sua publicação na revista da Associação

Brasileira de Medicina de Tráfego, com ressalvas para estudos mais aprofundados para verificar se essa recomendação se aplica a todos os tipos de demência.

Contrário à recomendação genérica de interrupção imediata da carteira de habilitação ao se diagnosticar uma síndrome demencial, há evidências de que os idosos possam conduzir veículos de forma segura nas fases iniciais da demência, desde que haja monitorações e reavaliações periódicas (APOLINÁRIO, 2012). Yi e colaboradores (2015) (estudo nº 65) ainda apontam para as repercussões da cassação da licença de direção, com implicações na percepção individual sobre seu papel social, na obrigação familiar e expectativa dos familiares, na independência e no engajamento em atividades do cotidiano.

Na prática de profissionais que atuam nessa área, persiste a preocupação quanto à realização dessa atividade de forma segura para o condutor, bem como para os pedestres e o entorno. Levando em conta que idosos com DA vivenciam déficits na memória, nas habilidades visuoperceptivas e visuoespaciais, bem como danos nos processamentos de informações visuais, na atenção e demora nos insights (BERTOLUCCI, 2006) e considerando o elevado número de mortalidade por causas externas (provocadas no transporte) (GONSAGA et al., 2012), são necessários estudos mais aprofundados que possam avaliar até quando o motorista idoso pode continuar com sua carteira de habilitação. Os estudos revisados apontam o GPS como um recurso de auxílio externo que irá prolongar a realização dessa atividade de forma segura, mas esses dados não se aplicam aos idosos em estágios moderados e avançados da doença.

A literatura internacional reconhece o terapeuta ocupacional como o profissional de saúde responsável pela compreensão das avaliação de adaptações do veículo de acordo com as necessidades dos condutores (RESENDE; CAVALCANTI, ANDRADE, 2012), bem como na participação para a construção de testes para rastreamento das habilidades para direção ou como integrante da equipe de avaliação das capacidades dos motoristas (BARCO et al., 2015; ASIMAKOPULOS et al., 2012). Apesar de a Terapia Ocupacional ter essa prática de retorno ao máximo de funções desempenhadas no dia-a-dia, não há relatos de profissionais terapeutas ocupacionais brasileiros nesse campo de atuação.

Com ênfase na aquisição de habilidades motoras, foram revisados os estudos de Rice et al. (2008) (estudo nº 09) e Stark et al (2013) (estudo nº 50) (quadro 14).

Quadro 14 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Habilidades Motoras (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 09 | RICE et al., 2008 | Investigar a efetividade das estratégias de aprendizado motor em pessoas com DA usando a frequência de *feedback* (KR) como uma variável independente. | Tipo de estudo: Caso-controle<br><br>Participantes: 40 pessoas. 21 com DA e 19 sem DA.<br><br>Os participantes tinham que ser capazes de entender as instruções para as habilidades motoras de procedimento.<br><br>Frequência: 33 tentativas na aquisição, 5 na retenção e 5 na transferência. 14 segundos cada tentativa, com 2 segundos de pausa cada. Cada tentativa da aquisição durava 14 segundos com 2seg de intervalo entre as tentativas.<br><br>Cada fase recebia 10 minutos de pausa para ler jornais.<br><br>Medidas de resultado: Blessed-Roth Dementia Scale | Alvo no computador.<br><br>A pesquisa envolvia 3 fases: aquisição (33 tentativas), retenção e transferência (5 tentativas cada).<br><br>Participantes com DA foram aleatoriamente distribuídos para 100% KR (recebiam *feedback* a cada tentativa) e 33% KR (recebiam *feedback* a cada 3 tentativas), na fase de aquisição.<br><br>A tarefa consistia em girar o botão para frente e para trás para acertar um alvo móvel na tela do computador.<br><br>Na fase da retenção, nenhum *feedback* era dado, nem na fase de transferência. | 1) O desempenho dos participantes sem DA foi melhor do que os com DA em termos de tempo de atraso e antecipação.<br><br>2) Há diferença no desempenho motor entre pessoas com DA considerando idade, educação, durante as fases de aquisição, retenção e transferência da tarefa.<br><br>3) A retenção e transferência do desempenho das habilidades motoras dos DA podem aumentar se der reduzido *feedback* durante o período de aquisição das habilidades motoras.<br><br>4) Independentemente de ter DA leve ou moderado, há habilidade para melhorar o desempenho motor durante a fase de aquisição.<br><br>5) Os participantes com DA e que experimentaram reduzido *feedback* demonstraram melhor desempenho<br><br>6) Para os DA com reduzido *feedback*, o desafio foi apropriado durante a fase de aquisição. Para os sem DA, deve ter sido fácil e por isso não houve diferença. | Vários locais de coleta dos dados.<br><br>O uso de computador não é familiar para muitos, e eles se sentiam intimidados pelo computador |

Quadro 14 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Habilidades Motoras (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 50 | STARK et al., 2013 | Determinar a taxa de quedas entre idosos cognitivamente normais, sendo que alguns presumivelmente possuem DA pré-clinico, detectado pela imagem da plaquetas fibrilares amiloides usando o Pittisburgh compound B (PiB) e PET e/ou punção lombrar do líquido cefalorraquidiano (CSF) para identificar Beta 42, tau e tau fosforilada. | Tipo de estudo:<br>Coorte prospectiva.<br><br>Participantes: 125 pessoas.<br><br>Tempo: 12 meses.<br><br>Medidas de resultado: Escala de Wechsler Memory e Free and Selective Remminding Test, Mental Controle e Digit Span (vem do Wechsler), Teste de fluencia verbal, Wechsler Adult Intelligence Scale, Boston Naming Test, Block design e Digit Simbol do Wechsler Adult Intelligence e o teste de trilhas A, Short Michigan Alcoholism Screening Test _ Geriatric Version, Older American Resources and Services ADL Scale, Avaliação de danos na visão e medicação. | Um calendário confeccionado para registro das quedas, onde o cuidador acompanhava e registrava quaisquer incidentes. | 1) Não houve diferença nos valores do PiB. Dos 125 participantes, teve um total de 154 quedas, sendo que 75 teve pelo menos uma queda. Desses 75, 36 teve somente uma queda. Somente 14 procuraram pelo médico e nenhum hospitalizou.<br><br>2) Dos que tinham PiB alto, 75% teve pelo menos 1 queda; dos PiB baixo, 60% teve queda. A maioria das quedas ocorreu durante a caminhada. Não houve diferença entre os grupos, se considerar a natureza ou localização da queda.<br><br>3) Tau fosforilada não foi relacionada ao tempo da primeira queda.<br><br>4) As evidências sugerem que as desordens na marcha estão associadas com/ou predizem declínio na função cognitiva.<br><br>5) Os achados reforçam que altas taxas de quedas podem ocorrer entre idosos na fase inicial da doença, mesmo antes dos danos cognitivos.<br><br>6) A pesquisa mostrou uma taxa de quedas maior que a esperada. Não se sabe se pelo método de vigilância adotado (calendário e ligações) ou pela característica da amostra. | Amostra era homogênea (brancos e alta escolaridade)<br><br>Outras formas de patologia podem estar presentes<br><br>As medidas para mensurar as quedas eram por auto--relatos (poderia ter sub-registros). |

Fonte: A autora, 2016.

No estudo nº 09 foi utilizado o computador como recurso terapêutico. Os idosos com DA em estágios iniciais e moderados apresentaram melhorias no aprendizado motor (acertar o alvo móvel no computador) sem a necessidade de estar a todo o momento recebendo feedback sobre como era seu desempenho ou como deveria ser feito. Os resultados mostram uma capacidade consciente para relembrar uma informação e reter um conhecimento.

No estudo de coorte de Stark e colaboradores (2013) (estudo nº50), a intervenção era direcionada para a prevenção de quedas. Através de um programa educativo voltado para a vigilância das alterações de marcha no idoso, foi confeccionado um calendário para registro dos incidentes ocorridos no período de um ano. Nesse estudo, feito com idosos na fase prodrômica da doença de Alzheimer, o risco de quedas foi considerado preditor do declínio na função cognitiva.

Se as desordens na marcha podem indicar um prejuízo cognitivo, Christofoletti et al. (2006) associa um aumento, ainda maior, nesse risco de cair após o aparecimento de desordens cognitivas, déficits visuais, falta de atividade e fraqueza muscular geral. As quedas representam atualmente um grave problema de saúde pública, com risco de limitações funcionais permanentes e até mesmo a morte. Apesar disso, os incidentes são poucos valorizados e relatados pelos idosos e seus familiares (MACIEL, 2010). No estudo de Carvalho (2000), o risco para a queda seguida de fratura grave aumentou em 80% para os idosos com demência, sendo o ambiente domiciliar e a atividade de banho como os locais com maior número de casos reportados.

Para reduzir os episódios de quedas, terapeutas ocupacionais utilizam como estratégias de intervenção, o treino físico para equilíbrio e força, além da orientação para cuidadores sobre os fatores que podem levar a quedas e a organização do ambiente domiciliar (JENSEN; PADILLA, 2011). Em pacientes idosos hospitalizados, a utilização de medicação baseada em vitamina D e cálcio, exercícios, alarmes, mudança no ambiente hospitalar e protetor na cama ou andador foram usados para evitar as quedas (OLIVER, et al., 2007).

Apesar de a literatura apoiar essas abordagens, o ensaio clínico randomizado de Kerse et al. (2004), que utilizou o treinamento de cuidadores e staffs com o objetivo de prevenir o número de quedas em idosos com demência residentes de uma instituição de longa permanência, apontam que a abordagem não indica efeito para a prevenção de quedas. O estudo de Hauer et al. (2006) aponta também para a necessidade de aprofundar sobre o efeito dos treinos de habilidades motoras voltadas para equilíbrio, velocidade da marcha, flexibilidade e força na prevenção de quedas. As estratégias preventivas têm sido muito abordadas em estudos,

mas há carência de pesquisas para identificar se as estratégias adotadas em pacientes com déficits cognitivos tem o mesmo potencial (OLIVER, et al., 2007).

Por fim, o restante dos estudos revisados e maior número de publicações sobre o mesmo tema se refere ao tratamento terapêutico ocupacional para os sintomas psicológicos e comportamentais da doença de Alzheimer. Esses sintomas são representados pelas mudanças no humor, comportamentos motores inadequados, psicoses, mudanças na personalidade, na qualidade do sono, apetite e libido (CHAVES, PRADO, CAIXETA, 2012). O gerenciamento desses transtornos é apontado como o maior desafio no tratamento do idoso com a demência de Alzheimer (MELLO; FORTUNATO; RODRIGUES, 2012).

Os estudos revisados buscavam pela regulação emocional dos idosos com DA e preservação da interação social desses indivíduos (estudos nº 02, 07, 29, 33, 37, 39, 48, 56,72) (quadro 15).

Quadro 15 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Habilidades de Interação Social (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | LIN et al, 2007 | Verificar a eficácia da lavanda no tratamento da agitação em pacientes dementados de Hong Kong. | Tipo de estudo: Ensaio clínico randomizado com Cross-over.<br><br>Participantes: 70 idosos, sendo 44 com DA, 21 com demência vascular e 05 de outros tipos de demência não especificados no estudo.<br><br>Grupo intervenção: 35 pessoas por 3 semanas e depois revezavam com o grupo controle, todos os dias por 1 hora à noite.<br><br>Intervalo de 2 semanas entre cada tratamento.<br><br>Grupo Controle: 35 pessoas por 3 semanas e depois revezavam com o grupo intervenção, todos os dias por 1 hora à noite.<br><br>Medidas de resultado: CNPI e CCMAI | Grupo intervenção: Inalação de lavanda<br><br>Grupo controle: Inalação de *sunflower* | 1) A lavanda reduziu o quadro de agitação, disforia, irritabilidade, comportamento motor aberrante e desorientação/agitação noturna.<br><br>2) Não houve diferença significativa entre gêneros, nem efeito de período e efeito sequencial. | Número da amostra pequeno e o recrutamento feito por conveniência.<br><br>Os cuidadores sabiam o tipo de tratamento que estavam oferecendo e não foi às cegas.<br><br>Um aumento na participação pode ser atribuída a outros fatores como: medicação, programas de intervenção e melhoria do contato com o cuidador.<br><br>Pode ter casos de pacientes com anosmia que influencia nos resultados, pois perderam o olfato. |

CNPI: Chinese version of Neuropsychiatric Inventory; CCMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory

Quadro 15 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Hab. de Interação Social (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 07 | STAAL et al, 2007 | Avaliar se o tratamento que combina cuidados psiquiátricos padrão e intervenção não farmacológica (terapia comportamental multissensorial- MSBT) reduz a agitação e apatia, bem como aumenta a participação em AVD por pessoas com demência, que frequentam uma emergência hospitalar psiquiátrica. | Tipo de estudo: Estudo piloto de um ensaio clínico randomizado.<br><br>Participantes: 24 idosos.<br><br>Grupo intervenção: 12 pacientes com demência e distúrbios de comportamento<br><br>Grupo Controle: 12 pacientes com demência e distúrbios de comportamento<br><br>Frequência: 6 sessões.<br><br>Medidas de resultado: GDS, PAS, Multi-level Assessment Instrument - subescala saúde física; Scale for the Assessment of Negative Symptoms in Alzheimer's Disease KI-ADL, RADL, BDP, MEEM. | Grupo intervenção: receberam MSBT (6 sessões) e tratamento padrão (medicamentoso- 4 drogas - antipsicótico, estabilizador do humos, melhora cognitiva e antidepressivo).<br><br>Grupo controle: que receberam cuidados psiquiátricos padrão e grupos de atividade da TO (pacientes atendidos individualmente para controlar o efeito da atenção, faziam jogos de quebra-cabeça, grãos no labirinto, tarefas táteis). | 1) O grupo intervenção melhorou significativamente em níveis de agitação se comparado ao grupo controle. Somente participantes do grupo intervenção experimentou melhoria na apatia, no início do estudo para a sexta sessão.<br><br>2) Os resultados revelam que o grupo intervenção tem melhora significativa nos níveis de independência em AVD se comparado ao grupo controle, somente identificado pelo Índice de Katz.<br><br>3) No grupo experimental, os 9 participantes que recebiam MSBT e medicação antipsicótica atípica tinham melhores resultados que os 3 sujeitos que receberam MSBT e não recebiam antipsicóticos atípicos. | Número da amostra pequeno, mas é ainda um estudo piloto.<br><br>Uso de instrumentos de avaliação que não são tão sensíveis para identificar as alterações.<br><br>As evidências são inconclusivas. |

GDS: Global Deterioration Scale; PAS: Pittsburgh Agitation Scale; KI-ADL: Katz Index of Daily Living; RADL: Redefined Activities of Daily Living Assessment Scale; BDP: Beck Dressing Performance Scale; MEEM: Mini-Exame do Estado Mental.

Quadro 15 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Hab. de Interação Social (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 37 | FERRERO-ARIAS et al., 2011 | Determinar a utilidade de um tratamento não farmacológico, estruturado e formal para pacientes apáticos com demência. | Tipo de estudo: ensaio clínico randomizado controlado com cross-over, multicêntrico, único-cego.<br><br>Participantes: 146 pacientes acompanhados na TO.<br><br>61,3% dos pacientes eram DA ou demência por corpos de Lewy.<br><br>Frequência: 5x na semana, por 4 semanas. Até completar 20 sessões. Sessões de 50 minutos<br><br>Medidas de resultado: Índice de Barthel, CME, GDS-15, Blessed-A Scale, NPI-Q, DAIR, escala de potencial de toxicidade | Grupo intervenção: 1º dia: musicoterapia; 2º: arteterapia; 3º atividade psicomotora e inicia de novo o rodízio entre as atividades.<br><br>Grupo controle: ficavam desempenhando as atividades na sala de visita fazendo as atividades de sua escolha, com acesso a jogos, música, livros e TV. | 1) Não há correlação significativa entre o GDS-15 e CME ou estágio de CDR, embora do GDS e NPI-Q foram correlacionados.<br>2) A apatia, mensurada pelo DAIR, tende a diminuir na fase de tratamento e aumenta no período controle, mas para os pacientes que tem apatia leve a moderada, os resultados durante a intervenção são melhores, se comparados a pacientes com apatia severa ou clinicamente não apáticos.<br>3) O escore de apatia está fortemente correlacionado com a intensidade da perda cognitiva e a severidade da demência. Porém nenhuma relação foi encontrada entre a escala de depressão e intensidade da perda cognitiva e a severidade da demência.<br>4) A intervenção estruturada de TO, mesmo em período curto de tempo, melhorou a apatia entre os pacientes e é mais benéfico que o uso livre em um ambiente não estruturado. A intervenção teve mais sucesso entre os apáticos leves a moderados.<br>5) Os pacientes que iniciaram no tratamento tiveram discreta melhora se comparado ao grupo que iniciou no grupo controle. Isso sugere que a intervenção tenha se estendido após a finalização da intervenção. | Não se sabe qual recurso é o mais benéfico e o tempo do estudo foi pequeno |

CME: Cognitive mini-Examination; GDS-15: Escala Geriátrica de Depressão; NPI-Q: Neuropsichiatric Inventory Questionnaire; DAIR: Dementia Apathy Interview and Rating.

Quadro 15 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Hab. de Interação Social (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | COX; NOWAK; BUETTNER, 2011 | Investigar se a música ao vivo, apresentada individualmente aos idosos com demência, pode reduzir o comportamento de agitação entre pessoas com DA. | Tipo de estudo: Quase experimental.<br><br>Participantes: 7 pacientes (4 mulheres) entre 70 e 85 anos com DA moderado a severo.<br><br>Frequência: 3 intervenções com cada idoso. Tempo: 18 minutos. As intervenções aconteceram no período após as 2 da tarde, pois foi relatado que a maioria das agitações acontecia no período da tarde. Feito em um asilo particular. | Música ao vivo | 1) Características dos pacientes antes da intervenção: 6 tomavam medicamento para diminuição da agitação prescrito e 3 já participavam de coral do asilo. Seis participantes eram inquietos, 4 andavam de um lado pro outro sem destino certo, 2 andavam com roupas inapropriadas ou mesmo despida, e 5 alisavam objetos inapropriadamente (polir os móveis, apertar as mãos, torcer as roupas, beliscar a pele, massagear imaginariamente uma sujeira na roupa) com maneirismos repetitivos e inquietação geral.<br>2) Durante a intervenção e após intervenção: 3 pararam de andar de um lado para o outro imediatamente quando começou a música e não recomeçou após a sessão. A inquietação geral variou entre "constante com pausas intermitentes" e “constatemente disruptivo". Mover cadeiras, fiscalizar gavetas e armários, teve redução mas não foi significativa. O negativismo cessou nos 4 participantes com a introdução da música e não recomeçou após intervenção e em 3 participantes parou as questões repetitivas.<br>3) No geral houve redução do comportamento agitado durante e após intervenção.<br>4) A música não deve ser percussivamente pesada. Elas devem ser sobre a infância até 10 anos de idade e ser da sua cultura.<br>5) O uso de cumprimento verbal assim que o paciente chegava, além de mostrar o violino para o idoso provavelmente facilitou o interesse e entedimento do que seria feito. Além disso, a intervenção feita no ambiente natural do paciente parece reduzir o efeito estressor de um ambiente não familiar. | Número pequeno de participantes. |

Quadro 15 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Hab. de Interação Social (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 33 | HAN, P. et al., 2011 | Investigar se o programa que associa um programa de atividades terapêuticas ocupacionais e musicoterapia melhoram os sintomas comportamentais e depressivos em pessoas com demência. | Tipo de estudo: Ensaio clínico randomizado.<br><br>Participantes: 43 idosos, com DA ou demência vascular.<br>Eram realizados grupos de no máximo 8 idosos.<br><br>Grupo intervenção: 28 idosos recebiam musicoterapia e programa de atividade (MAP), por 6 horas semanais, durante 8 semanas. Os cuidadores eram convidados a participar, mas sem obrigatoriedade.<br><br>Grupo controle: 15 idosos que não receberam MAP.<br><br>Medidas de resultado: RMBPC, AES. | MAP era composto por: aquecimento, alongamento, seguido de um grupo de caminhada na natureza pela manhã, além de jardinagem, horticultura, massagem com aromaterapia, interação com animais de estimação, atividades entre gerações diferentes (crianças pré-escolares) em patrimônios.<br><br>Após descanso do almoço, tinha musicoterapia (cantar, dançar, movimentar, sequencia de memória).<br><br>À tarde, jogos cognitivos ou reminiscência. O dia encerrava com a reunião de cuidadores. | 1) Melhoraram as queixas de "se sentir sozinho", "ser um fardo para os outros" e "se sentir mal e deprimido".<br><br>2) O MAP resulta em melhora significativa do quadro comportamental e depressivo, reportado pelos cuidadores.<br><br>3) No estudo foi usado música ao vivo e foi notado um efeito social positivo naqueles que estavam inicialmente relutantes. Eles estavam frequentemente sorrindo ou aumentando a energia durante as sessões de música e pareciam motivados.<br><br>4) Estudo mostra que o MAP pode melhorar os comportamentos disruptivos e sintomas depressivos em pessoas com demência, sendo uma opção de baixo custo para as famílias desses idosos dementados. | Pequeno tamanho da amostra que limita a validade dos resultados. |

RMBPC: Revised Memory and Behavioral Problems Checklist; AES: Apparent Emotion Scale.

Quadro 15 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Hab. de Interação Social (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 39 | PIERSOL; EARLAND; HERGE., 2012 | Orientar sobre estratégias para os cuidadores ao lidar com a pessoa com Alzheimer, mostrando as mudanças no ambiente físico e social que levam à diminuição dos distúrbios de comportamento. | Tipo de estudo:<br>Estudo de caso.<br><br>Participante: Cuidadora, 50 anos, filha de uma idosa com DA.<br><br>A idosa apresenta alteração de comportamento após o retorno da hospitalização que teve por conta de uma queda, que quebrou o braço, torceu a lombar.<br><br>Paciente agressiva e resistente a realizar as atividades<br><br>Frequência: Não relatada.<br><br>Medidas de resultado: Avaliação da função cognitiva padrão e avaliação da segurança domiciliar (não fala o nome das avaliações) | Modificações ambientais:<br><br>Formas para conduzir a comunicação (uso de frases curtas, dicas em voz mais lenta de forma espaçada, uso de frases de encorajamento, usar tom de voz calmo e respirar fundo antes de responder a mãe, contato olho a olho, tocar a mãe, falar mais próximo), , dar dicas e mostrar como fazer.<br><br>Estruturação da rotina, uso de produtos assistivos | 1) Foram identificados alguns antecedentes estressores no início do estudo: a cuidadora dava muitas dicas para realizar as atividades, falava muito o tempo todo, apressava sua mãe para tomar banho, pois tinha que levar ao centro dia, usava tom ríspido na fala, principalmente ao final de um dia de cuidados.<br><br>2) Após intervenção, essas alterações suavizaram a rotina da manhã. A atividade do banho foi alterada para de noite, o que reduz a demanda para apressá-la para realizar a atividade, pois tem que levá-la ao centro dia. Atualmente, o banho é realizado com a assistência de um equipamento de adaptação (não cita qual).<br><br>3) A paciente apresentava resistência para tomar o café da manhã. Dessa forma, reestruturou a rotina e essa atividade começou a ser feita no centro dia, junto com outros pacientes e sem resistência.<br><br>4) A redução do ambiente estressor (sem muito barulho e falas) levou a um aumento da participação da Sra J na participação das atividades de auto-cuidado.<br><br>5) O cuidado dispensado à idosa tornou-se menos penoso e mais controlável. | Estudo de caso único |

Quadro 15 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Hab. de Interação Social (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 48 | MAPELLI et al., 2013. | Investigar os efeitos de um tratamento de estimulação cognitiva voltado para o aumento função cognitiva e nas AVDS em pacientes com demência leve a moderada; e, comparar com o placebo e grupo controle.<br><br>Investigar os efeitos do tratamento de estimulação cognitiva nos sintomas comportamentais e psicológicos, assumindo um papel central dos déficits cognitivos no desenvolvimento de mudanças de comportamentos. | Tipo de estudo: Ensaio Clínico Randomizado.<br><br>Participantes: 30 idosos participantes (16 com DA, 13 com demência vascular, 1 com demência mista).<br><br>Idosos com CDR 1 ou 2, MEEM entre 14 e 24, capaz de comunicar e entender linguagem verbal e escrita.<br><br>Frequência: 5 horas semanalmente, podendo ser 1 hora ao dia. 40 sessões no total.<br><br>Medidas de resultado: ENB2, Behave-AD scale, GDS | Grupo Experimental: estimulação cognitiva (exercícios em papel)<br><br>Grupo Placebo: TO convencional ( ler e debater matérias de jornais, jogar bingo, cantar, estimulação psicomotora e workshops criativos).<br><br>Grupo Controle: atividades normais do asilo. | 1) Houve diferença significativa entre os 3 grupos na avaliação pós-tratamento.<br><br>2) Após 8 semanas, somente o grupo experimental mostrou diminuição da severidade da demência (CDR diminuiu), enquanto os outros grupos se mantiveram estáveis.<br><br>3) O grupo experimental teve melhor desempenho no MEEM e nos subtestes do ENB2. Os outros grupos não mostraram mudanças significativas. O grupo experimental mostrou um significativo decréscimo dos sintomas comportamentais, enquanto o placebo e grupo controle não mostraram mudanças significativas.<br><br>4) O tratamento de estimulação cognitiva resulta em aumento significativo de sintomas cognitivos e comportamentais em pacientes com demência moderada ou leve.<br><br>5) O grupo placebo não apresentou aumento significativo, mostrando evidências da eficácia do tratamento de estimulação cognitiva.<br><br>6) Como há diminuição de alterações comportamentais, há relação existente entre danos cognitivos e aparecimento de sintomas comportamentais. | Não foram apresentadas limitações. |

ENB2: Exame Neuropsicológico Breve 2; Behave-AD scale: Behavioral Pathology in ADRating Scale; GDS: Escala Geriátrica de Depressão.

Quadro 15 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Hab. de Interação Social (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 56 | PIERSOL; FLYNN, 2014 | Apresentar o treinamento focado na tarefa a fim de aumentar a independência da paciente, bem como a orientação de gerenciamento diante de alterações de comportamento para o cuidador. | Tipo de estudo: Estudo de caso.<br><br>Participante: Díade.<br><br>Idoso com DA, 84 anos, vive com a esposa e é aposentado. Sua esposa reporta alterações de comportamento (agressivo) e falta de segurança no banho. Caiu na banheira e fez fisioterapia, com indicação de bengala.<br><br>Medidas de resultado: PASS, CAMP, Timed Up and Go. | Modificação do ambiente (banheiro) que tinha riscos para quedas (não especificou o que foi modificado.<br><br>Estruturação de rotinas e orientações ao cuidador para manejo de alterações de comportamento | 1) O banheiro foi modificado, mas não há relatos de independência ou maior autonomia durante essa atividade.<br><br>2) A cuidadora utilizou o processo de resolução de problemas para identificar os momentos de agressividade.<br><br>3) Os comportamentos se alteravam antes de comer ou quando pulava refeições. O paciente descobriu que tinha diabetes e a agressividade estava associada aos baixos níveis de açúcar no sangue.<br><br>4) fez estruturação de rotinas para alimentação e controle medicamentoso : segundo relatos paciente diminuiu o quadro de agressividade. | Ser estudo de caso.<br><br>A generalização dos dados não pode ocorrer |

PASS: Performance Assessment of Self-care Skills, version 3.1; CAMP: Caregivers Assessment of Management Programs

Quadro 15 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a padrões e habilidades de desempenho – Hab. de Interação Social (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 72 | BAGLIO et al., 2015 | Verificar a eficácia do tratamento MST (Terapia de estimulação multidimensional) em pacientes com DA leve a moderado. | Tipo de estudo: Ensaio clínico randomizado unicego.<br><br>Participantes: 82 idosos.<br><br>Grupo intervenção: 60 idosos com DA leve a moderada.<br>Grupo controle: 22 idosos saudáveis.<br><br>Frequência: 30 sessões, com duração de 2 horas e 30 min, 3x/semana. Total: 10 semanas. Com follow-up para o grupo intervenção na 32ª semana.<br><br>Medidas de resultado: ADAS-cog, FLSA, NPI, SF-36. | Grupo intervenção: MST que consistia em: foco na abordagem não farmacológica com estimulação cognitiva, atividades ocupacionais e recreacionais, exercícios físico-psicomotor que poderiam melhorar os aspectos do comportamento.<br><br>Foco no cuidador com entrevistas para saber sobre suas dificuldades.<br><br>Foco na díade com atividade física aeróbica.<br><br>Grupo controle: cuidados usuais. | 1) MST tem um impacto em no mínimo 2 domínios: redução das alterações comportamentais e aumento de algumas habilidades cognitivas.<br><br>2) Pelo NPI, observa-se benefícios do MST em depressão, ansiedade, irritabilidade, comportamento motor aberrante.<br><br>3) MST pode ajudar a evitar o uso excessivo de medicamentos para alterações comportamentais.<br><br>4) Pelo ADAS-cog houve um aumento em linguagem e memória.<br><br>5) MST, por ser feito em grupo, facilita a participação social, promove a função da linguagem e pode reduzir o isolamento.<br><br>6) As mudanças da ressonância magnética funcional mostram que os cérebros de pessoas com DA permanecem com recursos de neuroplasticidade e podem reagir a estímulos ambientais positivamente.<br><br>7) A melhoria na cognição e comportamento permanecem na 32ª semana. | O follow-up de 22 semanas após a intervenção é um espaço muito pequeno para avaliar se os ganhos funcionais realmente irão permanecer. |

ADAS-cog: Alzheimer´s Disease Assessment Scale- Cognitive subscale; FLSA: Functional Living Skills Assessment Scale; NPI: Neuropsychiatric Inventory Scale; SF-36: Short Form 36 Health Survey Questionnaire.
Fonte: A autora, 2016.

Há um consenso de que os tratamentos não farmacológicos são mais apropriados para as alterações comportamentais (CHAVES; PRADO; CAIXETA, 2012). Mesmo assim, a abordagem medicamentosa tem sido eficiente no controle dessas alterações, em especial quando a abordagem não-farmacológica se revela ineficiente. Em casos de pacientes com agitação psicomotora, a medicação é introduzida imediatamente. A intensidade dos sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais aumenta com a evolução da doença (CHAVES; PRADO; CAIXETA, 2012).

No enfoque das intervenções voltadas para o gerenciamento do comportamento, o estudo de Baglio et al. (2015) (estudo nº72), nível 1 de evidência científica, aponta para a intervenção multidimensional (atividades de lazer, psicomotoras e estimulações cognitivas) como eficaz na redução dos quadros depressivos, de ansiedade, irritabilidade e comportamento motor aberrante, além de benefícios para a participação social e aumento da linguagem e memória. Esses benefícios permaneceram no follow-up por mais de 22 semanas. Já no ensaio clínico randomizado de Mapelli et al (2013) (estudo nº 48), a estimulação cognitiva foi associada à diminuição das alterações comportamentais, apesar de não especificar quais sintomas os participantes apresentavam na pré-intervenção.

Com menor rigor científico, os estudos de caso de Piersol, Earland e Herge (2012) (estudo nº 39) e de Piersol e Flynn (2014) (estudo nº 56), utilizaram como recursos as modificações no ambiente físico e social, bem como a estruturação de rotinas. Após a intervenção, a redução do ambiente estressor e a organização da rotina dos idosos com DA foi associada à diminuição no quadro de agressividade. Apesar de positiva evidência sobre a estruturação da rotina no gerenciamento comportamental nos estudos revisados, pesquisadores apontam para uma fraca associação entre essas duas variáveis. (SCHABER; LIEBERMAN, 2010). Pelo baixo rigor científico (estudo de caso) dos estudos encontrados, não há como contrapor a avaliação anteriormente feita para os efeitos das mudanças nas rotinas.

Lin e colaboradores (2007) (estudo nº 02) utilizou como recurso terapêutico a exalação do óleo de lavanda ou *sunflower* no ambiente domiciliar, durante o período noturno. A inalação da lavanda foi associada à redução dos comportamentos de agitação, irritabilidade e comportamento motor aberrante. A limitação do estudo é atribuída ao pequeno número da amostra e pela possível presença de pacientes com anosmia.

Em outro estudo (ensaio clínico randomizado), Han et al. (2011) (estudo nº 33) utilizou um ambiente com música associado a um programa de atividades programado pela Terapia Ocupacional (caminhadas, jardinagem, interação com animais, entre outros). No estudo revisado, a música foi associada a um aumento de interação e melhoria na motivação. A música

em conjunto com o programa de TO também estava relacionada à diminuição de comportamentos inadequados (que muitas vezes estão presentes em pacientes com Alzheimer) e dos sintomas depressivos (HAN, 2011).

A literatura aponta que a música tem o potencial para envolver vários aspectos da pessoa, tais como, os componentes motor, sensitivo, sensorial, cognitivo, social e emocional (COX; NOWAK; BUETTNER, 2011). Em outro ensaio clínico randomizado (nível 1 de evidência científica), Ferrero-Arias e colaboradores (2011) (estudo nº 37) fazem um rodízio entre as abordagens da musicoterapia, arteterapia e psicomotricidade. Os resultados apontam para a melhora da apatia no grupo intervenção se comparados ao grupo controle, apesar de não saber qual dos três recursos utilizados tem mais efeito na alteração do comportamento. A relação da música com o aumento da motivação do paciente e redução do comportamento de agitação e agressividade também é apresentado no estudo de Cox, Nowak e Buettner (2011) (estudos nº 29).

Em outra abordagem, o estudo de Staal et al (2007) (estudo nº 07), apesar de ser do tipo ensaio clínico randomizado, os resultados apresentados no artigo são fruto de um estudo-piloto. Nele, o grupo controle recebe cuidados psiquiátricos e TO convencional e o grupo intervenção recebe os mesmos cuidados médicos, mas com sessões de terapia comportamental multissensorial (realizada também pela Terapia Ocupacional). Essa terapia é realizada em um ambiente com vários estímulos sensoriais controlados (música, aroma, luz, estimulação tátil, entre outros). Os resultados do estudo piloto revelam que o grupo em que ocorreram as modificações no ambiente (intervenção) melhorou significativamente os níveis de agitação e apatia, além de apresentaram maiores níveis de independência para a realização das atividades de vida diária, se comparados ao grupo controle. Como é um estudo piloto, a amostra é pequena e os dados não podem ser generalizados.

Apesar dos estudos revisados apresentarem benefícios no uso de música ou de um ambiente sensorial estruturado para a melhoria dos sintomas comportamentais de pessoas com demência, um estudo de revisão sistemática sobre intervenções não farmacológicas feitas para reduzir os sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais, apontam que as intervenções com aromaterapia, fototerapia, música ambiente e estimulação multissensorial ainda possuem modestas evidências científicas sobre seus efeitos (PADILLA, 2011c).

A intervenção multissensorial, com a utilização de uma variedade de objetos, materiais e jogos de interesse do paciente, têm se mostrado como a mais efetiva estratégia para redução da agitação (PADILLA, 2011c). Kim e colaboradores (2012) concordam com as evidências de

que a estimulação sensorial melhora os problemas comportamentais. Contudo, relata que as alterações ambientais parecem não melhorar os sintomas depressivos ou outros problemas comportamentais, o que diverge dos estudos de Graff et al. (2007) (estudo nº 03), que apontam a melhora para o humor (ver Evidências sobre as intervenções voltadas para contextos e ambientes dos idosos com Demência de Alzheimer)

O uso de um ambiente com estimulações sensoriais comprovam benefícios na vida do idoso e tem sido bem documentado na comunidade científica como um alívio para os problemas comportamentais, mesmo com autores afirmando que ainda são modestas suas evidências (PADILLA, 2011c). Já o uso da lavanda como recurso terapêutico, apesar de apresentar benefícios na redução de alterações comportamentais, há falhas na forma como foi conduzido o estudo. O estudo exploratório está em consonância com a cautela estabelecida pela revisão sistemática de Padilla (2011c), pois os artigos apresentam várias limitações que podem comprometer os resultados apresentados. Assim, são necessárias mais pesquisas, com maior rigor científico, para que se possam estabelecer os reais benefícios do uso de aromaterapia nessa população.

Não foram encontrados nesta revisão, intervenções voltadas para a rotina do sono. Sabe-se que as dificuldades apresentadas pelos idosos com DA durante o sono se referem a menor tempo de sono ou por ficar em vigília o período da madrugada (McCLERRY; COHEN; SHARPLEY, 2014). Esse comportamento leva a limitações em outras ocupações, pois o sono não é restaurador e gera um cansaço e desânimo para a realização de outras atividades do cotidiano. Acresce a isso, o fato do cuidador principal precisar ficar sempre em estado alerta, gerando maior desgaste e estresse da pessoa que assumiu o papel do cuidar.

Pelas repercussões das alterações do sono na vida do idoso e de seus familiares, verifica-se uma necessidade de estudos atuais que investiguem as possibilidades de tratamento não medicamentoso para essa população dementada. Como exemplo, Alessi e colaboradores (2005), em um ensaio clínico randomizado para tratamento das alterações do sono de pacientes institucionalizados, utilizou como recurso terapêutico uma rotina de sono estruturada, com aumento da atividade física, exposição ao sol, diminuição do sono no período da tarde e redução de barulho e luz à noite. O tratamento produziu efeito modesto na redução de duração do despertar pela madrugada, mas sem efeito para o número de despertares e tempo de sono. Apesar disso, o tratamento foi relacionado à maior interação social e participação em atividades físicas (ALESSI et al., 2005).

Em síntese, as evidências científicas atuais identificadas nesta pesquisa foram o uso de tecnologias para melhorar a orientação no espaço e preservar autonomia durante a mobilidade na comunidade; aumento de habilidades motoras pelo treinamento repetitivo e programa educacional para a vigília de alterações motoras que possam comprometer o desempenho ocupacional; uso de técnicas multidimensionais, aromaterapia, música e estimulação multissensorial para reduzir as alterações neuropsiquiátricas e comportamentais.

Tradicionalmente, terapeutas ocupacionais utilizam produtos tecnológicos para a assistência aos seus clientes, com o objetivo de proporcionar ou aumentar a capacidade funcional (COSTA et al., 2015). Nesta pesquisa, o GPS é considerado uma tecnologia assistiva, pois esse equipamento auxilia a função mobilidade. Como é comum em pacientes com Alzheimer os episódios de esquecimento e desorientação, o produto assistivo transmite os direcionamentos das rotas e, se o usuário cometer erros, dicas verbais ou vibratórias irão direcioná-los para os trajetos corretos (ADAMS et al., 2008). Com isso, a autonomia do paciente é preservada por mais tempo e os riscos de perambulação diminuem, aumentando a segurança do paciente e diminuindo a preocupação dos familiares.

A responsabilidade do terapeuta ocupacional na utilização de práticas ou tecnologias chamadas assistivas para a cognição não se restringe à análise e escolha de qual prática será benéfica ao idoso com DA. É função do profissional, treinar e acompanhar sua utilização. Só assim, é possível analisar se o recurso é adequado ao contexto do paciente e se otimiza a função cognitiva. Participar de todas as etapas contribui para a manutenção desses dispositivos de auxílio (ANJOS; REGOLIN, 2012).

Um tema abordado nesta revisão e que não pode ser negligenciado é sobre a prevenção de quedas, mesmo com a apresentação de falhas nas evidências. As quedas em pessoas idosas, com ou sem déficits cognitivos, podem ter como consequências a piora da condição de saúde, limitações nas capacidades funcionais, fragilidade e até mesmo a institucionalização (BRUCE et al., 2016). Como desfecho, haverá necessidade de maiores cuidados pelos familiares e um alto custo para os serviços públicos de saúde de alta complexidade.

A prevenção de quedas, junto à da osteoporose, são ações previstas no Pacto pela Gestão do SUS para diminuir o número de internações hospitalares. Esses indicadores são monitorados pelo Projeto de Vigilância de Violências e de Acidentes do SUS (VIVA) (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010). Assim, torna-se imprescindível para as equipes de saúde (incluindo os terapeutas ocupacionais) a implementação de estratégias de vigilância a idosos caidores, ações de prevenção e identificação/monitoramento dos casos.

Por conseguinte, as técnicas de uso de aroma, música e sala multissensorial são recomendadas com cautelas pelas falhas que se apresentam na condução dos estudos. Estudos de maior rigor científico e verificação do efeito dessas técnicas no pós-intervenção são recomendados.

### 5.4.4 Evidências científicas sobre as intervenções voltadas para: FATORES DO CLIENTE

Abordar os fatores do cliente significa direcionar o atendimento a: valores, crenças e espiritualidade, bem como funções ou estruturas do corpo. O envolvimento em atividades que trazem sentido à vida das pessoas, normalmente, é motivado por crenças, valores e espiritualidade (AOTA, 2014). As crenças são convicções resultantes da experiência de vida (SOUZA et al., 2015). Os valores são princípios, normas ou qualidades que a pessoa considera importante ter e a espiritualidade é a busca de significado e propósito que "se busca consigo mesmo, com outros, com a natureza ou com o sagrado" (AOTA, 2014, s-7).

Os conceitos de funções e estruturas do corpo são baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde. Referem-se às funções fisiológicas e partes anatômicas do corpo, respectivamente (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Dentre as funções do corpo, incluem as funções mentais, sensoriais, musculoesquelética e cardiovascular, entre outras (OMS, 2003). A integridade funcional e estrutural é inter-relacionada e promove a participação da pessoa em atividades desejadas (FARIAS; BUCHALLA, 2005), mas a presença de deficiências nas funções e estruturas do corpo não implica necessariamente em incapacidade funcional, pois o desempenho nas atividades pode ser beneficiado pelo auxílio do ambiente físico e social que irá permitir a participação em atividades (AOTA, 2014).

Assim, as intervenções voltadas para os fatores do cliente são planejadas para a pessoa se engajar em ocupações que tenham estreita relação com seus valores, crenças e princípios (SCHABER; LIEBERMAN, 2010). Os mesmos autores relatam que, no plano de tratamento, também serão pensadas as intervenções que tenham efeito na função fisiológica ou nas estruturas anatômicas, como por exemplo, o aumento da função motora, com o trabalho de força, equilíbrio e coordenação.

As intervenções voltadas para os fatores do cliente geralmente estão atreladas às abordagens de modificação ambiental e de habilidades de desempenho já apresentadas previamente. O ambiente multissensorial controla a quantidade de *input* sensorial com o objetivo de alterar o humor ou o comportamento. Música, ambiente tranquilo, controle de luz e suporte dos cuidadores também são planejadas de modo a afetar as funções do corpo (SCHABER; LIEBERMAN, 2010). Esses artigos, por terem o objetivo geral de regular emoções, eles foram apresentados nas intervenções voltadas para as habilidades de desempenho.

No estudo de revisão, foram encontrados sete artigos com intervenções voltadas para alterar domínios cognitivos específicos (estudos nº 26, 47, 48, 62, 67, 68, 71) (quadro 16).

Quadro 16 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a Fatores do Cliente (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 | CUNHA et al., 2011 | Descrever os resultados da intervenção domiciliar de Terapia Ocupacional associado ao tratamento medicamentoso, em um idoso com DA em fase avançada. | Tipo de estudo: Estudo de caso<br><br>Participante: Díade.<br><br>1 idoso com DA em estágio severo e sua cuidadora<br><br>Frequência: 3x na semana. Sessões de 1 hora. Por 8 meses<br><br>Medidas de resultado: MEEM, Teste de fluência verbal, teste do relógio | Modificação ambiental: retirada de distratores como espelho, barulho da TV, excesso de utensílios durante as refeições.<br><br>Organização do ambiente.<br><br>Técnicas de estimulação cognitiva: TOR (informação contínua, sinalização de ambiente, linguagem verbal ou não verbal, atividades); Terapia de reminiscência (foto, música, jogos), pareamento de estímulos (associar caracteristicas físicas a nomes).<br><br>Intervenções voltadas para área de ocupação: caminhadas e dança senior para controle de perambulações e alterações do sono.<br>Educação ao cuidador: orientação da esposa. | 1) Aumento sustentado no MEEM (contrario à literatura), teste do relógio (discreta melhora) e fluência verbal (ganho importante).<br><br>2) Os estudos não tinha como objetivo investigar se houve manutenção dos ganhos em relação à funcionalidade, mas foi relatado que permaneceu por 5 meses após a intervenção. Isso pode ser justificado pelo treino das habilidades e da estímulo da cuidadora.<br><br>3) A TO e a terapia medicamentosa promove efeitos satisfatórios em pacientes com DA Avançada, proporcionando impacto positivo sobre o cuidador, reduzindo a dependência funcional do paciente e promovendo a estabilização temporária da doença, apesar do caráter progressivo da mesma. | Por ser estudo de caso, os dados não podem ser generalizados. |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental

Quadro 16 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a Fatores do Cliente (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 47 | LEE et al., 2013 | Desenvolver e implementar um programa de treino de memória baseado na aprendizagem sem erro para pacientes com DA, usando o computador (CELP).<br><br>Correlacionar o CELP, com o programa de aprendizagem sem erro, conduzida pelo terapeuta e que usam figuras coloridas (TELP) e o grupo controle. | Tipo de estudo: Ensaio Clínico randomizado.<br><br>Participantes: 19 idosos, com CDR>=1.<br><br>Participantes precisavam ter grau de atenção de 30 a 45 minutos, estável mentalmente e capazes de seguir instruções.<br><br>Frequência: 2x na semana por 6 semanas. Sessões de 30 minutos.<br><br>Medidas de resultado: MEEM versão chinesa, CDRS, HKLLT: Hong Kong List Learning Test, GDS, Índice de Barthel-versão chinesa, BAPM, Escala de AIVD de Lawton Hong Kong | Grupo Intervenção:<br><br>01) Programa de treino de memória com a abordagem de aprendizagem sem erro assistida pelo computador<br><br>02) Programa de treino de memória com a abordagem de aprendizagem sem erro assistida pelo terapeuta com figuras coloridas.<br><br>Grupo controle: programas de treino de memória | 1) Um efeito positivo do treino foi encontrado, seja no grupo CELP ou TELP.<br>2) Os pacientes com DA leve usam bem as estratégias de aprendizagem sem erro, com boa codificação e recuperação das informações.<br>3) O aumento no CELP foi mais marcante nas funções cognitivas (MEEM< DRS< BAPM) e certamente se estende às funções diárias (Índice de Barthel). A vantagem do computador estava relacionada a dar maior feedback audiovisual que reforça o aprendizado de estratégias de memória, eles sentem que conseguiram atingir ao objetivo, se orgulham de ser hábeis no uso do PC e se sentem mais motivados a completar o programa de treinamento.<br>4)As mudanças noTELP são do ponto de vista emocional e funcional (o que pode ser visto pelo GDS e MBI). Isso pode ser pela interação direta com o paciente (no CELP , o terapeuta só ajuda em caso de dúvidas), com suporte imediato e dicas para os sujeitos assim que aparecem os problemas de memória.<br>5) Não mantém o aumento da função cognitiva após encerramento do treino.<br>6) Feedback qualitativo foi dado pelos participantes: eles gostaram do programa e disseram que as estratégias aprendidas ajudam na vida diária. O treino no computador não foi difícil. | Amostra pequena.<br><br>Não comparou a aprendizagem sem erro com outra abordagem.<br><br>O número de sessões foi pequeno. |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; CDRS: Mattis Dementia Rating Scale versão chinesa; GDS: Escala Geriátrica de Depressão; BAPM: Brief Assessment of Prospective Memory - Short Form.

Quadro 16 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a Fatores do Cliente (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 48 | MAPELLI et al., 2013. | Investigar os efeitos de um tratamento de estimulação cognitiva voltado para o aumento função cognitiva e nas AVDS em pacientes com demência leve a moderada; e, comparar com o placebo e grupo controle.<br><br>Investigar os efeitos do tratamento de estimulação cognitiva nos sintomas comportamentais e psicológicos, assumindo um papel central dos déficits cognitivos no desenvolvimento de mudanças de comportamentos. | Tipo de estudo: Ensaio Clínico Randomizado.<br><br>Participantes: 30 idosos participantes (16 com DA, 13 com demência vascular, 1 com demência mista).<br><br>Idosos com CDR 1 ou 2, MEEM entre 14 e 24, capaz de comunicar e entender linguagem verbal e escrita.<br><br>Frequência: 5 horas semanalmente, podendo ser 1 hora ao dia. 40 sessões no total.<br><br>Medidas de resultado: ENB2, Behave-AD scale, GDS | Grupo Experimental: estimulação cognitiva (exercícios em papel)<br><br>Grupo Placebo: TO convencional ( ler e debater matérias de jornais, jogar bingo, cantar, estimulação psicomotora e workshops criativos).<br><br>Grupo Controle: atividades normais do asilo. | 1) Houve diferença significativa entre os 3 grupos na avaliação pós-tratamento.<br>2) Após 8 semanas, somente o grupo experimental mostrou diminuição da severidade da demência (CDR diminuiu), enquanto os outros grupos se mantiveram estáveis.<br>3) O grupo experimental teve melhor desempenho no MEEM e nos subtestes do ENB2. Os outros grupos não mostraram mudanças significativas. O grupo experimental mostrou um significativo decréscimo dos sintomas comportamentais, enquanto o placebo e grupo controle não mostraram mudanças significativas.<br>4) O tratamento de estimulação cognitiva resulta em aumento significativo de sintomas cognitivos e comportamentais em pacientes com demência moderada ou leve.<br>5) O grupo placebo não apresentou aumento significativo, mostrando evidências da eficácia do tratamento de estimulação cognitiva.<br>6) Como há diminuição de alterações comportamentais, há relação existente entre danos cognitivos e aparecimento de sintomas comportamentais. | Não foram apresentadas limitações. |

ENB2: Exame Neuropsicológico Breve 2; Behave-AD scale: Behavioral Pathology in AD Rating Scale; GDS: Escala Geriátrica de Depressão.

Quadro 16 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a Fatores do Cliente (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 62 | FLETCHER; ECKBERG, 2014 | Explorar o impacto da TO, voltada para a atividade de reminiscência criativa, na qualidade de vida geral de pessoas com perda de memória.<br><br>Explorar a percepção dos cuidadores sobre seus entes e sobre a sobrecarga que eles vivenciam durante o cuidar. | Tipo de estudo: quase-experimental.<br><br>Participantes: 12 díades que frequentam um centro-dia.<br><br>Os clientes tinham que ser capazes de participar dos eventos.<br><br>Frequência: 4 semanas, com 4 horas semanais. Sessões de 1 hora. Pausa de 4 semanas e depois 1 hora semanal.<br><br>Feito grupo focal 6 meses após intervenção com 12 idosos e 3 cuidadores.<br><br>Medidas de resultado: GCCWBO, QoL-AD, ZBI | Terapia de reminiscência, usando carteira de memória, CD, árvore genealógica, decoupagem em caixa e artesanato (para auto-expressão) | 1) Percepção dos clientes sobre sua qualidade de vida: Passar pela reminiscência ou não tem a mesma percepção da qualidade de vida ou no bem-estar.<br><br>2) Percepção dos cuidadores sobre a QDV dos clientes: Eles acham que houve aumento na QDV dos pacientes.<br><br>3) Percepção de sobrecarga pelos cuidadores: Ao longo da intervenção com reminiscência, a sobrecarga diminuiu e depois permaneceu estável.<br><br>4) Não houve efeito do tempo significativo em nenhum dos subdomínios do bem-estar (interesse, atenção sustentada, prazer, afeto negativo, tristeza, autoestima e normalidade). Esses achados sugerem que, enquanto há flutuações no bem-estar geral observado através do curso do tratamento, não há padrões claros de aumento ou deterioração do bem-estar observável. | Forma de coleta de dados, pois o GCCWBO não consegue captar mudanças sutis no bem-estar.<br><br>Tamanho da amostra (poderia ser diversificada também).<br><br>Ainda é um estudo piloto. |

GCCWBO: Greater Cincinnati Chapter Well-Being Observation Tool; QoL-AD: Quality of Life - Alzheimer's Disease Measure; ZBI: Zarit Burden Interview

Quadro 16 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a Fatores do Cliente (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 67 | JANG et al., 2015 | Examinar os efeitos da terapia de recuperação espaçada com aprendizagem sem erro na reabilitação de pacientes com demência. | Tipo de estudo: Descritivo longitudinal.<br><br>Participantes: 29 idosos com demência.<br><br>22 idosos com demência vascular. 07 idosos com DA.<br><br>Frequência: 30 minutos/dia. 5 semanas.<br><br>Medidas de resultado: CERAD-K, MBI | Questões com respostas associadas.<br><br>Se errasse, as informações eram dadas e repetia a pergunta.<br><br>O treinamento era considerado sucesso se o paciente respondesse corretamente as questões no início de cada sessão (45, 90, 180, 360 e 720 segundos). O conjunto de palavras consistia de 1 a 5 palavras relacionadas à imagem.<br><br>Entre as palavras, os pacientes desempenhavam atividades físicas que exigiam pouca cognição. | 1) Houve diferença significativa para todos os itens do CERAD-K (exceto praxia construtiva) após intervenção para o grupo de Demência vascular.<br><br>2) Não houve diferença significativa para o grupo de DA.<br><br>3) Não houve melhoria no engajamento em AVD em nenhum dos dois grupos | Os grupos não foram comparados.<br><br>Amostra pequena |

CERAD: Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease – versão coreana (K); MBI: Índice de Barthel Modificada.

Quadro 16 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a Fatores do Cliente (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 68 | HWANG; CHA; CHO, 2015 | Aplicar a reabilitação cognitiva de acordo com o nível de funcionamento cognitivo dos pacientes com DA e comparar as mudanças no Sistema de Referência Diagnóstica de avaliações cognitivas para verificar a eficácia da intervenção. | Tipo de estudo: Descritivo longitudinal.<br><br>Participantes: 30 idosos com DA.<br><br>Grupos: pacientes com CDR 0,5 (questionável demência ou muito leve), CDR 1,0 (demência leve) e CDR 2,0 (demência moderada).<br><br>Frequência: 50 minutos por dia, 5x na semana, por 4 semanas.<br><br>Medidas de resultado: Bateria cognitiva CARDS que inclui 7 testes de memória e 5 de não memória. Usou 5 testes de memória nesse estudo: reconhecimento de 10 palavras, lista de memorização e recuperação 10 objetos, memória recente, lista de recuperação de 10 palavras, reconhecimento de 10 objetos. | O programa de reabilitação cognitiva era voltado para atenção visual e perceptual, capacidade de discriminação da atenção, evocação, memória espacial, memória de recordação, linguagem sequencial. | 1) Nos grupos CDR 0,5 e CDR 1,0 tiveram melhores ganhos cognitivos e para as AVDs, sendo o CDR 0,5 o que teve maior ganho.<br><br>2) Esse recurso não foi efetivo para o CDR 2,0 | Amostra pequena.<br><br>Os métodos de avaliação baseados no nível de funcionamento cognitivo não foram quantitativos e eles não avaliam determinada área cerebral. |

Quadro 16 - Intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas a Fatores do Cliente (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | RECURSOS UTILIZADOS | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 71 | SEYUN, 2015 | Investigar se o programa de estimulação cognitiva (EC) e tarefas de treino cognitivo melhoram o desempenho em atividades diárias em pessoas com demência. | Tipo de estudo: Ensaio clínico randomizado.<br><br>Participantes: 43 idosos com demência leve.<br><br>Grupo intervenção: 22 idosos.<br>Grupo controle: 21 idosos.<br><br>Frequência: 8x (1x na semana), com sessões de 60 minutos, sendo 30 para atendimento individual e 30 para grupo, por 8 semanas.<br><br>Medidas de resultado: COPM, MBI, QoL-AD, MEEM (orientação), LOTCA-G. | Grupo intervenção: estimulação cognitivo.<br><br>As sessões individuais focavam nas metas indicadas pela COPM. Era composta de estratégias práticas e assistivas, estratégias compensatórias, gerenciamento de estresse<br><br>As sessões em grupo envolviam o treinamento cognitivo de algumas tarefas, focadas na orientação no tempo e espaço através de exercícios no papel.<br><br>Grupo controle: intervenção de controle ativo envolvendo conversas não estruturadas e perguntas relacionadas a vídeos sobre a saúde. | 1) Não houve diferença significativa nas características gerais entre os 2 grupos.<br><br>2) O grupo intervenção mostrou melhoria significante nas taxas de desempenho e satisfação na COPM, QoL-AD e orientação do MEEM após a intervenção, sugerindo que a EC possa ser efetiva.<br><br>3) Os participantes do grupo controle não mostraram nenhuma diferença significativa em nenhuma das avaliações após a intervenção.<br><br>4) Há diferenças significativas entre os dois grupos para COPM, QoL-AD e orientação do MEEM após a intervenção, revelando um efeito terapêutico positivo da RC.<br><br>5) Nenhuma diferença significativa para MBI em ambos os grupos. Isso pode ser decorrente da dificuldade da avaliação em refletir de desempenho devido à grande distância entre as taxas do MBI.<br><br>6) Embora não haja diferença significativa no LOTCA-G subescala memória, seu desempenho melhorou e os participantes do controle tiveram pior desempenho após a intervenção. | O grupo de EC não foi comparado a outro grupo de tratamento (ex: somente treino cognitivo).<br><br>Assim, não tem como saber se a RC é o melhor método.<br><br>Não foram usadas outras avaliações que focam no desempenho das atividades em um contexto de vida real. |

COPM: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional; MBI: Índice de Barthel Modificada, QoL-AD: Quality of Life - Alzheimer's Disease Measure, MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; LOTCA-G: Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment – Geriatric.
Fonte: A autora, 2016.

Em pacientes com Alzheimer, as intervenções voltadas para os fatores do cliente são normalmente direcionadas ao funcionamento cognitivo e social. Podem ser feitas em grupos ou individuais. De acordo com Loureiro et al (2011), as abordagens adotadas podem ser do tipo: (1) remediação: que se avaliam os domínios cognitivos alterados e o foco é melhorar diretamente a função cognitiva que se encontra prejudicada, no intuito de que esses ganhos se traduzam em melhorias nas atividades; (2) compensação: ao trabalhar as habilidades que estão preservadas e mecanismos alternativos, uma vez que a função alterada não pode ser recuperada; (3) substituição: ensino de diferentes estratégias que ajudem o sujeito a minimizar os problemas resultantes das disfunções cognitivas. As abordagens não são excludentes e, normalmente nos tratamentos, elas são usadas de forma combinada.

Na reabilitação cognitiva, várias técnicas podem ser empregadas: comportamentais, de orientação para a realidade, estimulação cognitiva, terapia de reminiscências e técnicas de validação (CAMARA et al., 2009). O treino cognitivo também é uma estratégia de remediação utilizada no tratamento de idosos com Alzheimer (SOARES; SOARES; CAIXETA, 2012).

A terapia de reminiscência foi utilizada com cuidadores e idosos, nos estudos de Cunha e colaboradores (2011) (estudo nº 26) e Fletcher e Eckberg (2014) (estudo nº62). A Reminiscência é uma estratégia de memorização, quando o terapeuta utiliza materiais como jornais velhos, utensílios domésticos ou fotos antigas para estimular memórias e permitir que o idoso compartilhe vivências e valores (CHAVES; PRADO; CAIXETA, 2012). Envolve discussões e reflexões sobre um passado que foi pessoalmente significativo (SERRANI AZCURRA, 2012). Leva o paciente a expressar seus sentimentos e busca ou incentiva a resolução de conflitos, se existentes (CHAVES; PRADO; CAIXETA, 2012). A literatura indica essa estratégia, quando aplicada em grupos, contribui para o aumento da participação social e bem estar entre os idosos com demências (LETTS et al., 2011).

No primeiro estudo revisado (estudo nº 26), a terapia de reminiscência individual, feita com um idoso em estágio avançado da doença, foi associada à modificação ambiental e terapia de orientação para a realidade. A "orientação para a realidade" utiliza datas, nomes e horas ou lembretes para melhorar o funcionamento do idoso. É interessante que essa abordagem esteja associada a outros tipos, visando o melhor desempenho do paciente (ASSIS; ASSIS, CARDOSO, 2013). Os desfechos apresentados no estudo de Cunha et al (2011) estavam relacionados a ganho na fluência verbal no idoso, discreta melhora na função executiva (identificada pelo teste do relógio) e surpreendente aumento sustentado nos escores do Mini-Exame do Estado Mental (contrário ao que é apresentado na literatura). O cuidador avaliou que o programa estava associado à diminuição de sua carga de trabalho (CUNHA et al., 2011).

Já no estudo de Fletcher e Eckberg (2014) (estudo nº62), a abordagem utilizada foi feita em grupo e não apresentou nenhum efeito na atenção, afeto, interesse, autoestima dos idosos. Os idosos não acharam que a terapia de reminiscência estivesse associada à melhoria na qualidade de vida. Em contraponto, os cuidadores associaram o uso dessa terapia ao aumento da qualidade de vida e diminuição da sobrecarga. Esses resultados diferem do ensaio clínico randomizado de Serrani Azcurra (2012), em que os idosos associaram o programa de reminiscência a uma melhoria significativa na qualidade de vida e no engajamento.

Apesar de não serem relatados nos artigos revisados, a literatura aponta a Terapia de Reminiscência e Terapia de Orientação para Realidade como abordagens que podem levar a discreto benefício no humor de pacientes com DA (CHAVES; PRADO; CAIXETA, 2012). Os dois estudos analisados destacam a percepção positiva para a qualidade de vida na visão dos cuidadores. A menor sobrecarga e melhoria na qualidade de vida de quem oferece os cuidados também são relatadas no estudo de Woods et al. (2009).

Apesar da pesquisa de Cunha et al (2011) (estudo nº 26) apresentar uma série de benefícios em um paciente na fase severa da doença, trata-se de um estudo de caso e os dados não podem ser generalizados. Além disso, foram utilizadas três diferentes abordagens e não se sabe qual o efeito de cada uma delas. A mesma cautela deve ser direcionada ao estudo de Fletcher e Eckberg (estudo nº62), que apresentam os resultados de um estudo piloto, com uma amostra pequena e utilizando um teste que não consegue captar mudanças sutis no bem-estar. Essas limitações encontradas no estudo exploratório estão em consonância com as revisões sistemáticas de Spector et al. (2005) e Woods et al. (2009) para análise da terapia de reminiscência. Os autores relatam que os artigos que usam essa abordagem apresentam falhas no tamanho das amostras, nas metodologias e com resultados não significativos estatisticamente, necessitando de estudos mais robustos e de melhor qualidade.

Outra abordagem utilizada nos artigos se refere ao treino cognitivo, ou seja, uma prática de remediação direcionada a estimular uma função cognitiva específica (estudos nº 47, 67). Segundo Sohlberg e Mateer (2010), "o treinamento repetitivo ativa, mais consistentemente, os mesmos grupos de neurônios da rede danificada, permitindo uma reconectividade mais rápida e mais eficiente". Os autores que utilizam essa abordagem defendem que o treino e a prática facilitam a recuperação dos mecanismos biológicos e reorganizam a função do cérebro. Para isso, podem ser utilizadas várias estratégias para que o paciente possa utilizar melhor a informação cognitiva: aprendizagem sem erro, pistas eliminadas, pareamento de estímulos e recuperação espaçada (RADOMSKI; DAVIS, 2013).

A aprendizagem sem erros consiste na apresentação de pistas escritas ou verbais ao paciente que está aprendendo uma nova informação ou nova habilidade e tenta, ao máximo possível, evitar o erro; não se permite que o paciente tente por erro e acerto (SOHLBERG; MATEER, 2010). O apagamento de pistas ou pistas eliminadas consiste no aprendizado de palavras que inicialmente são apresentadas de forma completa e, em seguida, lhes são retiradas as letras, gradativamente. Ao desaparecer a palavra, espera-se que o idoso tenha aprendido a palavra e a repita (SILVA et al., 2013). No pareamento de estímulos, utiliza-se sistemas sensoriais para a aquisição da informação com melhorias na evocação tardia. Já a evocação ou recuperação espaçada consiste em apresentar o conteúdo a ser lembrado, testar imediatamente e com intervalos regulares de tempo cada vez maiores. O objetivo dessas técnicas mnemônicas é "interferir na aprendizagem, afetando a capacidade de retenção ou evocação do material apreendido" (SOARES; SOARES; CAIXETA, 2012, p. 464).

O estudo de Lee et al. (2013) (estudo nº 47) utilizou a aprendizagem sem erro em atividades no computador e em folhas impressas, por 12 sessões de 30 minutos; e, o estudo de Jang et al. (2015) (estudo nº 67) examinou os efeitos da aprendizagem sem erro associado à recuperação espaçada, em 25 sessões de 30 minutos. No estudo nº 47, os idosos apresentaram boa codificação e recuperação de informações. Ao grupo que usou o computador, houve uma melhor resposta para as funções cognitivas. Os autores atribuem o feedback audiovisual do computador a uma melhor estratégia de aprendizagem. Para o grupo que utilizou as figuras impressas, as mudanças são do ponto de vista emocional e funcional, que foi atribuído ao suporte direto dado pelo terapeuta ocupacional. Por outro lado, no estudo de Jang et al. (2015), as abordagens não apresentaram nenhuma diferença nos domínios cognitivos e engajamento em atividades diárias, no grupo de idosos com Alzheimer.

As limitações desses dois estudos se referem ao tamanho amostral, estratégia metodológica e ausência de comparação dessa técnica com outras. A literatura também aponta que essas abordagens, quando apresentam benefícios, tem efeito limitado de perpetuação dos ganhos (SCHABER; LIEBERMAN, 2010). Bier et al (2008) afirma que as técnicas de recuperação espaçada e aprendizagem sem erro são efetivas somente para conhecimentos específicos e de relevância para o idoso com Alzheimer. Acresce a isso, o relato de Soares, Soares e Caixeta (2012) sobre a ineficiência do uso dessas técnicas em transferir os benefícios para o desempenho nas atividades do cotidiano dos idosos (SOARES; SOARES; CAIXETA, 2012; SOHLBERG; MATEER, 2010).

Os três artigos restantes eram voltados para a estimulação cognitiva (estudos nº 48, 68, 71). O uso dessa técnica parte do princípio da neuroplasticidade cerebral e da capacidade de adaptação das pessoas. Os profissionais procuram estimular e potencializar as capacidades remanescentes e compensar o que foi perdido (CAMARA et al., 2009). Nos três artigos revisados foram utilizadas exercícios no papel para trabalhar o funcionamento cognitivo e social.

O ensaio clínico randomizado de Seyun (2015) (estudo nº 71), nível 1 de evidência cientifica, utilizou a estimulação cognitiva em sessões individuais e treino cognitivo na modalidade em grupo comparados ao grupo controle. As sessões duravam uma hora e foram feitas por oito vezes. A estimulação cognitiva era composta de estratégias compensatórias, práticas assistivas e gerenciamento do estresse. O treino cognitivo envolvia tarefas voltadas para orientação no tempo e espaço. O grupo intervenção foi associado à melhoria na qualidade de vida, orientação temporal e espacial (pelo treino cognitivo), bem como aumento de satisfação no desempenho de ocupações significativas. A ressalva dos autores para a pesquisa é em relação a não comparar essa técnica a outras possíveis no campo da reabilitação cognitiva, não saber exatamente como cada uma das duas técnicas empregadas influenciam no ganho cognitivo e pelo uso de avaliações que não são capazes de identificar mudanças sutis na funcionalidade.

Em outro ensaio clínico randomizado, Mapelli et al. (2013) (estudo nº 48) ressalta que a estimulação cognitiva feita em grupo (40 sessões de 1 hora) apresentou melhoria significativa dos sintomas cognitivos, com redução da severidade da demência, além de influência na regulação do comportamento. Não foram apresentadas as limitações desse estudo. Por fim, o estudo longitudinal de Hwang, Cha e Cho (2015) (estudo nº 68), a estimulação cognitiva (20 sessões de 50 minutos) esteve associada a ganhos cognitivos e maior participação em AVD, nos idosos com suspeita de demência e naqueles com demência leve. O mesmo não se aplicou para os idosos na fase intermediária da doença.

Em consonância com os artigos revisados, Woods e colaboradores (2012) realizaram uma revisão sistemática para avaliar a eficácia e o impacto da estimulação cognitiva em pessoas com demência. Na análise dos estudos clínicos randomizados, essa técnica beneficiou a cognição em idosos na fase inicial e intermediária da doença, acima de qualquer benefício associado à terapia medicamentosa. Os estudos tinham qualidade variável e não se sabe os benefícios em longo prazo. Dessa forma, recomendam-se mais estudos.

Na mesma direção, a revisão sistemática de Yuill e Hollis (2011) aponta a estimulação

cognitiva como uma técnica apropriada para uso em pacientes com demência na fase inicial e moderada, pois preserva a função cognitiva e promove níveis melhores de engajamento em ocupações significativas.

Por sua vez, a revisão sistemática de Bahr-Fuchs, Clare e Woods (2013) comparam duas técnicas: treino cognitivo e estimulação cognitiva. Nenhuma evidência foi apresentada para melhoria do funcionamento cognitivo durante o treinamento, mas houve benefícios da estimulação cognitiva para o engajamento em atividades diárias em idosos com DA em estágio inicial.

Em síntese, não foram encontrados artigos voltados direto para os valores, crenças e espiritualidade, nem tampouco para as estruturas do corpo. As técnicas no campo da terapia ocupacional voltadas para os fatores do cliente apresentam benefícios para uma específica função cognitiva e até para melhor desempenho em atividades do cotidiano, dependendo da técnica adotada. Se o objetivo da intervenção é para a melhoria da função cognitiva com repercussões no desempenho ocupacional, o treinamento cognitivo não é recomendado. Para isso, a estimulação cognitiva e terapia de reminiscências foram técnicas apresentadas nesta pesquisa como a capaz de obter ganhos funcionais.

Mesmo apresentando benefícios nas técnicas apresentadas aqui, é necessário cautela ao se adotar essas técnicas da reabilitação cognitiva, pois os estudos analisados apresentam os benefícios logo após o término da intervenção. Há necessidade de estudos com follow-up para avaliar o tempo em que os ganhos permanecem no paciente, mesmo sabendo do caráter progressivo da doença. Acresce a isso, a frequência e tempo das sessões de cada estudo. Não há um tempo padronizado entre as pesquisas para que se possa tirar conclusões a respeito do período mínimo em que é necessário estimular para obter ganhos cognitivos e funcionais.

Somente um estudo foi realizado com idoso na fase avançada da doença. Trata-se de um estudo de caso e não se recomenda a generalização dos dados. Sabe-se que na fase avançada da doença de Alzheimer, todas as funções cognitivas estão seriamente deterioradas (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009). Pela natureza da doença, as funções e estruturas do corpo vão sendo gradualmente alteradas, criando barreiras para o desempenho ocupacional. Isso pode ser uma justificativa da ausência de estudos nessa fase da doença. Apesar disso, outros autores relatam que, na fase severa da doença, os idosos podem manter algumas habilidades comunicativas e sociais, mostrando alguma capacidade de readaptação funcional (MANSUR et al., 2005). Dessa forma, são necessários mais estudos com os idosos,

nesse estágio da doença, para que se possa avaliar se existem técnicas de reabilitação que possam trazer benefícios, mesmo que pequenos, ao funcionamento cognitivo e social.

## 5.5 **A Terapia Ocupacional e os cuidadores de idosos com Alzheimer: as evidências científicas**

Idosos com demência de Alzheimer, com a progressão da doença, necessitam de supervisão e cuidados cada vez mais contínuos e normalmente disponibilizados por familiares (EGAN; HOBSON; FEARING, 2006). Tais cuidadores são envolvidos em todo o processo de Terapia Ocupacional, pois eles são essenciais para dar informações sobre o histórico ocupacional do idoso, colaborar com o terapeuta ocupacional e o idoso sobre a definição das metas de tratamento, participar no desenvolvimento de um plano de cuidados, além de se envolver em programas educacionais e de apoio para gerenciar melhor seu papel de cuidador, bem como participar de intervenções para cuidados de sua própria saúde e bem-estar.

Nesta pesquisa, doze artigos eram voltados para identificar as percepções dos cuidadores sobre o cuidar e sobre os serviços que os idosos recebem, as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia com os idosos, as estratégias adotadas e/ou as necessidades para desempenhar a tarefa do cuidado (estudos nº 01, 14, 18, 25, 32, 54, 59, 60, 64, 75, 76, 79) (quadro 17).

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continua)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | PERSSON; ZINGMARK, 2006 | Descrever como os esposos (as) que cuidam de seus parceiros com DA percebem suas vidas ocupacionais. | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 8 esposas(os) que moram com o parceiro com DA.<br><br>Coleta de dados: Entrevistas narrativas individuais (feitas em casa ou no hospital), com o objetivo de descobrir significados nas experiências vividas. | 1) Há um processo de mudança na situação da família que influencia em muitos aspectos o cotidiano do cuidador.<br>2) Os participantes estão em uma situação de vida afetada pelas consequências da doença de seu parceiro.<br>3) O casal passa a ter uma vida ocupacional interligada em que a participação e desempenho do parceiro com DA são dependentes no planejamento e apoio para seu esposo.<br>4) Os valores relacionados à saúde, interesses próprios e ligações emocionais com seu parceiro afetam em como os cuidadores percebem sua situação e fazem as prioridades.<br>5) Todos participantes compartilharam experiências de viver um processo inicial de ajustamento às mudanças na situação da vida<br>6) Viver com uma pessoa com DA significa fazer ajustamentos considerando o planejamento, organização e desempenho das ocupações diárias. O apoio de colegas, vizinhos, amigos e parentes é considerado de grande valor nesse processo de mudança. As relações sociais diminuem, mas os reais amigos permanecem e aceitam as mudanças.<br>7) Os participantes estão se esforçando para ocupações significativas em uma situação de vida interligada e em mudanças.<br>8) Participantes percebem alegria, dignidade, proximidade quando estão sendo ou fazendo coisas com seu parceiro.<br>9) A importância de fazer coisas sem o doente foi reforçada nas entrevistas, pois funciona como um espaço para respirar e descansar, um método de relaxamento e uma oportunidade de quebrar com a rotina.<br>10) Perdas, percepção de inadequação e aflição fazem parte da vida diária dos cuidadores. Devido à mudanças na personalidade dos idosos com DA por conta da doença, os cuidadores sentem-se que estão perdendo parcialmente seus parceiros. Essas perdas e aflições são conectados a sentimentos de abandono e solidão.<br>11) Relatam preocupações em não ter força suficiente como resultado de distúrbios do sono e não saber quanta força eles tem devido ao fato de seu parceiro não aceitar os cuidados necessários ou o que é melhor para seu parceiro. | Pequeno número amostral.<br><br>Tipo de análise, pois a subjetividade do pesquisador, incluindo um pré-entedimento é parte do processo de interpretação dos resultados. |

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | HWANG et al., 2009 | Investigar, entre cuidadores familiares de pessoas com DA, a correlação entre o cuidar e a participação em atividades. | Tipo de estudo: Descritivo transversal.<br><br>Participantes: 54 cuidadores.<br><br>Amostra por conveniência.<br><br>Coleta dos dados: O questionário era composto de 3 partes: Percepção da sobrecarga (13 afirmativas), participação em atividades significativas (11 afirmativas), dados pessoais/demográficos (10 dados).<br><br>Escala de Likert com 5 pontos, onde 1 discorda totalmente e 5 concorda totalmente. | 1) Dos 54 respondentes, 90,7% eram cuidadores atuais e 5 tinham sido cuidadores nos 2 últimos anos (9,3%). A maioria composta de mulheres, entre 40 e 59 anos, com 85 dos respondentes estando desempregados ou trabalhando parcialmente.<br><br>2) A área menos impactada da participação em atividades significativas se relacionou ao tempo para o autocuidado dos cuidadores onde a maioria concorda que tem tempo suficiente para realizar essas atividades.<br><br>3) Uma correlação negativa moderada foi altamente significante entre a parte um (percepção da sobrecarga do cuidador) e a parte 2 (participação em atividades significativas), indicando que quando o nível de percepção da sobrecarga aumenta, o nível do engajamento do cuidador em atividades significativas diminui.<br><br>4) A percepção de sobrecarga no cuidar foi largamente associada ao forte senso de obrigação do cuidador para dar um excelente cuidado ao membro familiar com DA, inevitáveis mudanças na vida pessoal devido ao papel de cuidador, sentimentos de restrição do tempo pessoal e liberdade e falta de uma rede de suportes.<br><br>5) Há relações entre a sobrecarga do cuidar por um membro familiar de DA e diminuição das oportunidades para ocupações. As intervenções baseadas nas ocupações podem ser adequadas para auxiliar na busca de um equilíbrio no cuidar com o trabalho, responsabilidades pessoais e sociais.<br><br>6) TO tem um papel importante no empoderamento de idosos e cuidadores na melhoria de sua qualidade de vida pelo aumento de oportunidades de ocupações. | O questionário não tem validade e confiabilidade estabelecidos.<br><br>Pequena amostra de conveniência.<br><br>Não se sabe o número de questionários distribuídos, só os que retornaram.<br><br>Pelo desenho do estudo, há vários fatores de confusão (cultura, status socioeconômico), onde as relações de causa e efeito não podem ser concluídas.<br><br>Não se sabe em que estágio estão os pacientes com DA |

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 18 | NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010 | Conhecer o perfil sociodemográfico dos cuidadores/familiares de idosos com demência, atendidos em duas unidades de atendimento ambulatorial.<br><br>Identificar quais são as maiores dificuldades identificadas e relatadas na tarefa diária de cuidado. | Tipo de estudo: Descritivo transversal.<br><br>Participantes: 50 cuidadores/ familiares.<br><br>Coleta de dados: avaliação criada com base no objetivo, com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, renda), tempo gasto com o cuidado e com atividades de seu interesse, grau de cansaço e sentimentos gerados ao cuidar. | 1) A rede de suportes é formada por familiares, mulheres (cultura).<br><br>2) Os cuidadores também estão em processo de envelhecimento e também possuem suas necessidades específicas da idade.<br><br>3) O conhecimento da doença se restringem às informações médicas (fase inicial) e buscam por internet ou outros folhetos.<br><br>4) O número de horas gastas com o cuidado aumenta com a progressão da doença e o número gasto com lazer se reduz.<br><br>5) 75,6% dos cuidadores relatam sentimentos negativos , com índice maior na fase inicial da doença. Esse valor pode ser agravado pelo grau de cansaço e pela falta de suporte ou de pessoas que possam dividir o cuidado. Na fase inicial, ter um índice maior pode estar relacionado à descoberta do problema e a desorganização da família, com impacto para essas sensações e que o ser humano se adapta, diminuindo os sentimentos negativos.<br><br>6) O acesso às informações e estratégias pode representar uma diminuição de sobrecarga de cuidado devido ao entendimento da condição e instrumentalização dos cuidadores/familiares sobre as possibilidades de manejo e consequentemente a melhoria sobre a qualidade do cuidado oferecido.<br><br>7) O ser humano tem uma capacidade de adaptação às diversas situações e essa também pode ser uma justificativa para a diminuição dos sentimentos negativos nas fases mais avançadas. Os cuidadores relatam que tiveram que aprender com a doença. | Não foram relatados. |

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 25 | TEILELMAN; RABER; WATTS, 2010. | Discute os achados de uma pesquisa qualitativa que mostra que o ambiente social é um fator potente na facilitação do engajamento de pessoas com demência.<br><br>O estudo qualitativo foi feito com 8 residentes, mas no artigo apresentam somente dois casos, pois eles estão relacionados à potência do ambiente social. | Tipo de estudo: Estudo de caso. Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 02 idosas com DA residente de uma casa de apoio.<br><br>Avaliações: MEEM e entrevista com staff e familiares.<br><br>Tempo: 11 meses até saturação da entrevista | 1) A interação social do modelo de cuidados centrado na pessoa (PCC), os princípios do IRM (modelo de relacionamento intencional) e as abordagens psicoterapêuticas, refletida nos dois casos (impacto de ambiente social positivo e negativo), demonstram como eles podem promover o engajamento ocupacional em pessoas com demência e o seu não uso pode levar à psicologia social maligna.<br><br>2) Profissionais e cuidadores precisam ser conscientes do poder de suas atitudes e comportamentos tem para modelar o ambiente social e mais, contribui para ou destrói a motivação dos clientes para se engajar em ocupações.<br><br>3) Terapeutas precisam estar sintonizados nas sub-formas em que pessoas com demência podem expressar sua volição, eles são mais prováveis de apoiar e reforçar os esforços dos clientes, resultando em melhor participação.<br><br>4) Como o estudo usa o modelo da ocupação humana, não é surpresa que o ambiente social é o indicador chave para o engajamento ou não em ocupações.<br><br>5) Nesse estudo, as preferências dos clientes foi tipicamente indicada, não através de movimentos verbais ou comportamentais pela atividade, mas através de comportamentos demonstrando o desejo em participar ou não.<br><br>6) TO precisam ter consciência de comportamentos reativos (agitação, saída do ambiente) que são manifestações que indicam o não desejo para se engajar naquela ocupação e saber responder terapeuticamente a esses comportamentos.<br><br>7) O curso da demência leva a redução no engajamento em ocupações, mas a motivação para participar deve ser mantida. | Não foram relatados. |

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 32 | CZARNUCH; MIHAILIDIS, 2011 | Avaliar as necessidades do usuário, explorando quais AVDs desafiam o idoso para completar de forma independente, quais são difíceis para o cuidador auxiliar, qual o papel da TA inteligente como ferramenta para completar as AVD e quais características e funções devem ter as TA domiciliares desenvolvidas para auxiliar na realização da AVD. | Tipo de estudo: Descritivo Transversal.<br><br>Participantes: 106 cuidadores<br><br>Coleta de dados: questionário online, , que responderam ao questionário de 85 perguntas, sendo que estava relacionada a AVD, a TA e outras relacionadas características demográficas e socioculturais. | 1) Os cuidadores acham que os idosos com demência tem capacidade parcial para completar algumas AVD básicas, mas não para AIVD.<br><br>2) Eles afirmam que ajudam na finalização da maioria das AVD e AIVD e que isso não é excessivamente difícil, mas tem umas AVD básicas tipicamente privativas (vestir, banho, lavar mãos, escovar dentes) que são mais desafiantes para ajudar.<br><br>3) Esses achados implicam que as TA inteligentes poderiam reduzir a sobrecarga do cuidador e aumentar a independência e qualidade de vida da pessoa com demência.<br><br>4) Os participantes, em sua maioria, indicam que não acham que as tecnologias poderiam ajudar em várias AVD, com exceção do "lembrar de tomar o medicamento".<br><br>5) Os cuidadores afirmam que a TA deva ser capaz de adaptar autonomicamente para mudar as capacidades das pessoas com demência e os diferentes usuários de tecnologias.<br><br>6) Os cuidadores dizem que não tem tempo de ficar estudando como funciona o equipamento, mesmo se sentindo capazes de aprender.<br><br>7) Os cuidadores também querem uma TA familiar e sem obstruções, apresentando um interessante desafio para os designers de TA, aquisição de uma adequada informação sensorial e proporcionar interfaces de usabilidade e intuição sem comprometer a atmosfera da casa do usuário | Amostra deveria ser maior.<br><br>Focou no cuidador e não questionou idosos com demência |

TA: Tecnologia Assistiva; AVD: Atividade de Vida Diária; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 54 | WILSON et al., 2013 | Examinar as estratégias de comunicação usadas por cuidadores formais enquanto assistiam aos residentes com DA (moderada ou severa) durante a execução de uma atividade de vida diária básica: a escovação de dentes. | Tipo de estudo: Observacional e transversal.<br><br>Participantes: 13 residentes com DA e 15 cuidadores.<br><br>Recrutamento feito em 2 ILPI na área de Toronto. Coleta de dados: ADCS-ADL-SIV.<br><br>Frequência: cerca 6 sessões de escovação/paciente, por 2 semanas. | 1) No ADCS houve diferença significativa para os 2 grupos, onde os residentes com moderada DA tinham maior capacidade funcional do que o grupo com DA avançado.<br>2) 85% das estratégias de comunicação eram focadas na tarefa, 10% em estratégias sociais e 5% em estratégias mistas.<br>3) Nas estratégias de comunicação focadas na tarefa foram usadas para DA severa: uso de uma proposição no tempo (uma direção, instrução, uma ideia do tempo), uso do nome do residente, comentários encorajadores, uso de repetição parafraseada, uso de questões fechadas.<br>4) Para os DA moderados, os cuidadores usavam: uma proposição no tempo, uso de questões fechadas, uso de repetição parafraseada e uso de 2 proposições e uso de questões de verificação e comentários encorajadores, nessa ordem.<br>5) Nas estratégias não verbais, não houve diferença significativa entre os grupos em termos de uso das estratégias, mas as 3 mais usadas foram: dica tátil de pegar o objeto para o residente, guiá-lo com o toque e apontar.<br>6) Das estratégias de comunicação social, somente a estratégia de responder aos questionamentos dos residentes teve uma diferença significativa com os cuidadores interagindo com os DA moderado mais frequentemente do que com os severo.<br>7) Sobre a comunicação mista, houve diferença significativa entre os grupos, sendo que o severo necessitava de mais do que o grupo de moderado.<br>8) Embora cuidadores dos dois grupos empregavam mais frequentemente as estratégias de comunicação dando somente uma proposição, os cuidadores de DA severo usavam essa estratégia significativamente mais frequente do que em moderados DA. | Amostra pequena.<br><br>Procedimento não randomizado, então a generalização dos dados devem ser feitas com precaução.<br><br>Não foi feita os testes de visão e audição.<br><br>Além disso, a reatividade pode ocorrer, pois os cuidadores podem alterar seu típico comportamento de rotina quando está na presença de um pesquisador. |

ADCS-ADL-SIV: Activities of daily Inventory - Severe Impairment Version

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 60 | EDWARDS, 2014 | Explorar a experiência vivida no cuidado à distância e examinar como os profissionais de saúde podem ajudar melhor esses cuidadores. | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 10 cuidadores (9 mulheres).<br><br>Todos moravam no mínimo a 2 horas de carro da casa dos parentes.<br><br>Os cuidados eram dados presencialmente e, na maioria das vezes, à distância. Eram cuidadores há mais de 6 meses.<br><br>Coleta dos dados: 2 entrevistas, uma pessoalmente e outra por telefone (01 mês depois). | 1) Os cuidadores gastam muito tempo monitorando e procurando por serviços para seu familiar doente. Isso demanda compromisso.<br><br>2) Cuidadores gostariam que os profissionais de saúde tivessem mais iniciativa para comunicar sobre o doente, pois como eles estão à distância, o profissional de saúde são grandes informantes.<br><br>3) Os cuidadores gostariam de ter papel ativo no cuidado, pois eles têm muitas informações boas que poderiam ajudar os profissionais de saúde (ex: informação sobre o que o deixa agitado ou calmo).<br><br>4) Os cuidadores querem realmente cuidar, manter os familiares com DA o mais tempo saudável e manter presente a honra e o respeito. Os cuidadores esperam que os profissionais façam o mesmo.<br><br>5) O processo de cuidar leva frequente crescimento e aumento de autoconsciência, autoconfiança para os participantes.<br><br>6) O declínio os afeta, com sentimentos de frustração. Os profissionais de saúde também são fontes de preocupação e frustração para os participantes, pois não sabem se podem confiar totalmente.<br><br>7) Os cuidadores impõe uma tensão com seus parentes e amigos porque o doente sempre vem em primeiro lugar, interferindo negativamente em suas vidas. Sua vida pessoal e rotina são gastas com muito tempo ao telefone ou computador ou mais viagens para ver os pais. A saúde física dos participantes também são impactados se eles não comem apropriadamente ou fazem exercícios e alguns sintomas são distúrbios do sono, dor de cabeça e ganho de peso.<br><br>8) Profissionais de saúde precisam respeitar as decisões feitas pelos membros da família e não julgar e questionar. | Amostra pequena.<br><br>Somente um homem foi entrevistado |

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 59 | MAO et al., 2014 | Investigar, sob o ponto de vista dos cuidadores, a percepção de utilidade em um contexto específico dos produtos assistidos disponíveis para pessoas com demência leve a moderada que residem na comunidade.<br><br>Investigar, do ponto de vista dos *experts*, os indicadores dos produtos assistidos com alto e baixa percepção de utilidade. | Tipo de estudo: Descritivo transversal.<br><br>Participantes: 75 díades foram avaliadas na fase 1.<br><br>Na fase 02, 7 cuidadores familiares e 14 profissionais (inclui TO e fisio) eram compostos pelos *experts* | 1) Apesar de menos de 10% ter tido contato com os produtos assistivos, os cuidadores tiveram uma percepção de utilidade maior, mas afirmam que precisam saber se elas são acessíveis e com um custo razoável. Isso sugere que esses fatores devem ser considerados quando vão desenvolver.<br><br>2) Na perspectiva dos *experts*, a alta utilidade incluem permitir prevenção de acidentes, ter uma interface intuitiva, ser familiar, de fácil uso e simplificar as atividades, e o indicador de baixa utilidade foi sugestões ao cliente.<br><br>3) O estudo sugere que os cuidadores tem preferências por certos produtos assistivos com indicações específicas, o que influencia a decisão de compra e uso desses produtos. Portanto, a preferência do usuário para um produto específico deve ser explorada antes de ser dedicado o tempo à produção e desenvolvimento do produto.<br><br>4) Os indicadores dos cuidadores devem ser analisados cuidadosamente, pois eles preferem tecnologias que previnem acidentes sobre as tecnologias que informam a eles sobre a ocorrência de um acidente ou somente como manejar as consequências.<br><br>5) Os cuidadores reportam que é improvável o uso de produtos não familiares.<br><br>6) A preservação da privacidade e da autonomia também são essenciais para analisar para o desenvolvimento de produtos assistivos. | Perspectiva dos doentes não foi representativa, pois o questionário era muito difícil de ser respondido por eles.<br><br>Os cuidadores eram voluntários e isso pode ter contribuído para uma melhor aceitação dos produtos de TA e as experiências de uso podem ser afetadas pelos fatores contextuais. |

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 64 | BOLTZ et al., 2015 | Examinar os fatores que contribuem para a ansiedade de cuidadores de pessoas com demência e hospitalizados. Explorar as perspectivas dos cuidadores sobre a doença e hospitalização. | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa e quantitativa (Descritiva).<br><br>Participantes: 50 cuidadores.<br><br>As díades foram recrutadas de 3 unidades hospitalares.<br><br>Coleta dos dados:<br>Primeiras 24h de admissão: avaliação do status cognitivo e funcional para o paciente e um *survey* nas primeiras 48h para o cuidador.<br>Para cuidador: dados demográficos, Mutuality Scale (avaliação baseado na percepção do cuidador em seu relacionamento com o dementado); MSCI, Hospital Anxiety and Depression Scale. Para idoso: MBDRS, Confusion Assessment Method, Indice de Bathel e Disease Burden | 1) Os pacientes eram: mulheres, brancas, viúvas, com idade média de 83,8 anos; 96% vinham de casa e 4% de asilo, com índice de Barthel em declínio se comparar duas semanas antes da admissão e na admissão, mostrando declínio funcional; 44% com delírio.<br><br>2) Perfil do cuidador: filhas seguidas de esposas/companheiras; maioria casada, entre 46 e 65 anos e mais da metade trabalhando fora de casa; 22% com algum grau de depressão; 18% com ansiedade e depressão.<br><br>3) Cuidador: ansiedade: 54% não, mas 30% com ansiedade moderada a severa com variáveis relacionadas à ansiedade (nível de educação, severidade da demência e função anterior para o paciente e tensão (cuidador).<br><br>4) Sobre os dados qualitativos relacionados às experiências vivenciadas pelos cuidadores: aumento da tensão na hospitalização, interfere na rotina, no tempo, aumenta a demanda de cuidados.<br><br>5) Sobre as preocupações dos cuidadores: ficam preocupados com a perda da função cognitiva e física, com quedas, com a não identificação de quadros de dor, com a alta (como conciliar o trabalho e o cuidado, quais outros membros poderão ajudar e se estão capacitados para isso); manter-se vigil; necessidade de ser escutado; capacitar os cuidadores diminuem a preocupação; Há relação entre tensão do cuidador e severidade da demência.<br><br>6) O aumento de tensão do cuidador na admissão contribui para a ansiedade em cuidadores de idosos com demência hospitalizados e a função física do paciente também. | Amostra limita a robustez dos dados quantitativos. Podem ter outros fatores que contribuem para a ansiedade e que não foram mensurados, tais como personalidade, estilo de enfrentamento, saúde dos cuidadores familiares. |

MSCI: Modified Caregiver Strain Index; MBDRS: Modified Blessed Dementia Rating Scale

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 75 | HYNES et al., 2015 | Explorar como a intervenção COTiD (Intervenção terapêutica ocupacional comunitária para demência) proveniente da Holanda possa servir para o contexto dos serviços britânicos e como pode ser adaptado para ser relevante para o Reino Unido. | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa (grupo focal).<br><br>Participantes: 39 pessoas. 18 idosos e 21 cuidadores.<br><br>Coleta dos dados:<br>Foram formados 3 grupos focais. O grupo focal tinha o objetivo de elucidar a visão proposta pelo programa COTiD (Community Occupational Therapy in Dementia) para as pessoas com demência e familiares e em que medida o programa pode ser capaz de obter suas necessidades e preferências e para identificar quaisquer aspectos que necessitam de mudança para faze um COTiD adequado para o uso no Reino Unido. | 1) Três temas foram destaques nos grupos focais: perder e viver com a demência, como nos ajudar e consistência e continuidade.<br><br>2) Os participantes apoiam a implantação, mas queriam que o COTiD fosse mais flexível, consistente e adequado às demandas existentes. E que incluísse cuidador como parceiro para a oferta da intervenção. Esses resultados mostram que os participantes estão insatisfeitos com o suporte que eles tem recebido.<br><br>3) A intervenção precoce foi apontada pela díade e eles relatam não receber esse suporte adequadamente.<br><br>4) Participantes expressam sua vontade em ter espaço e tempo para falar de suas experiências em grupos.<br><br>5) Sua visão com a doença é negativa, mas muitos relatam formas de adequação diante da situação atual.<br><br>6) Os cuidadores veem a intervenção como capaz de aumentar suas habilidade e capacitar para enfrentar os desafios que eles irão encontrar. Reforça, assim, a importância de incluir o cuidador na intervenção, uma vez que a meta do COTiD é manter a independência da pessoa com demência.<br><br>7) A maioria sugere melhorias: abordagens mais flexíveis em relação a tempo e número de sessões, bem como os objetos da intervenção nas necessidades específicas da pessoa com DA e seu cuidador. | Os participantes falavam sobre uma situação hipotética, pois não tinham conhecimento aprofundado do que era o COTiD. |

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (continuação)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 76 | HAN; RADEL, 2015 | Explorar as experiências e o impacto de um programa de atividade social (KUMC PAIRS) para pessoas com demência e seus cuidadores familiares. Esse artigo foca na experiência dos cuidadores. | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 5 cuidadores.<br><br>Frequência: 2 atendimentos ao mês por 8 meses.<br><br>Coleta dos dados: Entrevistas em profundidade sobre o programa que foram submetidos: KUMC PAIRS (Kansas University Medical Center - Partenering in Alzheimer's Instruction Research Study).<br><br>Esse programa usa de atividades de lazer e sociais que são significativas para os participantes, além de grupo de apoio para os cuidadores. | 1) Os cuidadores relatam os benefícios do programa KUMC PAIRS para eles.<br><br>2) Relatam que o programa dá suporte às necessidades e desejos dos cuidadores e auxiliam na participação social da díade, bem como no engajamento em atividades significativas.<br><br>3) O programa dá oportunidade de se engajar, juntos ou separados do parente com DA, em histórias familiares e interesses e relembrando boas memórias.<br><br>4) Os cuidadores tem forte desejo em engajar seus familiares em oportunidades sociais bem agradáveis com outros membros da comunidade.<br><br>5) Participantes relatam que o programa deu ao portador de demência uma nova interação social com outras pessoas além do círculo familiar. | A pesquisa foi feita muito tempo após o término do programa KUMC PAIRS e se fosse feito mais cedo poderia capturar melhor os benefícios sustentados do programa. |

Quadro 17 - Processo terapêutico ocupacional direcionado aos cuidadores (conclusão)

| Nº | AUTORES | OBJETIVOS | DESENHO METODOLÓGICO | DESFECHOS | LIMITAÇÕES DO ESTUDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 79 | EDWARDS, 2015 | Explorar as experiências de cuidado (desafios e recursos) e como a terapia ocupacional pode ajudar aos cuidadores | Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.<br><br>Participantes: 10 cuidadores.<br><br>Somente 2 idosos com demência residiam com os cuidadores.<br><br>Coleta dos dados: entrevistas | 1) O cuidado leva a uma grande mudança pessoal e experiências desafiantes.<br><br>2) O cuidar leva a sentimentos de estresse, culpa e isolamento. Há uma diminuição do tempo com os amigos, familiares, autocuidado e lazer. "As mudanças alteram sua biografia e identidade".<br><br>3) Grupos de apoio, educação, técnicas de relaxamento, gerenciamento do estresse podem ajudar os cuidadores a se manterem saudáveis.<br><br>4) Os cuidadores reforçam a necessidade de educação para diminuir sobrecarga e estresse.<br><br>5) Participantes vivenciam falta suporte de amigos e membros familiares. Os suportes vêm de um staff das instituições asilares, ou de locais de saúde que frequentam, associação de Alzheimer, grupos religiosos, colegas de trabalho.<br><br>6) A maioria dos participantes gostaria de entender melhor o papel do TO, como eles podem se beneficiar desse serviço e em que áreas eles atuam. | O estudo foi feito em uma pequena área geográfica da Carolina do Norte. Todos os participantes eram caucasianos. Os dados não podem ser generalizados pelo desenho do estudo adotado. |

Fonte: A autora, 2016.

O cuidador é tido como o maior apoio familiar para o enfrentamento das limitações advindas da doença e impostas ao idoso (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010a). Nos achados, um estudo foi destinado a cuidador formal (estudo nº 54). Os demais investigam as experiências dos cuidadores informais/familiares (estudos nº 01, 14, 18, 25, 32, 59, 60, 64, 75, 76, 79). Somente uma pesquisa é da literatura nacional.

O número superior de estudos voltados para cuidadores informais se dá, pois culturalmente, os cuidados sempre foram providos dentro do ambiente domiciliar (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009a). Associa a isso a necessidade de redução dos custos, uma vez que a família teria que dispender muitos gastos para manter o idoso em instituições de saúde ou lares para idosos (KARCH, 2003). Além disso, a sociedade ainda vê a institucionalização como uma forma de abandono e descaso com o idoso (DUARTE, 2004). Dessa forma, a modalidade de cuidados adotada pela maioria das famílias que conviem com um idoso com Alzheimer é a informal, onde um familiar assume a maior responsabilidade na prestação de cuidados. Isso reflete no número de publicações voltados para essas pessoas.

No contexto nacional, a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8842 de 04/01/1994) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01/10/2003) reforçam essa modalidade de cuidado, pois afirmam que no convívio familiar há possibilidade de preservação dos laços familiares e da identidade do idoso, além de conforto e dignidade (BRASIL, 1994, 2006a; SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012).

Inesperadamente e de forma repentina, um dos familiares (na maioria das vezes) irá assumir essa função que pode perdurar por muitos anos (INOUYE et al., 2009). No estudo de revisão, as pesquisas que descrevem o perfil dos cuidadores (estudos nº14, 18, 60, 64, 79) destacam que as mulheres – esposas e filhas – mojoritariamente, assumem essa função, confirmando dados da literatura nacional e internacional (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009b; NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010).

A escolha do cuidar por esse gênero se dá por questões culturais, onde a mulher tinha maior disponibilidade de prover os cuidados, pois não estavam inseridas no mercado de trabalho (VILELA et al., 2006). Contudo, os mesmos autores apontam para uma nova conformação familiar pela inserção da mulher no mercado de tabalho e redução das taxas de natalidade e fecundidade. Mesmo assim, atualmente, são elas que ainda integram essa nova função em suas vidas, associando a tarefa do cuidar com suas atribuições corriqueiras: trabalho, lazer, autocuidado, atividades domésticas e cuidados da sua própria família (marido e filhos). Os autores Novelli, Nitrini e Caramelli (2010) (estudo nº18) apontam, que nesse início, há necessidade das cuidadoras estruturarem suas rotinas, pois com a inserção deste novo papel

(escolhido ou não), é preciso estabelecer as atividades que ela precisa realizar e as que precisam ser feitas juntos ou pelo idoso.

Outro aspecto sobre o perfil, abordado nos estudos de Hwang et al. (2009) (estudo nº14) e Boltz et al. (2015) (estudo nº 64), se refere à idade das cuidadoras. Em sua maioria, as cuidadoras estão, pela classificação da Organização Mundial de Saúde, na meia idade (45 a 59 anos) ou até mesmo já são idosas (60 a 74 anos) ou anciãs (75 a 90 anos) (SIMÕES, 1994). Por essas questões e pelo processo normal do envelhecimento, a inserção de mais uma obrigação para essas cuidadoras pode gerar um desgaste físico e emocional (ARAKAKI et al., 2012) que impactam em sua vida social, bem-estar e saúde.

Frente às necessidades e desafios do cuidado, as experiências podem ser vivenciadas de formas diversas. Os estudos nº 01, 14, 18, 60, 64 e 79 exploram as vivências dos cuidadores durante a produção do cuidado. A percepção dos cuidadores está relacionada a ajustes na vida pessoal, passando a se engajar em ocupações que estejam atreladas à participação do idoso (PERSSON; ZINGMARK, 2006) (estudo nº01). A restrição para o tempo pessoal, para fazer suas atividades de trabalho e para o lazer pioram com o avançar da doença (HWANG et al., 2009; NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010; EDWARDS, 2015) (estudos nº 14, 18, 79). No estudo de Hwang et al. (2009) (estudo nº14), os cuidadores somente não relatam alterações em seu autocuidado. O tempo que os familiares tem disponível é o suficiente para realizar as atividades do cuidado do próprio corpo.

As experiências negativas vivenciadas durante o cuidado estão relacionadas à falta de suporte para os cuidadores, a sentimentos de abandono, redução das relações sociais, ao número de horas gastas com o cuidado, grau de sobrecarga, número de tarefas que precisam realizar pelo idoso, pelas alterações de comportamento dos idosos e redução do sono reparador (estudos nº 01, 14, 18, 79).

O estudo de Edwards (2014) (estudo nº60) teve como população-alvo os cuidadores informais à distância, que residiam a mais de duas horas de distância da casa do idoso dementado. Para eles, a experiência do cuidar estava associada ao cansaço e desgaste em monitorar os cuidados estando distante, bem como precisar estruturar o uso de serviços e rotina do idoso sem saber realmente como será realizado. Resta aos cuidadores confiarem nos profissionais que estão no dia a dia com o idoso e nos serviços da sociedade contratados.

A literatura discute que as experiências negativas podem implicar redução da saúde e bem-estar dos cuidadores, pois eles precisam lidar com o estresse, fornecer cuidados, dar

suporte ao familiar doente e manejar conflitos que podem aparecer diariamente (SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012).

Já o estudo de Boltz et al. (2015) (estudo nº 64) se diferencia dos agora mencionados, pois procuram compreender as vivências dos cuidadores que estão com seus entes dementados hospitalizados. A dificuldade em conciliar as próprias atividades com os cuidados no hospital, além da preocupação com o agravamento nos aspectos cognitivos e físicos, faz com que os cuidadores vivenciem momentos de ansiedade e tensão. A ressalva dos autores está relacionada a outros fatores não investigados e que podem contribuir para o aumento da ansiedade.

A desorganização na estrutura familiar, a inaceitação de seu ente ter a doença, a não aceitação da mudança de comportamento que não era da personalidade do idoso também aparecem na literatura como justificativas para os sentimentos negativos que afloram no relacionamento diário com o idoso com DA (CALDAS, 2004a).

Fernandes e Garcia (2009), por sua vez, relatam que os sintomas depressivos, ansiedade, baixa autoestima, apatia e irritabilidade emocional, bem como hipertensão arterial, desordens digestivas e doenças respiratórias afetam a saúde dos cuidadores em decorrência da sobrecarga do trabalho. Camacho e colaboradores (2013) apontam também para distúrbios do sono em cuidadores, relacionados à sobrecarga ou a maior tempo de vigília necessário para a produção de cuidados com os idosos.

Apesar da maioria dos estudos ter sido direcionada aos sentimentos negativos atribuídos pela tarefa árdua e ininterrupta de cuidar, a literatura aponta que, no convívio diário, afloram sentimentos muitas vezes ambivalentes. No estudo, somente Persson e Zingmark (2006) (estudo nº 01) apontam para as experiências positivas atribuídas ao cuidar. Os familiares relatam alegria em ser capaz de assumir essa função, de ficar próximo ao ente com DA e pela sensação de dignidade com o dever cumprido. O apoio de vizinhos e de parentes aparece como fatores que auxiliam no planejamento e organização dos cuidados e contribuem de forma positiva para o bem-estar dos cuidadores (PERSSON; ZINGMARK, 2006).

A fim de amenizar os sentimentos negativos e fortalecer as emoções positivas no relacionamento entre a díade, os cuidadores investigados apontam para as possíveis soluções: o acesso às informações sobre a doença, grupos de apoio, a capacitação para lidar com o idosos em diferentes situações (NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010; BOLTZ et al, 2015; HYNES et al., 2015; HAN; RADEL, 2015; EDWARDS, 2015) (estudos nº 18, 64, 75, 76, 79), o acesso às tecnologias que irão capacitar os idosos a se engajarem mais em ocupações (CZARNUCH; MIHAILIDIS, 2011; MAO et al., 2014) (estudos nº 32, 59), ser reconhecido

por serem os maiores conhecedores da vida do paciente e ter uma escuta diferenciada pelas suas vivências (EDWARDS, 2014; BOLTZ et al, 2015) (estudos nº 60, 64), e técnicas de relaxamento (EDWARDS, 2015) (estudo nº 79).

No estudo de Hwang et al. (2009) (estudo nº14), participar do programa de terapia ocupacional, com intervenções baseadas em ocupações foram consideradas adequadas para a busca equilibrada entre o capacitar para um cuidado de melhor qualidade e conseguir realizar suas responsabilidades pessoais e sociais.

O acesso às informações sobre a doença e a capacitação para executar estratégias para lidar com o familiar contribuem para o entendimento do comportamento do idoso, a escolha das possibilidades de manejo, a diminuição dos sentimentos negativos perante o doente e a melhoria da qualidade do cuidado oferecido (NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010) (estudo nº18).

Em uma revisão sistemática realizada por Santos e colaboradores (2011), as estratégias psicoeducacional, psicossocial e psicoterapêutica (intervenções não farmacológicas) aparecem como redutoras da sobrecarga dos cuidadores, pois são capazes de capacitar o familiar para as decisões do dia a dia junto ao dementado. No entanto, apesar dos resultados da revisão apontar para efeitos benéficos, possíveis falhas metodológicas aconselham prudência na utilização dessas abordagens (SANTOS et al., 2011).

O estudo de Lopes e Cachioni (2013), corroborando com a percepção dos cuidadores sobre o que poderia reduzir a sobrecarga, aponta para a eficácia da intervenção psicoeducacional. Essa abordagem não se restringe à capacitação sobre os temas de demência, nem ao manejo com o idoso fragilizado, mas engloba também um suporte psicológico e emocional. Nesse estudo feito com 21 cuidadores familiares, após a intervenção, houve melhora no que se refere aos relacionamentos entre os familiares e ao crescimento da percepção do cuidador sobre a necessidade dele próprio se cuidar. Já na área física não foi encontrada melhoria em relação a cansaço físico e ao tempo para descansar, o que seria de se esperar, pois a doença exige cuidados constantes e permanentes.

Nessa mesma direção, a literatura internacional na área de Terapia Ocupacional elenca ações de promoção à saúde e capacitação dos cuidadores, por meio de grupos de apoio emocional, gerenciamento de estresse e grupos de resolução de problemas. Essas ações têm se mostrado eficazes na diminuição das comorbidades psicológicas que afetam os familiares, aumento dos laços afetivos entre os membros do núcleo familiar e diminuição do risco de institucionalização. (THINNES; PADILLA, 2011).

O estudo de Wilson et al. (2013) (estudo nº 54) foi o único encontrado na revisão que investigou cuidadores formais. Para entender o comportamento do cuidador no engajamento dos idosos em ocupações, os pesquisadores investigaram as estratégias adotadas durante a escovação de dentes de idosos com DA. Essa atividade de vida diária começa a ficar comprometida na fase moderada da doença (WILSON, 2011). No artigo, para os idosos com DA moderado e severo, as estratégias de comunicação focadas na tarefa (direcionar, instruir sobre a etapa da tarefa, dar uma idéia de tempo) e as estratégias sociais (fazer comentários encorajadores, se referir ao paciente pelo nome), foram usadas pelos cuidadores formais para motivar a participação do idoso na escovação de dentes. Para os idosos com maior comprometimento, a frequência das estratégias era maior.

De forma similar, o estudo de Tieltman, Raber e Watts (2010) (estudo nº 25) estudou a influência do ambiente social (nele, o cuidador) no engajamento em ocupações. O ambiente social foi o indicador-chave para motivar os idosos para a participação, com consequente, redução da sobrecarga do cuidador. A possibilidade de moldar o ambiente social e motivar para o engajamento dos idosos estrava atrelado à consciência dos cuidadores sobre o poder de sua atitude e comportamento (TIELTMAN; RABER; WATTS, 2010).

Entender as estratégias já adotadas, bem como a consciência dos cuidadores em relação à influência de seu comportamento na participação do idoso, contribui para a elaboração de um plano de cuidados adequados para a díade. Essa compreensão também reforça a importância da capacitação e outras estratégias educacionais, pois elas são potentes para a facilitação e engajamento de idosos com demência em ocupações, bem como atuam como amenizadores da sobrecarga advinda da tarefa ininterrupta de cuidados.

Nas avaliações voltadas para os cuidadores ainda foram encontrados dois estudos em que os terapeutas ocupacionais investigavam a percepção dos cuidadores sobre os programas oferecidos no setor de Terapia Ocupacional (HYNES et al., 2015; HAN; RADEL, 2015) (estudos nº 75 e 76). No estudo de Han e Radel (2015), os cuidadores participavam de grupos de apoio, atividades sociais e de lazer. Os familiares relatam que os benefícios do suporte dado a eles resultam em aumento dos laços entre os idosos e cuidadores, recordações de boas lembranças e nova interação social proporcionada pelo programa.

Por outro lado, o estudo de Hynes et al. (2015) explorou as percepções de um programa de terapia ocupacional proveniente da Holanda e que seria implementado no Reino Unido. Como os cuidadores não conheciam o serviço, as percepções eram baseadas em uma situação hipotética. Mesmo assim, os familiares (e os idosos) avaliaram que a intervenção comunitária

poderia beneficiar os idosos com Alzheimer. Pelo entendimento do programa, parece que ele seria capaz de aumentar as habilidades dos pacientes com demência, mas os cuidadores reforçaram a necessidade deles serem incluídos na intervenção para aumentar as possibilidades de promover a participação e engajamento dos idosos em ocupações (HYNES et al., 2015). Preocupar-se em avaliar os programas utilizados na Terapia Ocupacional é essencial para diagnosticar os benefícios e limitações do que está sendo proposto, melhorar o conjunto de saberes que se dispõe para a produção dos atos de saúde e aprimorar a prestação de serviços para os idosos com DA e seus respectivos cuidadores.

Ainda fazem parte das preocupações de terapeutas ocupacionais que atuam junto a idosos com demência e seus respectivos cuidadores, as investigações de percepção dos cuidadores sobre as recomendações de produtos assistivos para os doentes. No estudo de Czarnuch e Mihailidis (2011) (estudo nº32), os cuidadores percebem que os idosos ainda possuem habilidades para participar de ocupações rotineiras, mas consideram que poucos produtos assistivos podem aumentar a independência do idoso e reduzir sua sobrecarga. Acresce a isso, a indisponibilidade de muitos cuidadores em participar do treino para uso ou por estar sem tempo para ficar estudando sobre o equipamento. Os produtos familiares e de fácil *design* contribuíam para melhor aceitação dos cuidadores. Da mesma forma, o estudo de Mao et al. (2014) apontam que o design simples, familiar, acessível e de custo razoável estão atrelados à percepção dos cuidadores como os de maior utilidade para o uso em idosos, com maior possibilidade de adesão. Os cuidadores preferem tecnologias que previnam acidentes a tecnologias que informem algo após um acontecimento.

Em conformidade com os achados, Anjos e Regolin (2012) informam que os produtos de baixa e média tecnologia – celular, cronômetro, agenda eletrônica – tem alta aceitação, pois são fáceis de adquirir e de usar em pacientes com demência.

A adesão aos dispositivos de auxílio para as atividades de vida diária ou para a cognição depende do incentivo, apoio e auxílio dos cuidadores. O treino e acompanhamento durante o uso dos dispositivos assistivos é direcionado tanto ao idoso quanto ao cuidador e é de responsabilidade do terapeuta ocupacional. Só assim, é possível analisar se o recurso é adequado ao contexto do paciente e se o produto otimiza a capacidade funcional (ANJOS; REGOLIN, 2012). A não disponibilidade para o treino, que aparece na revisão, pode levar ao abandono dos dispositivos recomendados.

Percebe-se, pelos estudos revisados, que as mulheres são maior alvo de sobrecarga e comprometimentos da saúde pela função que assumem. Ao mesmo tempo, não foram

apresentados estudos realizados com cuidadores homens para avaliar a sobrecarga e analisar se as funções assumidas por eles são as mesmas que as das cuidadoras mulheres. Moraes e Silva (2009) relatam que os homens, que assumem a função de cuidador primário, auxiliam nas atividades instrumentais de vida diária, mas as atividades de higiene, banho, vestir e alimentar-se são normalmente realizadas por cuidadores formais ou por outros familiares. Como o número de estudos com homens é reduzido, não é possível generalizar os achados e, com isso, impossibilita-se a mensuração da sobrecarga.

É importante relembrar que, pelas mudanças no perfil dos núcleos familiares, o tempo disponível para o cuidado dos adoentados está cada vez mais escasso, seja pelo número reduzido de filhos ou pela jornada de trabalho que essas pessoas assumem (COSTA; CIOSAK, 2010). Para o futuro próximo ou até mesmo atualmente, parece que a tendência é em direção a uma mudança na modalidade de cuidados ao idoso com demência. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de se ter instituições de acolhimento de idosos adequadas às necessidades da pessoa com demência, cuidadores formais capacitados para essa população específica e/ou outras redes de suporte para atender os idosos e seus respectivos cuidadores.

Ademais, é essencial investigar sobre a tessitura da rede de cuidados para os idosos que não têm familiares. O estudo apresentado anteriormente na Seção sobre o acesso aos recursos da comunidade, Edwards e Morris (2007) (estudo nº 04) observou que os idosos que residem sozinhos em suas comunidades atribuem aos vizinhos mais próximos e os amigos a função de cuidador primário. Nesse contexto, foram apontadas as preocupações pelo tempo em que eles permanecem sozinhos, sem assistência, com riscos relacionados à segurança domiciliar. Sendo assim, há de se pensar em aumentar o número de estudos que investiguem esses cuidadores que não são os familiares, para saber sobre o tempo disponível para a produção do cuidado, as funções que eles conseguem assumir, as estratégias que adotam e as percepções sobre suas funções que eles passaram a assumir.

Nesta pesquisa, constatou-se que os terapeutas ocupacionais que atuam junto a pessoas com demência de Alzheimer, tem uma abordagem ampla de cuidado ao idoso pela inserção do cuidador em seu plano interventivo. A abordagem centrada na díade reconhece uma filosofia de parceria e respeito aos anseios e desejos do cuidador e do idoso, reconhecendo a autonomia desses sujeitos para a tomada de decisões necessárias no processo da Terapia Ocupacional. Uma limitação desta tese e que serve como pesquisa futura é: uma vez que a atenção ao cuidador é uma área interdisciplinar, quais seriam os pontos de convergência e quais as diferenças entre a atuação do TO e de outros profissionais de saúde? Ademais, permanece ainda

a questão: A atenção dada a esses cuidadores leva a uma clareza suficiente para o tipo de cuidado a ser executado? Em que condições os laços de sangue podem compensar a falta de um bom treinamento?

Conclui-se que, compreender os fatores estressores e recompensadores decorrentes do processo de cuidar, bem como as estratégias adotadas no relacionamento diário e as necessidades para obtenção de saúde e bem-estar dos cuidadores, é essencial para pressionar em direção à implementação de políticas públicas que irão promover o suporte social necessário aos idosos doentes, seus familiares e à sociedade, de forma que abarque efetivamente o cuidado integral, humanizado e universal aos idosos com doença de Alzheimer.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A demência de Alzheimer modifica profundamente as relações entre os idosos e seus familiares, suas relações com o mundo, as interações sociais e as solidariedades familiares. Os impactos dessa doença na vida cotidiana são inúmeros e, neste sentido, é um desafio para a sociedade, para os familiares, para os profissionais de saúde e, de modo impositivo, uma preocupação para as políticas públicas de saúde. Por mais que a tese focalize na atuação do terapeuta ocupacional, é indispensável que o cuidado de uma população idosa seja direcionado pelo trabalho interdisciplinar.

O presente trabalho considera extremamente importante o conjunto das práticas profissionais no campo da saúde do idoso, em especial uma abordagem global e interdisciplinar que considere os aspectos sociais, econômicos ou ambientais como condicionantes do processo de saúde e doença. No entanto, pelo escopo circunscrito estipulado pelos objetivos, não foi possível considerá-los em profundidade e com a devida atenção que merecem. Em trabalhos posteriores à tese, tencionamos abordá-los como primordiais e complementares ao tratamento que demos à discussão da Terapia Ocupacional.

A pesquisa exploratório-descritiva de caráter bibliográfico permitiu identificar o estado da arte sobre o tema pesquisado, contribuir para a consolidação do corpo de conhecimentos e para fundamentar as ações dos terapeutas ocupacionais que atuam com pessoas com Alzheimer e seus familiares.

Numa síntese do panorama apresentado, observa-se uma disparidade entre a produção científica internacional e nacional, em termos de volume e qualidade dos estudos. No que tange ao Brasil, a escassez de publicações pode ser um reflexo da trajetória recente da abordagem do envelhecimento, se comparado aos países que já vivenciam este fenômeno há muitos anos, bem como da falta de incentivos governamentais na área da pesquisa. Os estudos internacionais também se destacam por possuir níveis de evidência mais elevados, possibilitando a generalização dos resultados e a recomendação das ações adotadas nos estudos, o que não se aplica às publicações nacionais.

O fato dos sistemas de saúde, nacionais e internacionais, demandar por práticas baseadas em evidências e que considerem o custo-efetividade de suas ações, obrigam terapeutas ocupacionais a justificar, rotineiramente, os valores de seus serviços baseados nesses parâmetros, para que se possam manter inseridos nos sistemas de saúde, na área educacional

ou no âmbito da assistência social e outros. Para isso, as publicações científicas constituem os recursos legítimos para provar seus valores e para pressionar as políticas públicas que irão organizar a oferta de seus serviços para a população.

A tese foi fundamentada no documento da Associação Americana de Terapia Ocupacional, intitulado "Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo, 3ª edição" (AOTA, 2014). O foco do estudo era no processo de Terapia Ocupacional, em que são apresentadas as ações desenvolvidas pelos profissionais, desde as avaliações, as intervenções até os resultados alvo alcançados. A avaliação é formada pelo perfil ocupacional e análise do desempenho ocupacional; já o processo interventivo é composto pelo plano de intervenção, tipos de intervenção com seus resultados alvo e revisões do planejamento. Ainda foram incluídas na pesquisa as publicações sobre avaliações globais de outros profissionais sobre o tratamento terapêutico ocupacional e estudos direcionados às propriedades psicométricas de instrumentos padronizados de avaliação, que contaram com idosos com Alzheimer como participantes da pesquisa.

No processo avaliativo, a abordagem é centrada na díade, ou seja, há uma preocupação dos terapeutas ocupacionais na identificação das histórias, valores e papéis desempenhados tanto pelo idoso com demência de Alzheimer como pelos cuidadores. Essa abordagem adota uma filosofia de parceria e respeito aos anseios e desejos da díade, reconhecendo a autonomia desses sujeitos para a tomada de decisões necessárias no processo da Terapia Ocupacional.

No que se refere ao perfil ocupacional verifica-se uma preocupação com: a consciência sobre a doença e a percepção da qualidade de vida por parte dos idosos e cuidadores; a percepção sobre a tarefa de cuidar assumida pelos familiares e as estratégias adotadas durante o cuidado; e, o acesso dos idosos aos recursos disponíveis na comunidade.

A investigação realizada mostrou um idoso consciente das consequências da doença, mas com dificuldades, por parte da díade, em interpretar os sintomas como indicadores patológicos quando estavam na fase precoce da doença. Foi possível, por esses estudos, compreender o significado da ruptura do cotidiano e as estratégias de enfrentamento adotadas pelos idosos, bem como os dilemas vivenciados nesse processo. Perceber o idoso como um ser consciente é ter a sensibilidade de avaliar e considerar suas aspirações, valores e crenças ao elaborar o processo de intervenção para que se obtenha sucesso nas metas estabelecidas no planejamento terapêutico ocupacional.

No que se refere à qualidade de vida, as pesquisas investigaram a percepção dos idosos sobre sua qualidade de vida e a percepção de cuidadores sobre sua própria qualidade de vida

ou sobre a do idoso. Nos estudos, a percepção de pior qualidade de vida estava associada ao maior tempo do diagnóstico, à menor capacidade dos idosos em engajar-se nas atividades significativas e à presença de alterações comportamentais ou neuropsiquiátricas. A ausência de uma rede de apoio, oportunidades de lazer ou qualquer tipo de auxílio aparecem como pontos negativos para a percepção da qualidade de vida dos cuidadores.

No entanto, as pesquisas utilizam diferentes conceitos para o constructo qualidade de vida, uns mais amplos e outros restritos ao uso do tempo e bem-estar emocional. Não foram identificados estudos com idosos na fase avançada da doença, que pode ser atribuído ao fato de considerar o idoso em um estágio que esteja incapaz de produzir informações fidedignas sobre sua percepção sobre a qualidade de vida. Estudos aprofundados sobre a consciência da doença podem auxiliar na determinação de até quando os idosos possuem a capacidade de avaliar a própria qualidade de vida. Assim como, futuras pesquisas podem definir métodos alternativos voltados a estabelecer indicadores relacionados à qualidade de vida em pacientes com severo comprometimento cognitivo.

Na investigação dos acessos aos recursos da comunidade, as barreiras encontradas para a participação desses idosos estavam relacionadas a aspectos culturais, por falta de ambientes acessíveis para imigrantes, não oferta de serviços comunitários e domiciliares, ou por necessidade de um ambiente mais adaptado e organizado às necessidades da população idosa com demência.

A questão da acessibilidade direcionada a pessoas com deficiências cognitivas ainda é incipiente e com poucas publicações científicas. Não houve nenhum relato brasileiro, mas as normas nacionais de acessibilidade a serem seguidas já são consolidadas. No entanto, tais instrumentos políticos são centrados nos elementos estruturais (barreiras arquitetônicas) e geralmente direcionados a pessoas com necessidades de ordem física. Urge a necessidade de terapeutas ocupacionais pressionarem os gestores locais na criação de políticas que assegurem a criação de ambientes acessíveis para esse grupo específico, integrando, de forma resolutiva e com qualidade, o adoecimento às necessidades dos idosos.

Ainda no processo avaliativo, a análise do desempenho ocupacional foi direcionada a observar o acesso dos idosos a recursos na comunidade e como eles desempenhavam atividades instrumentais de vida diária ou outros engajamentos em ocupações que necessitavam de tecnologias. Observou-se que para desempenhar as atividades, o acesso dos idosos na comunidade se restringia ao ambiente familiar (no entorno), para realizar um número reduzido de tarefas e em períodos em que havia mais movimentação.

Na análise do desempenho em atividades mais complexas, foi possível identificar falhas nas habilidades e competências para o engajamento em ocupações e reduzido nível de segurança ao realizá-las. As pesquisas investigaram a habilidade para dirigir, o gerenciamento financeiro e a autoadministração de medicamentos de idosos em estágio inicial da doença, ocupações comumente avaliadas pelos familiares como as mais preocupantes para deixarem o idoso executar sozinho.

Não foram encontrados estudos avaliativos direcionados ao lazer e à produtividade, seja voluntária ou formal, mas destaca-se que essas áreas são tão essenciais na vida do idoso e de seu cuidador quanto às atividades de vida diária e instrumentais de vida diária.

Ao se observar o desempenho em outras ocupações que utilizam de tecnologias, todos os estudos revisados apresentaram barreiras vivenciadas pelos idoso, tais como: dificuldade em reter o aprendizado de como manusear os dispositivos, design complexo ou por não considerá-la útil em suas vidas, o que culminaria em abandono das tecnologias. No mundo contemporâneo, as dificuldades no uso das tecnologias pode gerar uma exclusão social desse idoso. Não foram relatados pelos autores, mas as dificuldades apresentadas podem também estar relacionadas às diferenças culturais e de língua. Os estudos que usam tecnologias provêm da Suécia (língua materna: sueco) e a maioria dos dispositivos tecnológicos é de origem americana, constituindo, assim, um obstáculo adicional para o manejo e utilização dessas tecnologias.

O treino para o uso e a alta frequência de uso aparecem como facilitadores para o engajamento nas atividades e incorporação da tecnologia em sua rotina. A compreensão de como os indivíduos lidam com as novas tecnologias, os desafios impostos por estas e as variáveis que influenciam a aceitação da tecnologia servem de base para o planejamento de intervenções, pois é necessário pensar em estratégias que busquem o manejo das tecnologias de forma a obter satisfação pessoal, senso de autoeficácia, segurança no uso e aumento autoestima.

Na atualidade, as publicações científicas nacionais relacionadas a programas educacionais com idosos são normalmente voltadas para o aprendizado do uso de computadores. Não foram encontrados artigos sobre os cursos de capacitação para o uso de tecnologias do cotidiano, tais como o microondas, celulares e controles remotos, por exemplo. Verifica-se a necessidade de estudos, no país, voltados para identificar as barreiras e facilitadores no uso das tecnologias do cotidiano, bem como aprofundar as pesquisas em tecnologias de informação e comunicação, em idosos com perdas cognitivas, para que se possa

pensar em programas de treinamento, em diversos formatos de aprendizagem, e que respeitem as diferenças e as dificuldades desses idosos com demência.

Nas avaliações direcionadas aos cuidadores, os participantes eram, em quase sua totalidade, os familiares. O objetivo central das pesquisas voltava-se para a percepção sobre o cuidar, com enfoque maior nos aspectos negativos advindos da tarefa contínua e ininterrupta. Essas reações influenciavam no cuidado prestado, no próprio bem estar e em sua saúde. Foram investigadas também as estratégias adotadas pelos cuidadores para diminuir a sobrecarga do trabalho. O acesso às informações sobre a doença, grupos de apoio, a capacitação para lidar com o idosos em diferentes situações aparecem como fatores de proteção para a saúde e para a qualidade de vida desses trabalhadores informais. No território brasileiro, aponta-se para uma ausência de suporte a esses cuidadores. Sendo assim, a compreensão dos fatores estressores e recompensadores, decorrentes do processo de cuidar, auxiliam os profissionais a pressionar as autoridades locais em direção à implementação de políticas públicas que irão promover o suporte social necessário aos cuidadores, e que repercutem, diretamente, na produção dos atos de cuidado direcionados aos idosos doentes.

Nas pesquisas revisadas, o instrumento padronizado de avaliação mais utilizado para atender aos critérios de inclusão das pesquisas ou como medida de resultado foi o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), sendo este o mais usado mundialmente para rastreio dos domínios cognitivos e que leva em consideração o nível de escolaridade do sujeito. Internacionalmente, esse instrumento apresenta o nível mais elevado de evidência científica, mas no Brasil, por não ter uma padronização nos pontos de corte, a qualidade das evidências é baixa (nível IV). Sendo assim, recomendam-se estudos futuros para a padronização da interpretação dos resultados do MEEM, para que se possam comparar os resultados do funcionamento cognitivo entre as pesquisas nacionais e internacionalmente.

Outras avaliações eram direcionadas às ocupações, buscando identificar, principalmente, barreiras e facilitadores na execução das atividades de vida diária e instrumentais de vida diária; ou, às habilidades de desempenho, com instrumentos destinados a avaliar o funcionamento cognitivo, habilidades de interação social ou habilidades motoras. No contexto brasileiro, aponta-se para a necessidade de mais pesquisas voltadas para a tradução e validação dos testes importados, como para desenvolvimento de instrumentos nacionais. O uso de instrumentos padronizados aumenta a confiabilidade e rigor na identificação da capacidade funcional e das restrições para participação social. Isso pode contribuir para avaliação e melhoria da prestação de serviços na área de Terapia Ocupacional no país, pois vai

permitir a comparação do desempenho dos idosos, bem como para avaliar os programas de intervenção ao longo do tempo.

Em sequência ao processo de avaliação, foram descritas as intervenções utilizadas pelos terapeutas ocupacionais com os idosos com demência de Alzheimer e seus respectivos cuidadores. Optou-se por dividir as intervenções pelos domínios estipulados no documento da AOTA (2014), mas elas eram do tipo educacional, voltadas para treinamento ou para tarefas preparatórias. Não foram encontrados estudos direcionados à advocacia, ou seja, aos esforços voltados para a promoção da justiça ocupacional (AOTA, 2014).

Pela categorização, as intervenções voltadas para as ocupações apresentam as pesquisas em que o engajamento em ocupações é meio e fim do processo terapêutico ocupacional. A técnica utilizada para maximizar a participação do idoso era da aprendizagem sem erro e o treino repetitivo. Os resultados da pós-intervenção apontam para manutenção ou aumento na participação do idoso. No entanto, não investigaram sobre a perpetuação do aprendizado. Ainda foram apresentados estudos relacionados ao uso de produtos assistivos como um recurso que, durante a execução da ocupação, leva a um aumento na capacidade funcional, maior senso de competência e autonomia nos idosos com demência.

Pesquisas futuras devem ser voltadas para a retenção e generalização do aprendizado ao se utilizar as técnicas mencionadas anteriormente. Para garantir o engajamento e participação em ocupações, é necessário que haja perpetuação do aprendizado, nem que seja por um tempo limitado.

Ao se abordar as intervenções voltadas para as ocupações, esta pesquisa não identificou uma preocupação dos terapeutas ocupacionais em investigar se esse processo interventivo tem impacto na vida dos cuidadores. Como os resultados apontam para um aumento no desempenho ocupacional, espera-se que os cuidados oferecidos pelos familiares sejam reduzidos, conduzindo a uma menor sobrecarga de trabalho. É imperativo olhar essas pessoas que também necessitam de cuidados a fim de superar a atual ausência de suporte.

Na análise da categoria de intervenções contextuais ou ambientais, as ações eram direcionadas às modificações no ambiente e educação/ programas de treinamento ao cuidador. Pertencia também a essa categoria o acesso aos recursos da comunidade, mas não foram identificados estudos direcionados a esse tema. Tal assunto apareceu somente na investigação do processo avaliativo (já descrito). Recomenda-se a realização de pesquisas interventivas direcionadas à garantia de acessibilidade dos idosos com demência, pois contribuiria para

efetivação de políticas federais que apontam a necessidade de inclusão, bem-estar e participação desses idosos na sociedade.

Nos estudos nacionais e internacionais, a implementação de modificações ambientais e os programas de orientação ao cuidador apresentaram estreita associação dessas intervenções com a funcionalidade do paciente, humor e qualidade de vida da díade, melhor senso de competência entre os cuidadores, menor sobrecarga de trabalho, além de melhor custo-efetividade.

Um estudo apresentou um programa direcionado à educação do cuidador no contexto virtual. O recurso utilizado na pesquisa demonstrou que o uso de computadores pode ser vistos como barreira para se alcançar a capacitação, uma vez que esses cuidadores, muitas vezes, também estão na velhice. Dada à complexidade que envolve o uso de tecnologias, retoma-se aqui a necessidade da criação e implementação de programas de formação em tecnologia, que considere as limitações de aprendizagem dos participantes.

Nos estudos revisados voltados para o programa educacional ou de treinamento ao cuidador não foram destacados que esse tipo de intervenção possa conduzir, como medida de resultado, à permanência, por tempo prolongado, do idoso no ambiente familiar. Essa meta é central nas políticas de saúde nacionais e internacionais direcionadas aos idosos. Sugere-se abordar em estudos futuros o impacto deste tipo de intervenção na produção de sentimentos positivos que possam contribuir para a escolha dos cuidadores em manter seus entes no convívio familiar.

Nas modificações ambientais, os estudos eram realizados com idosos em fase inicial ou moderada da doença. Isso pode ser atribuído ao fato do idoso, na fase avançada da doença, necessitar de inúmeras modificações no ambiente que podem não ser condizentes aos padrões financeiros da família. Nesse caso, por ser uma fase em que os idosos apresentam as maiores perdas funcionais e a sobrecarga de trabalho dos cuidadores se intensifica, muitas famílias acabam optando pela institucionalização. No caso brasileiro, estudos apontam para a existência de poucas instituições de longa permanência que consigam dar adequado suporte de saúde e social ao idoso. Nesse contexto, verifica-se a necessidade de intensificar as fiscalizações desses estabelecimentos para que se faça cumprir as leis e políticas já existentes nesse âmbito, a fim de que mais locais estejam apropriados e sejam inseridos na rede de apoio aos idosos.

Em seguida, foram analisadas as intervenções direcionadas a padrões e habilidades de desempenho. Nenhum estudo brasileiro foi encontrado nesta pesquisa. Os estudos eram direcionados para as habilidades: processuais, motoras ou de interação social.

Os recursos utilizados nos estudos em que as habilidades processuais estavam alteradas foram os direcionadores de rotas (GPS e cinto vibratório). Os dispositivos assistivos contribuíram para melhoria da orientação espacial e mobilidade na comunidade em segurança. Ao associar estímulos visuais para fornecer as orientações no espaço, houve redução na atenção e segurança para desempenhar as atividades planejadas na intervenção. Esses estudos comprovam que os idosos com perdas cognitivas, em fase inicial da doença, quando instruídos e treinados adequadamente com os recursos da tecnologia assistiva, podem andar sozinhos na rua ou dirigir um automóvel com segurança.

O uso de produtos assistivos para o aumento da funcionalidade do sujeito tem sido uma prática corriqueira e consolidada nas intervenções terapêuticas ocupacionais. Na área da direção veicular, há diversos estudos internacionais que relacionam essa função à independência e saúde mental. Suspender a habilitação do sujeito pode implicar negativamente no desempenho de papéis e no engajamento em atividades do cotidiano. Os estudos apontam para a necessidade de mais investigações no campo da demência para que se estabeleçam avaliações válidas e confiáveis a identificar a capacidade dos motoristas idosos em permanecer conduzindo os veículos de forma segura e independente.

A literatura internacional reconhece o terapeuta ocupacional como o profissional capacitado a avaliar as necessidades de adaptação em veículos, assim como parte integrante na avaliação das capacidades dos motoristas. Na realidade brasileira, terapeutas ocupacionais não estão inseridos nesse campo de atuação, apesar deste profissional ser habilitado para analisar quaisquer ocupações humanas. Apesar de a nossa realidade apontar para o uso de transportes públicos para a maioria da população e este ser gratuito aos idosos, o que estimula seu uso, há uma minoria de idosos que podem optar em continuar utilizando seus próprios veículos automotores.

Destaca-se, assim, a importância em realizar as pesquisas voltadas para a área de mobilidade na comunidade (seja no uso de transporte privado ou público) e recomenda-se a participação desses profissionais nas bancadas políticas locais que sejam interligadas ao Ministério das Cidades, a fim de que eles possam justificar seu valor e eficácia de sua atuação na área de transporte e mobilidade.

Com ênfase na aquisição de habilidades motoras, um estudo era voltado para o treino repetitivo de tiro ao alvo no computador. Nesse estudo, o tipo de intervenção não envolvia uma função específica, tendo o objetivo de trabalhar somente a coordenação motora. A pesquisa mostrou um aumento na habilidade motora com capacidade em reter o conhecimento, sem

necessitar de supervisão ou orientação. No entanto, não foi avaliado o tempo que se manteve o aprendizado. Como já apontado, e aqui retomamos, há uma necessidade em aprofundar estudos sobre a eficácia de se utilizar a técnica de treino repetitivo para o engajamento do idoso em ocupações significativas.

O segundo estudo relacionado às habilidades motoras era direcionado à identificação de alterações de marcha no idoso. Nesse estudo, capacitar os cuidadores para a vigilância contribuiu para a prevenção de quedas. As quedas representam atualmente um grave problema de saúde pública e as ações de prevenção estão previstas no Pacto pela Gestão do SUS, com o intuito de diminuir o número de internações hospitalares. Assim, torna-se imprescindível para as equipes de saúde (incluindo os terapeutas ocupacionais) a implementação de estratégias de vigilância a idosos caidores, ações de prevenção e identificação/monitoramento dos casos. A capacitação para a vigilância pode contribuir para o diagnóstico precoce de alterações cognitivas e início de uma intervenção adequada às limitações destes idosos.

A maioria das intervenções voltadas para os padrões e habilidades de desempenho era destinada à regulação emocional dos idosos com DA e preservação da interação social desses indivíduos. A estimulação multidimensional (em que associa atividades de lazer à psicomotricidade e estimulação cognitiva ou a musicoterapia às terapias convencionais, por exemplo), bem como a estruturação de rotinas e modificação ambiental, a estimulação cognitiva ou aromaterapia foram associadas à redução das alterações comportamentais e dos sintomas neuropsiquiátricos, com relatos de diminuição da depressão, apatia, ansiedade, irritabilidade, agressividade e comportamento motor aberrante. Dos recursos utilizados, as pesquisas com aromaterapia ainda precisam ser aprofundadas, pois são modestas as evidências científicas sobre os seus efeitos.

Não foram identificadas intervenções voltadas para a rotina do sono. Sugere estudos direcionados a esse tema, pois se sabe que as dificuldades apresentadas pelos idosos com DA durante o sono leva a limitações em outras ocupações, uma vez que o sono não é restaurador e gera um cansaço e desânimo para a realização de outras atividades do cotidiano, além de obrigar o cuidador a se manter em vigília, causando maior desgaste e estresse da pessoa que assumiu o papel do cuidar.

Apesar de nenhum estudo brasileiro ter sido encontrado, a prática baseada na ocupação que não utiliza atividades é um tipo de intervenção corriqueiro na assistência. O foco em determinada habilidade pode servir para alcançar os objetivos de engajamento e participação

social dos idosos com demência. Assim, estimula-se as publicações e pesquisas que também são direcionadas ao domínio Habilidade de Desempenho.

Por fim, nas intervenções voltadas para os fatores dos clientes, as pesquisas revisadas eram destinadas a alterar as funções do corpo. Os recursos utilizados nessas pesquisas foram: terapia de reminiscência, estimulação cognitiva e treino cognitivo. Para o treino cognitivo, adotou-se tanto a técnica de aprendizagem sem erro, como a recuperação espaçada. Com exceção do treino cognitivo, as demais intervenções estavam relacionadas à melhoria na função cognitiva e no desempenho de atividades do cotidiano. No treino cognitivo, a aprendizagem adquirida não foi capaz de obter ganhos funcionais e as recomendações de aprofundamento dos efeitos das técnicas já foram recomendados.

No processo de intervenção terapêutico ocupacional, pouco se aborda sobre as intervenções em grupo. Ela é uma modalidade interventiva que facilita a aquisição de aprendizagem e interação social através de uma dinâmica de grupo e que poderia ser destaque nas ações produzidas pela Terapia Ocupacional.

Em síntese, há evidências disponíveis que atestam o efeito das intervenções na melhoria da capacidade funcional do idoso, pelas ações que utilizaram as ocupações como recurso de tratamento, na estimulação cognitiva, na modificação ambiental (física e social) e no programa educacional para cuidadores. Esses recursos associados a ambientes multissensoriais tem comprovada eficácia da redução de alterações comportamentais e de sintomas neuropsiquiátricos. As experiências divulgadas pelos terapeutas ocupacionais demonstram que, de fato, suas ações promovem uma melhoria na qualidade de vida dos idosos e dos cuidadores. A capacitação do cuidador também contribui para a construção de um ambiente mais seguro e organizado para o idoso, fortalecendo os laços afetivos entre os entes.

As limitações desta tese estão bastante claras, consequência do próprio recorte feito no objeto de estudo. O estudo das publicações científicas restringiu-se a dez anos e a algumas fontes de informação. Dentro dessa perspectiva, seria interessante utilizar estudos bibliométricos e cientométricos para conhecer como melhor como a área científica tem se comportado em relação às produções. Além disso, o estudo apresentou um número elevado de desfechos, com baixa produção científica brasileira. Ademais, não foram feitas coletas de dados com os profissionais atuantes no campo brasileiro que poderia compreender melhor as ações, razões e impasses enfrentados para alcançar o engajamento e participação dos idosos e seus respectivos familiares.

Espera-se que esta investigação possa contribuir para despertar, em nossa classe profissional, o desejo em contribuir com ações que apoiam a saúde, o bem-estar e participação dessas pessoas que, apesar da crescente expansão, ainda ignoramos em nosso dia-a-dia e encontram-se excluídas: os idosos com demência de Alzheimer e seus familiares. Os méritos e limitações do campo de conhecimento produzido servem para refletir sobre os programas atuais que precisamos direcionar aos idosos com demência.

Pela escassez de publicações nacionais e pela democratização das informações no mundo globalizado, somos conduzidos, inevitavelmente, a utilizar o saber produzido internacionalmente. Para tanto, não se pode deixar de considerar as diferenças culturais, econômicas e sociais de nosso país e sua influência na prática profissional. Os terapeutas ocupacionais brasileiros enfrentam como desafio a necessidade de realizar intervenções com maior rigor metodológico para justificar a eficácia de suas ações e sua inserção na prática profissional compartilhada, nos diferentes níveis de atenção à saúde do idoso.

As recomendações para as pesquisas futuras vão em várias direções, mas todas revelam a preocupação da Terapia Ocupacional em assegurar evidências científicas que justifiquem a prestação de serviços junto aos idosos e seus respectivos cuidadores. Aprofundar as pesquisas existentes e desbravar áreas ainda não pesquisadas contribui para a consolidação do nosso corpo de conhecimentos, comprava a eficácia e eficiência das ações interventivas e pressiona as políticas públicas no sentido de incluir o profissional terapeuta ocupacional nas equipes de atenção à saúde do idoso.

# REFERÊNCIAS


ABRAz. Associação Brasileira de Alzheimer. *Políticas Públicas*. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.abraz.org.br/. Acesso em: 08/12/2013.

ADAMS, K. et al. Assistive Technologies for cognitive augmentation. In: COOK, A.M.; POLGAR, J.M. *Assistive Technologies*: principles and practice. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier, 2008.

ADURA, F.E. Doenças neurológicas e condução veicular. *ABRAMET*, v.28, n.2, p. 8-13 , 2011.

ALESSI, C.A. et al. Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 53, n.5, p.803-810, 2005.

ALQUEZAR, A.L. et al. Capacidad funcional para las actividades de La vida diaria em las personas mayores que acudieron a centros de convivencia em Zaragoza capital en 2005. *Revista Espanhola Salud Pública*, v.81, n.6, p.625-636, nov./ dez. 2007.

ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n.3, p. 1-11, maio 2010.

ALZHEIMER EUROPE. Dementia in Europe. *The Alzheimer Europe Magazine*, n.15, p. 25-27, oct. 2013.

ALZHEIMER EUROPE. Prioritising dementia. *The Alzheimer Europe Magazine*, n.16, p.18-21, feb. 2014.

ALZHEIMER SOCIETY CANADA. Rising Tide: is the prevalent of dementia declining? Canadá, 10 de out de 2013. Disponível em: http://www.alzheimer.ca/en/Get-involved/Raise-your-voice/Rising-Tide. Acesso em: 08 dez de 2013.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. *2013 Alzheimer's disease fact and figures*. Chicago, 2013. Disponível em: http://www.alz.org/documents_custom. Acesso em: 08 dez 2013.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. *Relatório sobre a doença de Alzheimer no mundo*: resumo executivo. 2009.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. World Alzheimer Report 2014: Dementia and Risk reduction: an analysis of protective and modificable factors. London: ADI, 2014.

ANJOS, S.M.; REGOLIN, K. Tecnologia assistiva para cognição. In: ABRISQUETA-GOMEZ, J. *Reabilitação neuropsicológica*: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 223-229.

AOTA – AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational Therapy practice framework: domain and process. 3rd ed. *American Journal of Occupational Therapy*, v.68, n. supl. 1, p. s1-s48, mar./apr. 2014.

AOTA – AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. *Occupational Therapy Practice Guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders*. Bethesda: AOTA PRESS, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V)*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APA. American Psychological Association. *PsycINFO®*. Disponível em: <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>. Acesso em: 22 fev. 2014.

APOLINÁRIO, D. Doença de Alzheimer e direção veicular. In: In: CAIXETA, L. et al. *Doença e Alzheimer*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 467-478.

ARAKAKI, B.K. et al. Análise do desgaste e da sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer causado pelos sintomas psicológicos e comportamentais. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 23, n. 2, p. 113-121, maio/ago. 2012.

ASIMAKOPOLUS, J. et al. Assessing executive function in relation to fitness to drive: a review of tools and their ability to predict safe driving. *Australian Occupational Therapy Journal*, v.59, n.6, p. 402-427, 2012.

ASSIS, M.G.; ASSIS, L.O; CARDOSO, A.P. Reabilitação das atividades diárias. In: MALLOY-DINIZ, L.F.; FUENTES, D.; COSENZA, R.M. (Org.) *Neuropsicologia do envelhecimento*: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.360-377.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n.11, p. 2865-2875, 2012.

ATWAL, A. Sistemas, serviços e políticas. In: McINTYRE, A.; ATWAL, A. *Terapia Ocupacional e a terceira idade*. São Paulo: Santos, 2007. p. 49-66.

ATWAL, A.; McINTYRE, A. *Occupational Therapy and older people*. 2nd ed. London: Wiley-Blackwell, 2013.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: AYRES, J.R.C.M. *Cuidado*: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2011. p. 41-73.

BAGLIO, F. et al. Multistimulation Group Therapy in Alzheimer's Disease promotes changes in brain functioning. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, v.29, n.1, p.13-24, 2015.

BAHAR-FUCHS, A.; CLARE, L.; WOODS, B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Systematic Reviews*. v.5, n.6, CD003260, 2013.

BALDELLI, M.V. et al. Occupational therapy and dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v.44, n.1 (supl.), p.45-48, 2007b.

BALDELLI, M.V. et al. Occupational therapy and dementia: The experience of an Alzheimer special care unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v.44, n.1 (supl.), p.49-54, 2007a.

BARCO, P.P. et al. Interrater reliability of the record of driving errors (RODE). *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 69, n.2, p. 01-06, 2015.

BAR-HAIM EREZ, A.; KATZ, N. Cognitive profiles of individuals with dementia and healthy elderly: The Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA-G). *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, v.22, n.2, p.29-42, 2004.

BARROS, A.C. et al. Influência genética sobre a doença de Alzheimer de início tardio. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 36, n. 1, p. 16-24, 2009.

BARROS, F.A.F. Os desequilíbrios regionais da produção técnico-científica. *São Paulo em Perspectiva*, v.14, n.3, p. 12-19, 2000.

BASSET, R.; GRAHAM, J.E. Memorabilities: enduring relationships, memories and abilities in dementia. *Ageing and Society*, v. 27, n. , p. 533-554, 2007.

BECKERT; M.; IRIGARAY, T.Q.; TRENTINI, C.M. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia*, v. 29, n.2, p. 155-162, abr./jun. 2012.

BERNARD, B.L. Correlation between caregiver reports of physical function and performance-based measures in a cohort of older adults with Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, s.n., 2015.

BERTOLUCCI, P.H. et al., The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v.52, n.1, p.1-7, 1994.

BERTOLUCCI, P.H.F. *Manual do cuidador*: Doença de Alzheimer na fase leve. 2006.

BIANCHETTI, L. Da chave de fenda ao laptop. Tecnologia Digital e as novas qualificações: desafios à educação. Florianópolis: Editora UFSC, 2008.

BIER, N. et al. Face-name association learning in early Alzheimer's disease: a comparison of learning methods and their underlying mechanisms. *Neuropsychological Rehabilitation*, v. 18, n.3, p.343-371, 2008.

BIREME. *Metodologia LILACS*. Disponível em: < http://metodologia.lilacs.bvsalud.org>. Acesso em: 22 fev. 2015.

BOLOGNANI, S.A.P. et al. Memória implícita e sua contribuição à reabilitação de um paciente amnéstico: relato de caso. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 58, n. 3 B, p. 924-930, set. 2000.

BOLTZ, M. et al. Anxiety in family caregivers of hospitalized persons with dementia. *Alzheimer Disease Association Disorders*, v.0, n.0, p.1-6, 2015.

BOTTINO, C.M.C. Diagnóstico precoce da doença de Alzheimer: contribuição da neuroimagem estrutural. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 30, n.3, p. 100-101, 2003.

BRANDÃO, L. et al. Cognition and discourse production in Alzheimer's disease: using informative prompts. *Psycology & Neuroscience*, v. 2, n.2, p. 147-155, jul./dec. 2009.

BRANDÃO, L.; PARENTE, M.A.M; PEÑA-CASANOVA, J. Estratégias comunicativas de pessoas com doença de Alzheimer. *Psicologia: reflexão e crítica*, v.23, n.2, p. 308-316, 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. *Decreto n. 1.498 de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, seção I, ano 134, 4 jul. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003*. Brasília, Senado Federal, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Diário Oficial da União nº 237-E, de 13 de dez 1999, p. 20, seção 01, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: série A. Normas e Manuais Técnicos, 76 p, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. *Comitê de Ajudas Técnicas*. Disponível em: <http:/www.mj.gov.br/corde/comitê.asp>. Acesso em: 10 fev. 2014

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. *Brasil é hoje o 13º país em produção de conhecimento*. Disponível em: < http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2014/07/brasil-e-hoje-o-13-pais-em-producao-de-conhecimento-afirma-gestor>. Acesso em 03 de jan. de 2016.

BRESSAN, L.A.; VALE, F.A.C.; SPECIALI, J.G.; The daily life of patients with dementia: a comparative study between the information provided by the caregiver and direct patient assessment. *Dementia and Neupsycology*, v. 3, n.1, p.288-295, 2007.

BRORSSON, A. et al. Accessibility in public space as perceived by people with Alzheimer's disease. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, v. 10, n.4, p. 587-602, 2011.

BRORSSON, A. et al. Managing critical incidents in grocery shopping by community-living people with Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v. 20, n.4, p. 292-301, 2013.

BROWN, C.E. Modelos ecológicos na Terapia Ocupacional. In: CREPEAU, E.B.; COHN, B.A., BOYT, S. *Willard& Spackaman Terapia Ocupacional*. Tradução PAULO, A.F.D. et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 441-451.

BRUCE, J. et al. A cluster randomised controlled trial of advice, exercise or multifactorial assessment to prevent falls and fractures in community-dwelling older adults: protocol for the prevention of falls injury trial (PreFIT). *BMJ Open*, v.6, n.1, s.p., 2016.

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v.61, n. 3-B, p. 777-781, set. 2003.

BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo da demência no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p.2949-2956 , out. 2013.

BURNS, T.; MORTIMER, J.A.; MERCHAK, P. Cognitive Performance Test: a new approach to functional assessment in Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric and Neurology*, v.7, n.1, p. 46-54, 1994.

CALDAS, C.P. Aspectos éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (Orgs). *Saúde do idoso*: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004a.

CALDAS, C.P. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (Orgs). *Saúde do idoso*: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004b.

CAMACHO, A.C.L.F. et al. Revisão integrativa sobre cuidados de enfermagem à pessoa com doença de Alzheimer e seus cuidadores. *Journal of Research Fundamental Care on Line*, v.5, n.3, p. 186-193, jul./ set. 2013.

CAMARA, V.D. et al. Reabilitação cognitiva das demências. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 45, n.1, p. 25-33, 2009.

CAMARANO, A.A. et al. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: MORAIS, M.P.; COSTA, M.A. (Orgs). *Infraestrutura social e urbana no Brasil*: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Brasília: Ipea, 2010. Livro 6, volume 2.

CAMARANO, A.A. *Os novos idosos brasileiros*: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAPES. *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*. Disponível em: http://capes.gov.br/component/content/article?id=4666:educacao-fisica. Acesso em: 27 de jan. de 2016.

CARLETO, D.G.S. et al. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo – 2. ed. *Revista do Triângulo: Ensino, Pesquisa e Extensão Uberaba*, v.3, n.2, p.57-147, jul./dez. 2010.

CARR, D.B. et al. Predicting Road Tes Performance in drivers with dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, v. 59, n.11, p. 2217-2117, 2011.

CARRILLO, M.C. et al. Revisiting the framework of the National Institute on Aging-Alzheimer's Association diagnostic criteria. *Alzheimer's & Dementia*, v.9, p. 596-601, sept. 2013.

CARVALHO, A.M. *Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idosos*. 2000. 81f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

CARVALHO, I. Avaliação funcional das habilidades de comunicação. In: ABRISQUETA-GOMEZ, J. *Reabilitação neuropsicológica*: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.116-121.

CASSIANO, J.G. A contribuição da Terapia Ocupacional para a manutenção da capacidade funcional do idoso. In: DRUMOND, A.F.; REZENDE, M.B. (Org.) *Intervenções da Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. p. 139-158.

CASTRO, E.; LIMA, E.; BRUNELLO, M. I. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M.R. P.; BARTALOTTI, C. *Terapia Ocupacional no Brasil*: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001.p. 41-59.

CERA, M.L. Manifestações da apraxia de fala na doença de Alzheimer. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v.16, n.3, p. 337-343, jul./set. 2011.

CHAN, I.W.P. et al. Effects of cognitive function and depressive mood on the quality of life in Chinese Alzheimer's disease patients in Hong Kong. *Geriatrics & Gerontology International*, v.11, n.1, p. 69-79, 2011.

CHARNESS, N.; CZAJA, S. J. Older worker training: What we know and don't know. *AARP Public Police Institute*, n. 22, p. 4-37, 2006.

CHAVES, G.F.S. et al. Escalas de avaliação para Terapia Ocupacional no Brasil. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.21, n. 3, p. 240-246, set./dez. 2010.

CHAVES, M.; PRADO, C.; CAIXETA, L. Tratamento dos sintomas psicológicos e comportamentais da doença de Alzheimer. In: CAIXETA, L. et al. *Doença e Alzheimer*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 407-416.

CHEN, H.M. et al. Development and validation of a new performance-based measurement of instrumental activities of daily living in Taiwan. *Psychogeriatrics*, v.15, n.4, p. 227-234, 2014.

CHEN, Y.L. et al. Clinical correlates of unawareness of deficits among patients with dementia due to Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, v.29, n.6, p. 533-539, 2014a.

CHENG, C.H. et al. Incidence and risk of seizures in Alzheimer´s disease: a nationwide population-based cohort study. *Epilepsy Reserarch*, v. 115, p. 63-66, 2015.

CHIU, T. et al. Internet-based caregiver support for chinese canadians taking care of family member with Alzheimer Disease and related dementia. *Canadian Journal on Aging*, v. 28, n.4, p. 323-336, 2009.

CHRISTOFOLETTI, G. et al. Risco de quedas em idosos com doenças de Parkinson e Demência de Alzheimer: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v.10, n.4, p. 429-433, out./dez. 2006.

CIRO, C. Second nature: Improving occupational performance in people with dementia through role-based, task-specific training. *OT Practice*, v.18, n.3, p.9-12, 2013.

CLARE, L. et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation in early-stage dementia: study protocol for multi-centre single-blind randomised controlled Trial (GREAT). *Trials Journal*, v. 14, n. 1, p.152-167, 2013.

COELHO, F.G.M. et al. Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.31, n.2, p. 163-170, jun. 2009.

COMESAÑA, A.; GONZALÉZ, M. Evaluación neuropsicológica en la enfermedad de Alzheimer: memoria episódica y semântica. *Cuadernos de Neuropsicología, Panamerican Journal of Neuropsychology*, v.3, n.2, p. 199- 223, 2009.

COOKE, D.D. et al. Psychossocial intervention for ccaregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging and Mental Health*, v.5, n.2, p. 120-135, 2001.

COSTA, C.R. et al. Dispositivos de tecnologia assistiva: fatores relacionados ao abandono. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 23, n. 3, p. 611-624, 2015

COSTA, M.F.B.N.A.; CIOSAK, S.I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa de Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.44, n.2, p. 437-444, 2010.

COX, E.; NOWAK, M.; BUETTNER, P. Managing agitated behaviour in people with Alzheimer's disease: The role of live music. *British Journal Of Occupational Therapy*, v. 74, n.11, p. 517-524, 2011.

CRUZ, R.C.; FERREIRA, M.A. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.20, n.1, p. 144-51, jan./mar. 2011.

CUNHA, F.C.M. et al. Abordagem funcional e centrada no cliente na reabilitação de idoso com demência de Alzheimer - relato de caso. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.22, n.2, p.145-152, mai./ago., 2011

CZAJA, S. et al. Welcome to Gerontechnology 2002: Creative use of technology for better aging. *Gerontechnology*, v. 12, n. 1, p. 1-2, 2002.
CZAJA, S. J. et al. Factors Predicting the Use of Technology: Findings From the Center for Research and Education on Aging and Technology Enhancement (CREATE). *Psychology and Aging*, v. 21, n. 2, p. 333–352, 2006.

CZARNUCH, S.; MIHAILIDIS, A. The design of intelligent in-home assistive technologies: Assessing the needs of older adults with dementia and their caregivers. *Gerontechnology*, v.10, n.3, p. 169-182, 2011.

DAVIM, R.M.B. Aspects related to the functional capacity of elderly institutionalized. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, v.5, n.3, p.692-97, mai. 2011.

DE OLIVEIRA ASSIS, L. et al. Evaluation of cognitive technologies in Geriatric Rehabilitation: a case study pilot project. *Occupational Therapy International*, v. 17, n., p. 53-63, 2010.

DEL LUCA, G.F.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v.43, n. 5, p. 796-805, out. 2009.

DIAS, F.L.C. et al. Perfil clínico e autonômico de pacientes com doença de Alzheimer e demência mista. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 59, n.5, p. 435-441, set./out. 2013.

DIAS, A. et al. The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India. *PLOS ONE*, v.3, n.6, p. e2333 , 2008.

DINIZ, B.S.O.; SOARES, C.R.; TAVARES, A. Neurobiologia da Doença de Alzheimer. In: TAVARES, A. *Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 249-268.

DONOVAN, M.L.; CORCORAN, M.A. Description of Dementia Caregivers uplifts and implications for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 64, n.4, p. 590-595, 2010.

DOOLEY, N.R.; HINOJOSA, J. Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, v.58, n.5, p. 561-569, 2004.

DUARTE, M.J.R.S. Cuidando e educando o cliente idoso na perspectiva da cidadania. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (Orgs). *Saúde do idoso*: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

DUBINSKY, R.M.; STEIN, A.C.; LYONS, K. Practice parameter: risk of driving and Alzheimer's disease (na evidence-based review): report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, v.54, n.12, p. 2205-2211, 2000.

DUBOIS, B. et al. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurology*, v.9, n.11, p. 1118-1127, nov. 2010.

DUTHEY, B. *Background Paper 6.11*: Alzheimer Disease and other Dementias. OMS, 2013.

EARLY, M.B. Desempenho ocupacional. In: PEDRETTI, L.W.; EARLY, M.B. Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas. 5. ed. São Paulo: Roca, 2004. p. 125-131.

EBSCO. *Nursing Resources from EBSCO Health: CINAHL*. Disponível em: <http://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>. Acesso em: 22 fev. 2015.

ECHENBERG, H.; GAUTHIER, J.; LÉONARD, A. *Some Public Policy Implications of an Aging Population*. 2011. Disponível em: <http://www.lop.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/cei-07-e.htm>. Acesso em: 05 de mar. de 2016.

EDWARDS, D.F.; MORRIS, J.C. Alone and confused: Community-residing older African Americans with dementia. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, v.6, n.4, p. 489-506, 2007.

EDWARDS, M. Distance caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementia: A phenomenological study. *British Journal Of Occupational Therapy*, v. 77, n.4, p. 174-180, 2014.

EDWARDS, M. Family caregivers for people with dementia and the role of occupational therapy. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, v. 33, n.3, p. 220-232, 2015.

EGAN, M.; HOBSON, S.; FEARING, V.G. Dementia and occupation: a review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, v.72, n.3, p.132-140, jun. 2006.

FAGUNDES, S.D. et al. Prevalência de demência em idosos brasileiros: uma revisão sistemática. *São Paulo Medical Journal*, v. 129, n. 1, p. 46-50 , jan. 2011.

FALCÃO, D.V.S.; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. *Psicologia em Estudo*, v.14, n. 4, p. 777-786, 2009a.

FALCÃO, D.V.S.; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. O impacto da doença de Alzheimer nas relações intergeracionais. *Psicologia Clínica*, v.21, n. 1, p. 137-152, 2009b.

FALCÃO, D.V.S.; FLAUSINO, K.L.; FRATEZI, F.R. Rede de suporte social e doença de Alzheimer: o caso de um cônjuge idoso cuidador. In: FALCÃO, D.V.S.; ARAÚJO, L.F. (Orgs). *Psicologia do envelhecimento*: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação professional em contextos diferenciados. Campinas: Alínea, 2009. p. 44-66.

FARIA, L.; CASTRO SANTOS, L.A. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. In: CASTRO SANTOS, L.A. (Org.). *Contrapontos*: ensaios sobre saúde e sociedade. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2013. p. 163-179.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.8, n.2, p.183-193, 2005.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n.4, p. 818-24, 2009.

FERRARI, M.A.C. Reabilitação do idoso portador de demência tipo Alzheimer. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional*: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.377-384.

FERRERO-ARIAS, J. et al. The Efficacy of Nonpharmacological Treatment for Dementia-related Apathy. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, v.25, n.3, p. 213-129, 2011.

FLETCHER, T.S.; ECKBERG, J.D. The effects of creative reminiscing on individuals with dementia and their caregivers: A pilot study. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, v.32, n.1, p. 68-84, 2014.

FONSECA, M.G.U.P. et al. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n.1, p.159-65, fev. 2010.

FORWELL, S.J.; COPPERMAN, L.F.; HUGOS, L. Doenças neurodegenerativas. In: RADOMSKI, M.V.; LATHAM, C.A.T. *Terapia Ocupacional para disfunções físicas*. 6. ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 1079-1105.

FREIRE JUNIOR, R.C. et al. Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga, MG. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.16, n.3, p. 541-558, 2013.

FROTA, N.A.F. et al. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. *Demencia e neuropsychologia*, v. 5, n. 1 supl., p. 5-10, jun. 2011.

GALLAGHER, M. Policy development and implications for occupational therapy practice. In: ATWAL, A.; McINTYRE, A. *Occupational Therapy and older people*. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013. p. 59-72.

GALLUCCI NETO, J.; TAMELINI, M.G.; FORLENZA, O.V. Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n.3, p. 119-130, 2005.

GARCES, S.B.B. et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.15, n.2, p. 335-352, jan. 2012.

GARCIA, L.J. et al. Perceptions of family and staff on the role of the environment in long-term care homes for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, v.24, n.5, p. 753-765, 2012.

GEORGES, J. The value of Knowing: findings of Alzheimer Europe's five country survey on public perceptions of Alzheimer's disease and views on the value diagnosis. *Alzheimer Europe*, 2011.

GIAQUETO, A.; SOARES, N. O trabalho e o trabalhador idoso. In: Seminário de Saúde do Trabalhador e V Seminário O Trabalho Em Debate - Saúde Mental Relacionada Ao Trabalho, 7., 2010, Franca. *Anais*... Franca: UNESP Franca, 2010. Disponível em:< http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n1v1/v1n1a07.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

GIEBEL, C.M. South Asian older adults with memory impairment: impoving assessment and acess to dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 30, n.4, p.345-356, 2015.

GITLIN, L.N. et al. Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *Journal of Gerontology*, v.60A, n. 3, p. 368-374, mar. 2005.

GITLIN, L.N.; CORCORAN, M.A. *Occupational Therapy and Dementia care*. Bethesda: AOTA Press, 2005.

GÖBEL, C.; ZWICK, T. Are personnel measures effective in increasing productivity of old workers? *Labour Economics*, v. 22, p. 80–93, 2013.

GOERGEN, P. Ciência, sociedade e universidade. *Revista Educação e Sociedade*, v. 19 n. 63, p. 53-79, 1998.

GRAFF, M.J.L. et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study.*BMJ*, v. 336, n.7636, p. 134-138, 2008.

GRAFF, M.J.L. et al. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. *Gerontological Society of America*, v. 62A, n.9, p. 1002-1009, 2007.

GRIERSON, L.E.M. et al. Application of a tactile way-finding device to facilitate navigation in persons with dementia. *Assistive Technology*, v. 23, n. XXX, p.108-115, 2011.

GRIEVE, J. *Neuropsicologia em Terapia Ocupacional*. São Paulo: Santos, 2006. p.31-43.

HAGEDORN, R. *Fundamentos para a prática em Terapia Ocupacional*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2003.

HAN, A.; RADEL, J. Spousal caregiver perspecties on a person-centered social program for partners with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & other dementias*, s.n., p.1-9, 2015.

HAN, P. et al. A controlled naturalistic study on a weekly music therapy and activity program on disruptive and depressive behaviors in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, v. 30, n.6, p. 540-546, 2011.

HANDELS, R.L.H. et al. Diagnosing Alzheimer's disease: a systematic review of economic evaluations. *Alzheimer's & Dementia*, v. 10, p. 225-237, mar. 2014.

HAUER, K. et al. Effectiveness of physical training on motor performance and fall prevention in cognitively impaired older persons: a systematic review. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 85, n.10 , p. 847-857, 2006.

HELLEN, C.R.; PADILLA, R. Working with elders who have dementia and Alzheimer's disease. In: PADILLA, R.; BYERS-CONNON, S. LOHMAN, H.L. *Occupational Therapy with elders*: strategies for de COTA. 3rd ed. Atlanta: Elsevier, 2012.

HENRIQUES, A.C.P.T. et al. Avaliação de mapas conceituais produzidos com software CmapTools em curso graduação de ciências biológicas EAD. *Nuevas Ideas en Informática Educativa TISE*, p. 218-225, 2014.

HOBSON, S.J.G. Emprego da abordagem baseada no cliente em pessoas com alterações cognitivas. In: SUMSION, T. *Prática baseada no cliente na Terapia Ocupacional*: guia para implementação. São Paulo: Roca, 2003. p. 89-107.

HWANG, J.L.E. et al. Relationship between perceived burden of caring for a family member with Alzheimer's disease and decreased participation in meaningful activities. *Occupational Therapy in Health Care*, v.23, n.4, p.249-266, 2009.

HWANG, J.H.; CHA, H.G.; CHO, H.S. The effects of cognitive rehabilitation on Alzheimer´s dementia patients' cognitive asssessment reference diagnosis system performance based level of cognitive functioning. *Journal of Physical Therapy Science*, v. 27, n.9, p. 2875- 2877, 2015.

HYNES, S.M. Exploring the need for a new UK occupational therapy intervention for people with dementia and family carers: community occupational in Dementia (COTiD). *Aging and Mental Health*, v. 1, s.n., p.1-8, 2015.

IHMC. INSTITUTE FOR HUMAN AND MACHINE COGNITION. *CmapTools* [página da internet]. University of West Florida. Disponível em: http://cmap.ihmc.us. Acesso em: 05 jan. 2015.

INOUYE, K. et al. Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, v.17, n.2, p. 187-193, mar./ apr. 2009.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I.; TOYODA, C.Y. Percepção de qaulidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.17, n.2, p. 187-193, mar./abr. 2009.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Cadernos de Saúde Pública*, v.26, n.5, p. 891-899, mai. 2010a.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.44, n.4, p. 1093-1099, dez. 2010b.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I.; TOYODA, C.Y. Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.18, n.1, p. 08 telas, jan./fev. 2010.

ISOS. *International Society Of Occupational Science*. 2015. Disponível em: <http://www.isoccsci.org>. Acesso em: 17 out. 2015.

IZQUIERDO, I. *Memória*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

JANG, J.S. Effects of spaced retrieval training with errorless learning in the rehabilitation of patients with dementia. *Journal of Physical Therapy Science*, v. 27, n.9, p. 2735- 2738, 2015.

JENSEN, L.E.; PADILLA, R. Effectiveness of interventions to prevent falls in people with Alzheimer's disease and related dementias. *The American Journal of Occupational Therapy*, v.65, n.5, p. 532-540, sept./oct. 2011.

JOSÉ, J.S.; TEIXEIRA, A.R. Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, v. 210, n.1, p. 28-54, 2014.

JOURNAL CITATION REPORTS. *Journal Titles Ranked by Impact Factor*. Disponível em: https://jcr-incites-thomsonreuters.ez27.periodicos.capes.gov.br/ JCRJournalHomeAction.>. Acesso em: 27 de jan.2016.

KARCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.3, p. 861-866, jun. 2003.

KATZ, N.; BAUM, C.M.; MAEIR, A. Introdução à intervenção cognitive e à avaliação cognitive functional. In: KATZ, N. *Neurociência, reabilitação cognitive e modelos de intervenção em Terapia Ocupacional*. 3. ed. São Paulo: Santos, 2014. p. 1-11.

KATZ,N.; BAUM, C.M. A importância da terapia ocupacional na reabilitação neuropsicológica. In: ABRISQUETA-GOMEZ, J. *Reabilitação neuropsicológica*: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 207-222.

KERL, M.; DOUGHERTY, J. Controle de intestino e bexiga. In: MARTIN, G.A.; SABBAGH, M.N. *Tratamento paliativo na doença de Alzheimer e demência*: diretrizes e plano de tratamento. São Paulo: Editora Andrei, 2011. p. 167-175.

KERSE, N. et al. Fall prevention in residential care: a cluster, randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 52, n.4, p. 524-531, 2004.

KIM, S.Y. et al. A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *NeuroRehabilitation*, v.31, n. 2, p. 107-115, 2012.
KOVACH, C.R. et al. Effect of BACE intervention on agitation of people with dementia. *Gerontologist*, v. 44, p. 797-806, 2004.

LAVOOT, P.J. et al. Community mobility. In: PADILLA, R.; BYERS-CONNON, S. LOHMAN, H.L. *Occupational Therapy with elders*: strategies for de COTA. 3rd ed. Atlanta: Elsevier, 2012. p. 202-212.

LEE, C. C.; CZAJA, S. J.; SHARIT, J. Training older workers for technology-based employment. *Educational Gerontology*, v.35, n.1, p. 15-31, 2006.

LEE, C. C.; CZAJA, S. J.; SHARIT, J. Training older workers for technology-based employment. *Educational Gerontology*, v.35, n.1, p. 15-31, 2009.

LEE, G.Y. et al. Evaluation of a computer-assisted errorless learnig-based memory training program for patients with early Alzheimer's disease in Hong-Kong: a pilot study. *Clinical Interventions in Aging*, v. 8, p. 623-633, 2013.

LEMOS, N.D.; GAZZOLA, J.M.; RAMOS, L.R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade*, v.15, n.3, p. 170-179, set./dez. 2006.

LEONARDO DE OLIVEIRA, J.P. *Ambientes virtuais de aprendizagem e mapas conceituais: um estudo exploratório com alunos do curso de administração de empresas da FEA-RP/USP*. 2006. 144 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

LESOURD, M. et al. Apraxia and Alzheimer's disease: review and perspectives. *Neuropsychology Review*, v.23, n.3, p. 234-256, sept. 2013.

LETTS, L. et al. Using occupations to improve quality of life, health and wellness and client and caregiver satisfaction for people with Alzheimer's disease and related dementias. *The American Journal of Occupational Therapy*, v.65, n.5, p. 497-504, sept./oct. 2011.

LIN, P.W. et al. Efficacy of aromatherapy (lavandula angustifolia) as na intervention for agitated behaviours in chineces older persons with dementia: a cross-over randomized trial. *International Journal of Geriatrics Psychiatric*, v.15, n.1, p.43-51, 2007.

LINDQVIST, E.; NYGARD, L.; BORELL, L. Significant junctures on the way towards becoming a user of assistive technology in Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v. 20, n.5, p. 386-396, 2013.

LLOYD, S. et al. Driving and dementia: a review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, v.68, n.3, p.149-156, jun. 2001.

LOAS. *Lei nº 8742*, Lei Orgânica da Assistência Social de 7 de dezembro de 1993.

LOCK, M. A mente molecularizada e a busca da demência incipiente. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v.15, n.2, p. 205-236, 2005.

LOHMAN, H.L.; GLANTZ, C.H.; RICHMAN, N. The regulation of public policy for elders. In: PADILLA, R.; BYERS-CONNON, S. LOHMAN, H.L. *Occupational Therapy with elders*: strategies for de COTA. 3rd ed. Atlanta: Elsevier, 2012.

LOPES, B.J.S. *O mapa conceitual como ferramenta avaliativa*. 2007. 174 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.

LOPES, L.O.; CACHIONI, M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.16, n.3, p. 443-460, jul./set. 2013.

LOPES, R.E. et al. Pesquisa em Terapia Ocupacional: apontamentos acerca dos caminhos acadêmicos no cenário nacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 21, n.3, p. 207-214, 2010.

LOPES, R.E.; MALFITANO, A.P.S. Perspectivas e desafios para a pesquisa em Terapia Ocupacional: uma análise do seu I Seminário Nacional de Pesquisa. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v.17, supl. Esp., p.115-120, 2009.

LOUREIRO, A.P.L. et al. Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados: um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 22, n. 2, p. 136-144, 2011.

LOUVISON, M.C.P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.4, p. 733-740, 2008.

LOUVISON, M.C.P.; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. *Boletim do Instituto de Saúde*, p. 9-14, abr. 2009.

LOWI-YOUNG, M. *Partnering to strengthen Canada's future*: A national dementia plan. Candá: Alzheimer Society Canada, 2014. Disponível em: <

http://www.parl.gc.ca/Content/HOC/Committee/412/FINA/WebDoc/WD6615327/412_FINA_PBC2014_Briefs%5CAlzheimerSocietyOfCanada-e.pdf>. Acesso em: 05 de mar. de 2016.

LUCATELLI, J.F. et al. Influência genética sobre a doença de Alzheimer de início precoce. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 36, n.1, p. 25-30, 2009.

LUI, V.W.C. et al. Structured assessment of mental capacity to make financial decisions in Chinese older persons with mild cognitive impairment and mild Alzheimer disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, v.26, n.2, p. 69-77, 2013

LUI, V.W-C. et al. Capacity to make decisions on medication management in Chinese older persons with mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, v.24, n.7, p. 1103-1111, 2012

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.15, n. 4, p. 587-594, out./dez. 2006.

LYKETSOS, C.G. et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the cache country study on memory in aging. *American Journal of Psychiatry*, v.157, n. 5, p. 708-714, may 2000.

MACHADO, J. et al. Estado nutricional na doença de Alzheimer. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.55, n. 2, p. 188-191, 2009.

MACHADO, J.C. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E.V.; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.178-214.

MACIEL, A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. Revista Médica de Minas Gerais, v.20, n.4, p. 554-557, 2010.

MAGALHÃES, L.C.; MAGALHÃES, L.V.; CARDOSO, A.A. *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

MALINOWSKY, C. et al. Ability to manage everyday technology: A comparison of persons with dementia or mild cognitive impairment and older adults without cognitive impairment. *Disability and Rehabilitation: assistive technology*, v.5, n.6, p. 462-469, 2010.

MALINOWSKY, C.; NYGÅRDA, L.; KOTTORP, A. Psychometric evaluation of a new assessment of the ability to manage technology in everyday life. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v. 18, n. 1, p. 26-35, 2011.

MALINOWSKY, C. et al. Indvidual variability and environmental characteristics influence older adults'abilities to manage everyday technology. *International Psychogeriatrics*, v.24, n.3, p. 484-495, 2012.

MALLOY-DINIZ, L.F. et al. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2010. 432p.

MALLOY-DINIZ, L.F. et al. B Exame das funções cognitivas. In: MALLOY-DINIZ, L.F. et al. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 94- 113.

MANSUR, L.L. et al. Linguagem e cognição na doença de Alzheimer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 18, n.3, p. 300-307, set./dez. 2005.

MAO, HF. et al. Indicators of perceived useful dementia care assistive technology: caregiver's perspectives. *Geriatrics and Gerontology International*, v.15, n.8, p. 1049-1057, 2014.

MAPELLI, D. et al. Cognitive stimulation in patients with dementia: randomized controlled trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, v.3, n. 1, p. 263-271, 2013.

MARCELO, J.F. *Sociologia da ciência*: estudo bibliométrico na base de dados Scopus. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciência, Tecnologia e Sociedade) – Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012. Disponível em: < http://www.bdtd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5575>. Acesso em: 22 fev. 2015.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009. 351p.

MARIM, C.M. et al. Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21 (spec), 9 telas, 2013.

MARINHO, A. Especialista em terceira idade, Alexandre Kalache defende envelhecimento ativo. *O Globo*. Rio de Janeiro, 28 jul. 2008. Disponível em: <http://oglobo.com.br/vivermelhor>. Acesso em: 06 set. 2013.

MARTINEZ, L.B.A.; EMMEL, M.L.G. Elaboração de um roteiro para avaliação do ambiente e do mobiliário no domicílio de idosos. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 24, n.1, p.18-27, 2013.

MARTIN, D. et al. Noção de significado nas pesquisas em saúde: a contribuição da antropologia. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.1, p. 178-180, 2006.

MARTINS, G.A.; TEÓPHILO, C.R. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas, 2007.

MASSA, L.D.B.; FARIA, L.R. Para sempre Alice. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 9, n.2, p. 1-6, 2015.

MATTOS, P.; PAIXÃO JÚNIOR, C.M. Avaliação cognitiva de idosos: envelhecimento e comprometimento cognitivo leve. In: In: MALLOY-DINIZ, L.F. et al. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 247-253.

McCLEERY, J.; COHEN, D.A.; SHARPLEY, A.L. Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.9, mar. 2014.

McKHANN, G. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS/ADRDA work group under the áuspices of the department of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology*, v.34, n.7, p. 939-944, 1984.

MEDEIROS, L.R.; STEIN, A. Níveis de evidência e graus de recomendação da medicina baseada em evidências. *Revista AMRIGS*, v.46, n.1, p. 43-46, 2002.

MEDLINE. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/MEDLINE>. Acesso em: 22 fev. 2015.

MEHRABAN, A.H. et al. Validity and reliability of the persian version of Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale in patients with dementia. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, v. 28, n. 3, p. 25-33, 2014.

MELLO, J.B.; FORTUNATO, V.; RODRIGUES, V.F.S. Intervenções nas alterações comportamentais e transtornos de humor na doença de Alzheimer. In: ABRISQUETA-GOMEZ, J. *Reabilitação neuropsicológica*: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.289-296.

MENDES, K.D.S. et al. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 17, n.4, p. 758-764, 2008.

MERIANO, C.; LATELLA, D. *Occupational Therapy Interventions*: function and occupations. Thorofare: SLACK Incorporated, 2007.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MORAES, S.R.P.; SILVA, L.S.T. An evaluation of the burden of Alzheimer patients on family caregivers. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n. 8, p. 1807-1815, ago. 2009.

MORGAN-BROWN, M. et al. An exploration of occupational in nursing home residents with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, v.74, n.5, p. 217-225, 2011

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 63, n. 3 - A, p. 713-719, set. 2005a.

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 63, n. 3 - A, p. 720-727, set. 2005b.

NOCHAJSKI, S.M.; TOMITA, M.; MANN, W.C. An intervention study of the use and satisfaction with assistive devices by elderly persons with cognitive impariments. *Topics in Geriatric Rehanilitation*, v.12, n.2, p. 40-53, 1996.

NOVELLI, M.M.P.C. et al. Adaptação transcultural da bateria DLOTCA-G (Dynamic Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment – for Geriatric Population) para a língua portuguesa. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 23, n. 2, p. 251-260, 2015.

NOVELLI, M.M.P.C. *Validação da escala de Qualidade de Vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares*. 138 f. Tese (Doutorado em ) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/.../5/5138/.../MarciaMariaPiresCamargoNovelli.pdf >. Acesso em: 15 de out. de 2015.

NOVELLI, M.M.P.C.; CANON, M.B.F. Avaliação da funcionalidade nos programas de reabilitação cognitiva. In: ABRISQUETA-GOMEZ, J. *Reabilitação neuropsicológica*: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.95-105.

NOVELLI, M.M.P.C.; CARAMELLI, P. The influence of neuropsychiatry and functional changes on quality of life in Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 4, n.1, p.47-53, 2010.

NOVELLI, M.M.P.C.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.21, n.2, p. 139-147, maio/ago. 2010.

NUNEZ, Z.A.G. *A produção científica brasileira em Medicina Tropical indexada nas bases de dados Web of Science e Scopus entre os anos 2005 e 2012*. 143 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação) – Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: < http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/95387/000917848.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 fev. 2015.

OGAWA, T. Ageing in Japan: an issue of social contract in welfare transfer or generational conflict? In: Lloyd-Sherlock P, editor. *Living longer*: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004. Disponível em: <http://zedbooks.co.uk/node/21198>. Acesso em 15 de dezembro de 2015.

OHMAN, A.; JOSEPHSSON, S.; NYGARD, L. Awareness trough interactions in everyday occupations: experiences of people with Alzheimer's disease. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, v.15, n.1, p.43-51, 2008.

OHMAN, A.; NYGARD, L.; KOTTORP, A. Occupational performance and awareness of disability in mild cognitive impairment or dementia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v. 18, n.2, p. 133-142, 2011.

OLIVEIRA, A.P.P.; CALDANA, R.H. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n.3, p. 675-685, jul./set. 2012.

OLIVEIRA-SOUZA, R. et al. Cognição e funções executivas. In: LENT, R. Neurociência da mente e do comportamento. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2008. p.287-302.

OLIVER, D. et al. Strategies to prevent falls and fracture in hospitals and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *British Medical Journal*, v. 334, n. 7584, p. 1-6, oct. 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORONA, C.J. Temporality and identity loss due to Alzheimer's disease. In: STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Grounded Theory in practice*. London: SAGE Publications, 1997.

OZTURK, A. et al. The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a chronic disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v.53, n. 3, p.278-83, nov./dec. 2011.

PADILLA, R. Efectiveness of Occupational Therapy services for people with Alzhmeimer's disease and related dementias. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 65, n. 5, p. 487-489, sept./oct. 2011a.

PADILLA, R. Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 65, n. 5, p. 523-530, sept./oct. 2011b.

PADILLA, R. Efectiveness of enviroment-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 65, n. 5, p. 514-522, sept./oct. 2011c.

PASCHOAL, S.P.M. Qualidade de vida na velhice. In: In: FREITAS, E.V.; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.19-84.

PATOMELLA, A.H. et al. Factors that impact the level of difficulty of everyday technology in a sample of older adults with and without cognitive impairment. *Technology and disability*, v. 23, n.4, p. 243-250, 2011.

PAULA, J.J. et al. Funções executivas e envelhecimento. In: MALLOY-DINIZ, L.F.; FUENTES, D.; COSENZA, R.M. (Org.) *Neuropsicologia do envelhecimento*: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 226-242.

PEDro. Disponível em: < http://www.pedro.org.au/portuguese/>. Acesso em: 22 fev. 2015.

PERSSON, M.; ZINGMARK, K. Living with a person with Alzheimer's disease: Experiences related to everyday occupations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v. 13, n.4, p. 221-228, 2006.

PIERSOL, C.V.; EARLAND, T.V.; HERGE, E.A. Meeting the needs of caregivers of persons with dementia: an important role for occupational therapy. *OT Practice*, v.17, n.5, p. 8-12, 2012.

PIERSOL, C.V.; FLYNN, M. Implementing Interprofessional Evidence-Based Approaches for Older Adults and Their Families. *Home & Community Health Special Interest Section Quarterly*, v. 21, n.2, p. 1-4, 2014.

PINHEIRO, G.M.L. et al. Idoso portador de Alzheimer: reflexões sobre o papel do cuidador. In: POMATTI, D.M. et al. *Doenças crônicas*: múltiplas abordagens. Passo Fundo: Berthier, 2009. p. 163-174.

PITELLA, J.E.H. Neuropatologia da doença de Alzheimer. In: TAVARES, A. *Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 235-247.

PNUD. PROGRAMA DE NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2015*: O trabalho como motor do Desenvolvimento humano., 2015. Disponível em: < http://www.pnud.org.br/HDR/Relatorios-Desenvolvimento-Humano-Globais.aspx?indiceAccordion=2&li=li_RDHGlobais>. Acesso em: 15 de jan. de 2016

PONTES, T.B.; POLATAJKO, H. J. Habilitando ocupações: a prática baseada na ocupação e centrada no cliente na terapia ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v.24, n.2, p. 403-412, 2016.

PUBMED. *PubMed Help*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827 >. Acesso em: 22 fev. 2015.

RADOMSKI, M.V.; DAVIS, E.S. Otimização das capacidades cognitivas. In: RADOMSKI, M.V.; LATHAM, C.A.T. *Terapia Ocupacional para disfunções físicas*. 6. ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 749- 773.

RADOVIĆ-MARKOVIĆ, M. An Aging Workforce: Employment Opportunities and Obstacles. *CADMUS*, v. 1, n. 6, p. 142-155, 2013.

RESENDE, M.G.A.; CAVALCANTI, A.; ANDRADE, V.S. Veículo adaptado: caracterização de suas adaptações e do perfil de seus condutores. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAr*, v.20, n.1, p. 73-80, 2012.

REUNI. Reestruturação e expansão das universidades federais. 2010. Disponível em: < http://www.reuni.mec.gov.br>. Acesso em 01 de fev. de 2016.

RIBEIRO, A.P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13, n.4, p. 1265-1273, 2008.

RICE, M.S. et al. Reduced feedback: motor learning strategy in persons with Alzheimer's disease. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, v. 27, n.2, p. 122-138, 2008.

ROBERT, A.; GÉLINAS, I.; MAZER, B. Occupational Therapists use of cognitive interventions for clients with Alzheimer's disease. *Occupational Therapy International*, v. 17, n.1, p. 10-19, 2010.

ROCHA, S.R.; DORNELAS, L.F.; MAGALHÃES, L.C. Instrumentos utilizados para avaliação do desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo no Brasil: revisão da literatura. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 21, n. 1, p. 109-117, 2013.

RODRIGUES, M.P.B.; GONTIJO, D.T. Doença de Alzheimer: uma análise da produção científica publicada nos periódicos brasileiros no período de 2002 a 2007. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, v.14, n.1, p. 25-43, 2009.

ROSENBERG, L.; NYGARD, L. Learning and using technology in intertwined processes: A study of people with mild cognitive impairment or Alzheimer's disease. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, v.13, n.5, p. 662-677, 2014.

ROSENWAX, L.; McNAMARA, B.; ZILKENS, R. A population-based retrospective cohort study comparing care for Western Australians with and without Alzheimer's disease in the last year of life. *Health & Social Care in the Community*, v. 17, n.1, p. 36-44, 2008.

RUIZ-MORENO, L. et al. Mapa conceitual: ensaiando critérios de análise. *Ciência & Educação*, v. 13, n. 3, p. 453-463, 2007.

RYD, C. et al. Associations between performance of activities of daily living and everyday technology use among older adults with mild stage Alzheimer's disease or mild cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v. 22, n.1, p. 33-42, 2015.

SALLES, M.M.; MATSUKURA, T.S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da Terapia Ocupacional na literatura de língua inglesa. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v.23, n.1, p.197-210, 2015.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 2, p.221-224 , mar./abr. 2007
SANTANA, C. S. et al. Elderly instrumentation for everyday use of electronic equipment. *Gerontechnology*, v. 11, n.2, p. 199-199, 2012.

SANTOS, R.L. et al. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.38, n.4, p.161-167, 2011.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *Revista Brasileira em Promoção em Saúde*, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SANTOS, A.S.; KARSCH, U.M.; MONTAÑÉS, C.M. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). *Revista Serviço Social e Sociedade*, v. s/n, n. 102, p. 365-386, 2010.

SCARPIN, J.E.; SLOMSKI, V. Estudo dos fatores condicionantes do índice de desenvolvimento humano nos municípios do estado do Paraná: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão governamental. *Revista de Administração Pública*, v. 41, n. 5, p. 909-933, 2007.

SCHABER, P. et al. Using cognitive-functional assessment to predict self-care performance of memory care tenants. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, v.28, n.2, p. 171-178, 2013.

SCHABER, P.; LIEBERMAN, L. *Occupational Therapy Practice Guideline for Adults with Alzheimer's disease and related disorders*. Bethesda: AOTA Press, 2010.

SCHIMID, A.A. et al. The home-based Occupacional Therapy Intervention in Alzheimer's Disease Multiple Intervention Trial (ADMIT). *Occupational Therapy in Mental Health*, v.31, n. 1, p. 19-34, 2015.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Avaliação neuropsicológica de adultos. In: MALLOY-DINIZ, L.F. et al. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 94- 113.

SCOPUS. Disponível em: <http:// http://www.elsevier.com/online-tools/scopus>. Acesso em: 22 fev. 2015.

SELMÈS, J.; DEROUESNÉ, C. *A doença de Alzheimer no dia-a-dia*. v. 1. São Paulo: Editora-Andrei, 2008a.

SELMÈS, J.; DEROUESNÉ, C. *A doença de Alzheimer no dia-a-dia*. v. 3. São Paulo: Editora-Andrei, 2008b.

SENAHA, M.L.H.; CARTHERY-GOULART, M.T. Reabilitação neuropsicológica da linguagem. In: ABRISQUETA-GOMEZ, J. *Reabilitação neuropsicológica*: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.181-187.

SERRANI AZCURRA, D.J.L. A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n. 4, p. 422-433, 2012.

SEYUN, K. Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. *Journal of Physical Therapy Science*, v. 27, n.2, p. 543-546, 2015.
SHARIT, J. et al. Effects of age, speech rate and environmental support in using telephone voice menu systems. *Human Factors*, v. 45, n.2 , p. 234–251, 2003.

SILVA, R.T.P. Política de incentivo a formação de pesquisadores: reflexões sobre o programa Ciência sem Fronteiras. *IX ANPED Sul. Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul*. 2012.

SILVA, S.P.N. et al. A perspectiva do cuidador frente ao idoso com doença de Alzheimer. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental on line*, v.5, n.1, p.3333-3342, 2013.

SILVA, T.B.L. et al. Estratégias de memorização. In: SANTOS, F.S. et al. *Estimulação cognitiva para idosos*: ênfase em memória. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. p. 97-102.

SILVA, C.F.; PASSOS, V.M.A.; BARRETO, S.M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.15, n.4, p. 707-731, out./dez. 2012.

SILVA, M.R.F.; YAZBEK, M.C. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. *Revista Katálysis*, v. 17, n. 1, p. 102-110, jan./jun. 2014.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.N. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 839-47, mai./jun. 2003.

SIMÕES, A.S.L. Cuidados em Fim de Vida em Lares de Idosos: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, v. 17, n.1 1, p. 31-61, 2013.

SIMÕES, R. *Corporeidade e terceira idade*. Piracicaba: Unimep,1994

SLEUTJES, M.H.S.C. Refletindo sobre os três pilares de sustentação das universidades: ensino-pesquisa-extensão. *Revista de Administração Pública*, v. 33, n.3, p. 99-111 , 1999.

SMITH, M.A.C. Doença de Alzheimer. *Genética*, v.21, n.1, p.SII3- SII7, 1999.

SMSC. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. *Relatórios epidemiológicos e indicadores de saúde* – Curitiba. Disponível em: http://www.saúde.pr.gov.br . Acesso em: 17 abr 2015.

SOARES, V.L.D.; SOARES, C.D.; CAIXETA, L. Reabilitação neuropsicológica da memória. In: CAIXETA, L. et al. *Doença e Alzheimer*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.453-465.

SOHLBERG, M.M.; MATEER, C.A. *Reabilitação cognitiva*: uma abordagem neuropsicológica integrada. São Paulo: Santos, 2010.

SORENSEN, L.; WALDORFF, F.; WALDEMAR, G. Coping with mild Alzheimer's disease. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, v. 7, n.3, p. 287-299, 2008.

SOUSA, M.F.B. et al. Consciência da doença na doença de Alzheimer: uma revisão sistemática de estudos longitudinais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 60, n.1, p. 50-56, 2011.

SOUZA, V.M. et al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n.5, p. 791-790, 2015.

SPECTOR, A. et al. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Systematic Review*, v.18, n.2, CD001120, 2005

STAAL, J.A. et al. The effects of snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, v.37, n.4, p. 357-370, 2007.

STARK, S.L. et al. Preclinical Alzheimer disease and risk of falls. *Neurology*, v.81, n.5, p. 437-443, 2013.

STRUCKMEYER, L.R.; PICKENS, N.D. Home modifications for people with Alzheimer's disease: a scoping review. *The American Journal of Occupational Therapy*, s.n. (7001270020), 2016.

SUMSION, T. Perspectiva da prática baseada no cliente. In: SUMSION, T. *Prática baseada no cliente na Terapia Ocupacional*: guia para implementação. São Paulo: Roca, 2003. p. 1-24.

TALMELLI, L.F.S. et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.26, n.3, p. 219-225, 2013.

TALMELLI, L.F.S. et al. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.44, n. 4, p. 933-939, 2010.

TAVARES, M. F. *Trabalho e Longevidade*: como o novo regime demográfico vai mudar a gestão de pessoas e a organização do trabalho. 1 ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2015.

TAVARES, R. Construindo mapas conceituais. *Ciência & Cognição*, v. 12, p. 72-85, 2007.

ELSEVIER. *Scopus*: An eye on global research. Disponível em: <http:// http://www.elsevier.com/online-tools/scopus>. Acesso em: 22 fev. 2015.

TEILELMAN, J; RABER, C.; WATTS, J. The power of the social environment in motivating persons with dementia to engage in occupation: Qualitative findings. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, v.28, n.4, p. 321-333, 2010.

TEIXEIRA-JÚNIOR, A.L.; CARAMELLI, P. Apatia na doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.28, n.3, p. 238-241, set. 2006.

THINNES, A.; PADILLA, R. Effect of educational and supportive strategies on the ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that role. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 65, n. 5, p. 541-549, sept./oct. 2011.

TIRADO, M.G.A.; DRUMMOND, A.F. Intervenção do terapeuta ocupacional em instituições de longa permanência para idosos. In: DRUMMOND, A.F.; REZENDE, M.B. (Org.) *Intervenções da Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

TOMORI, K. et al. Examination of a cut-off score to express the meaningful activity of people with dementia using iPad (ADOC). *Disability and Rehabilitation: assistive technology*, v. 10, n.2, p.126-131, 2015.

TORRÃO, A.S. et al. Abordagens diferentes um único objetivo: compreender os mecanismos celulares das doenças de Parkinson e de Alzheimer. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.34, n. supl. 2, p. S194-S218, jun. 2012.

UMEMURO, H., Japanese elderly and computers in the workplace (Keynote Address). *Gerontechnology*, v. 2, n. 1, p. 63-67, 2002.

UNSWORTH, C. Measuring the outcomes of occupational therapy: tools and resources. *Australian Occupational Therapy Journal*, v.47, n.4, p. 147-158, dec. 2000.

VAN DER WARDT, V.; BANDELOW, S.; HOGERVORST, E. The relationship between cognitive abilities, well-being and use of new technologies in older people. *Gerontechnology*, v. 10, n.4, p. 01-21, 2012.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 705-715, mai./jun. 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v.43, n.3, p. 548-54, mai./jun. 2009.

VERAS, R. PARAHYBA, M.I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n. 10, p. 2479-89, out. 2007.

VERMEERSCH, S. et al. An explorative study of the relationship between functional and cognitve decline in older persons with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *British Journal of Occupational Therapy*, v. 78, n.3, p. 166-174, 2015.

VILELA, A.B.A. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente no contexto de Jequié – BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.9, n.1, p. 55-69, 2006.

VILELA, L.P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.52, n.3, p. 148-152, maio/jun. 2006.

VOIGT-RADLOFF, S. et al. A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation. *BMJ Open*, v. 1, n.1, p. e000096, 2011.

VOIGT-RADLOFF, S. et al. Dementia qualitiy of life instrument - construct and concurrent validity in patients with mild to moderate dementia. *European Journal of Neurology*, v.19, n. 3, p. 376-384, 2012 a.

VOIGT-RADLOFF, S. et al. Interview for Deterioration in Daily Living Activities in dementia: construct and concurrent validity in patients with mild and moderate dementia. *International Psychogeriatric Association*, v.24, n.3, p. 382-390, 2012 b.

WAJMAN, J.R. et al. Adaptação e correlação entre instrumentos cognitivos e funcionais para o estadiamento e acompanhamento da doença de Alzheimer em fases avançadas. *Revista de Psquiatria Clínica*, v. 41, n.1, p. 5-8, abr. 2014.

WANG, T.Y. et al. Validation of the Route Map Recall Test for getting lost behavior in Alzheimer's disease patients. *Archives of Clinical Neuropsychology*, v. 27, n.7, p. 781-189, 2012.

WENBORN, J. et al. Providing activity for people with dementia in care homes: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 28, n.12, p. 1296-1304, 2013.

WHO. World Health Organization. *Political declaration and Madrid international plan of action on ageing*. New York: United Nations, 2002 a.

WHO. World Health Organization. *Active ageing*: a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002 b.

WHO .World Health Organization. *Dementia*: a public health priority. Geneva: WHO, 2012.

WHO.World Health Organization. *World report on ageing and health*. Genebra: WHO, 2015.

WHOQOL Group 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, v.41, n.10, p. 1.403-1.409, 1995.

WILSON, B.A. *Reabilitação da memória*: integrando teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 31-36.

WILSON, R. et al. Quantitative analysis of formal caregivers'use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. *Journal of Communication Disorders*, v.46, n. 3, p.249-263, 2013.

WILTFANG, J. et al. Trabalho de consenso de força-tarefa da WFSBP sobre marcadores biológicos das demências: contribuição da análise do LCR e do sangue para diagnóstico precoce e diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 36, n. 1, p. 1-16, 2009.

WOOD, W.; WOMACK, J.; HOOPER, B. Dying of boredom: An exploratory case study of time use, apparent affect, and routine activity situations on two Alzheimer's special care units. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 63, n.3, p.337-350, 2009.

WOODS, B. et al. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. v.15, n.2, CD005562, 2012.

YASSUDA, M.S. et al. Avaliação neuropsicológica de idosos: demências. In: MALLOY-DINIZ, L.F. et al. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 255-271.

YASSUDA, M.S.; FLACKS, M.K. *Revisão crítica de programas de reabilitação neuropsicológica na doença de Alzheimer*. Ciclo CEAP, Curso de Reabilitação Neuropsicológica, 2014.

YI, J. et al. The effect of the global positioning system on the driving performance of people with mild Alzheimer's disease. *Gerontology*, v.61, n. 1, p. 79-88, 2015.

YUILL, N.; HOLLIS, V. A systematic review of cognitive stimulation therapy for older adults with mild to moderate dementia: an occupational therapy perspective. *Occupational Therapy International*, v. 18, n.4, p. 163-186, 2011.

ZIDAN, M. et al. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. *Revista de Psquiatria Clínica*, v. 39, n.5, p. 161-165, 2012.

ZUCCOLO, P.F.; RZEZAK, P.; GÓIS, J.O. Praxia e visuoconstrução. In: MALLOY-DINIZ, L.F. et al. *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 114-122.