

## **A TERAPIA OCUPACIONAL NA REABILITAÇÃO DO IDOSO PORTADOR DE ALZHEIMER**

Jany Lima Santos<sup>1</sup>

Jucilene de Oliveira Souza<sup>2</sup>

Wânia Ferreira da Silva<sup>3</sup>

### **RESUMO**

O Alzheimer é uma doença degenerativa progressiva que acomete, geralmente, pessoas idosas, sendo o tipo mais comum de demência, cerca de 56%. Sua prevalência afeta aproximadamente 5% dos indivíduos com mais de 65 anos e 20% daqueles com mais de 80 anos. A Terapia Ocupacional (TO) objetiva dar assistência na reabilitação do indivíduo, na recuperação de sua autonomia e funcionalidade para realizar as atividades cotidianas, mantendo sua saúde e bem-estar. O presente estudo discorre sobre a importância desse profissional no processo de reabilitação do Portador de Alzheimer. Nesse sentido, o TO atua elaborando um plano de tratamento voltado para excitação do indivíduo em seu envolvimento nas atividades da vida diária (AVD's) e vida prática (AVP's). Visa manter e prevenir as habilidades funcionais, motoras, perceptivas e cognitivas que o portador de Alzheimer vai progressivamente perdendo. Procura promover adaptação domiciliar buscando facilitar a maior participação e independência na alimentação, higiene pessoal, comunicação, vestuário, banho, autocuidado e lazer. Essas atividades vão se tornando cada vez mais prejudicadas devido à progressão da doença. Verifica-se que é cada vez mais crescente o número de indivíduos com Alzheimer, que sofrem com alterações, físicas, funcionais e mentais, mudando sua vida e de seus familiares. Portanto a Terapia Ocupacional surge para facilitar o indivíduo a viver de forma mais independente possível no seu processo de envelhecimento, oferecendo melhor qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Terapia Ocupacional. Alzheimer. Reabilitação.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Terapia Ocupacional, Jany Lima Santos, da Faculdade União de Goyazes.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Terapia Ocupacional, Jucilene de Oliveira Souza da Faculdade União de Goyazes.

<sup>3</sup> Orientadora e Professora do Curso Terapia Ocupacional, Wânia Ferreira da Silva, da Faculdade União de Goyazes.

## ***THE OCCUPATIONAL THERAPY IN REHABILITATION OF ELDERLY ALZHEIMER PATIENTS***

### **ABSTRACT**

Alzheimer is a progressive degenerative disease which usually affects elderly people, and it is the most common type of dementia, about 56%. Its prevalence affects approximately 5% of individuals over 65 years old and 20% of those older than 80 years old. Occupational Therapy (OT) aims to assist in the individuals' rehabilitation, regaining their autonomy and functionality to perform daily activities, maintaining their health and well-being. This study discusses the importance of this professional in the rehabilitation process of Alzheimer patients. So, the OT works developing a treatment plan focusing the individuals' enthusiasm in their involvement in daily living activities (DLAs) and practical life activities (PLAs). It aims to maintain and prevent functional, motor, perceptual and cognitive skills which Alzheimer patients will progressively lose. It seeks to promote home adaptation, increasing the participation and independence in feeding, personal care, communication, clothing, bathing, self-care and leisure. These activities increasingly become impaired due to the disease progression. It can be seen that the number of Alzheimer patients is increasingly growing, who suffer with physical, functional and mental changes, altering their lives and their families. Therefore, Occupational Therapy appears to facilitate the individuals to live as independently as possible in their aging process, offering better quality of life.

**Key-words:** Occupational Therapy. Alzheimer. Rehabilitation.

## 1. INTRODUÇÃO

Considera-se a Doença de Alzheimer (DA) uma degeneração neuronal progressiva, que compromete os aspectos cognitivos, levando as alterações nas áreas, componentes e contextos de desempenho (CORRÊA & SILVA, 2009).

Essa patologia é considerada o tipo mais comum de demência, sendo responsável por cerca de 56% do número total de casos e sua prevalência afeta aproximadamente 5% dos indivíduos com mais de 65 anos e 20% daqueles com mais de 80 anos (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

No Brasil, uma pessoa é reconhecida como idoso a partir dos 60 anos e passa a ter os direitos garantidos perante a Lei do Estatuto do idoso (BRASIL, 2003). Essa idade cronológica é adotada nas instituições que prestam serviços de atenção à saúde física, psicológica e social a esse indivíduo (BRASIL, 2003).

De maneira geral, considera-se o envelhecimento como sendo um processo múltiplo e complexo de sucessivas mudanças ao longo do curso da vida, influenciado por diversos fatores sociais e psicológicos. O que é importante pensar é que a idéia pré-concebida sobre a velhice aponta para uma etapa da vida que acaba, muitas vezes, por ser caracterizada como o fim de uma vida ativa e social (PASCHOAL, 2008).

A pessoa com Alzheimer apresenta uma progressiva perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento (CORRÊA & SILVA, 2009).

O portador dessa doença se confunde com facilidade, esquecendo-se de fatos recentes. Sintomas como esse, passam quase que despercebidos pela família e só é percebido quando inicia dificuldades para realizar as AVD's (FERRARI, 2011).

De acordo com sua progressão, o paciente passa a ter dificuldades para desempenhar tarefas simples, como: utilizar utensílios domésticos, cuidado com sua higiene, vestir-se e alimentação. Já na fase final, apresenta distúrbios graves na linguagem e raciocínio, perda da memória, confusão mental e sujeito a quedas, ficando assim restrito ao leito (FERRARI, 2011).

Desta forma, por meio destes acometimentos, o paciente com Alzheimer, perde sua autonomia e qualidade de vida, aumentando a necessidade de cuidados e supervisão (INOUY; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

Diante destes fatores, entra o profissional de Terapia Ocupacional, que é capacitado e atua em uma ampla variedade de áreas. Estes utilizam processos de tratamento de acordo com as necessidades de cada paciente, observando e analisando registros como parte essencial do exercício de sua função (LOPES & LEÃO, 2002).

O acompanhamento da família, nas intervenções terapêuticas, é de fundamental importância, pois facilitará o processo de coleta de dados fornecidos ao Terapeuta Ocupacional (T.O). Além da coleta de dados, a família/cuidador, fornecerá também as informações sobre a história ocupacional, revelando dados acerca do atual e prévio desempenho nas suas atividades de vida diária, bem como da velocidade de deterioração da doença (LOPES & LEÃO, 2002).

As AVD's são atividades ou tarefas que a pessoa executa no seu dia-a-dia para realizar os cuidados pessoais e manter a independência no lar e na comunidade, como por exemplo, se vestir, se locomover, alimentar, tomar banho, entre outras (TROMBLY & RADOMSKI, 2005).

O objetivo geral do presente estudo é o de compreender a importância do papel da Terapia Ocupacional no processo de reabilitação do idoso Portador de Alzheimer.

Como objetivos específicos são, descrever sobre a doença de Alzheimer; discutir os estágios da doença de Alzheimer; mostrar a importância da família no processo de reabilitação do idoso portador de Alzheimer; compreender como ocorre o tratamento da Terapia Ocupacional voltado ao portador de Alzheimer.

Diante de tudo isso, a Terapia Ocupacional, a partir da avaliação do paciente, verifica seus aspectos motores, sensoriais, perceptivos, cognitivos, emocionais, sociais, para realizar o seu tratamento terapêutico (MOTA & MOURA, 2012).

Segundo MOTA & MOURA (2012), esse profissional irá orientar o doente de Alzheimer, na melhoria de suas capacidades funcionais, adaptando o ambiente em que vive, realizando orientações junto aos seus cuidadores e proporcionando treinos de AVD's.

## 2. JUSTIFICATIVA

O presente estudo busca mostrar a importância do papel da Terapia Ocupacional no processo de reabilitação do portador de Alzheimer que, entre outros benefícios, proporciona qualidade de vida no dia-a-dia do paciente, preservando suas habilidades remanescentes, minimizando as consequências de déficits cognitivos, funcionais e criando um ambiente para interação social (FERRARI, 2011).

## 3. METODOLOGIA

Este estudo se constitui de uma revisão bibliográfica, exploratória e descritiva. Conforme Marconi e Lakatos (2004) a pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Segundo Gil (2008) o estudo bibliográfico se baseia em literaturas estruturadas, obtidas de livros e artigos científicos provenientes de bibliotecas convencionais e virtuais. O estudo descritivo-exploratório visa à aproximação e familiaridade com o fenômeno-objeto da pesquisa, descrição de suas características, criação de hipóteses e apontamentos, e estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas.

Após a definição do tema foi feita uma busca em bases de dados virtuais em saúde, especificamente na Biblioteca Virtual de Saúde.

Foram utilizados os descritores: Terapia Ocupacional, Alzheimer, Reabilitação. O passo seguinte foi uma leitura exploratória das publicações apresentadas no Sistema Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde - LILACS, *National Library of Medicine* – MEDLINE, *Scientific Electronic Library online* – Scielo.

A partir da leitura dos resumos, os artigos foram selecionados tendo em vista critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos artigos publicados em periódicos nacionais, além de livros relacionados ao tema no período de 2002 a 2014, no idioma português. E excluídos os artigos que não pré-estabeleciam o período e não atendiam ao objetivo proposto do presente tema, além de artigos no idioma inglês e espanhol. Dentre os materiais encontrados, foram utilizados 18 artigos e livros.

#### 4. REFERÊNCIAL TEÓRICO

Os referenciais teóricos utilizados para esse estudo bibliográfico foram os livros de Terapia Ocupacional Fundamentos e Prática das Autoras Alessandra Cavalcante e Claudia Galvão, Maria Auxiliadora Cursino Ferrari que fala sobre a reabilitação do idoso portador de demência tipo Alzheimer, Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas das Autoras Catherine A. Trombly e Mary Vining Radomski, além de artigos científicos.

Através do aumento da expectativa de vida, existe um expressivo, número de indivíduos alcançando uma idade avançada, onde ocorre a manifestação de doenças neurodegenerativas, sendo a mais frequente a doença de Alzheimer (DA) (FRIDMAN, *et al*, 2004).

O Alzheimer foi caracterizado pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer no ano de 1907, sendo o mesmo uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, a qual ocasiona perda da memória e diversos distúrbios cognitivos (SMITH, 2009).

Este tipo de demência se caracteriza através de um progressivo declínio da memória, do raciocínio, da compreensão, da capacidade de realizar cálculos, da linguagem, do aprendizado e de julgamento que acabam por impedir o portador da doença de realizar sem auxílio as suas atividades diárias (BARROS, *et al*, 2009).

Dessa maneira, a DA, é responsável por 50% a 60% dos casos de demência nos idosos (GONÇALVES & CARMO, 2012)

Esta patologia afeta cada pessoa de maneira diferente, atingindo indivíduos de ambos os sexos, de todas as raças, pessoas com níveis socioeconômicos, grupos étnicos e lugares geográficos (FALCÃO & BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Os estágios da doença de Alzheimer ocorrem por meio de três fases, sendo a inicial, a intermediária e a final (BARROS *et al.*, 2009).

A fase inicial da doença é a mais crítica, uma vez que os sintomas iniciais não são identificados pelos familiares e a característica mais marcante relaciona-se com o comportamento da memória recente. Nessa fase, ocorrem episódios de desorientação (a pessoa não sabe onde esta, nem o dia, mês e ano). Dois grupos de comportamentos são bastante conhecidos, um pela apatia que caracteriza pela passividade e desinteresse e outro onde há irritabilidade, egoísmo, intolerância e agressividade (BARROS *et al.*, 2009).

Conforme Lucatelli *et al* (2009), os casos de doença de Alzheimer no início precoce, são representados 5% do total de casos. Assim, o início precoce da doença encontra-se de maneira direta relacionada a genes que passaram mutações, que ocasionam alterações nas proteínas por eles codificadas, influenciando no aparecimento da patologia.

A segunda fase é a intermediária, que se estende por um período de duração de aproximadamente três a cinco anos, e caracteriza-se pelo agravamento dos sintomas apresentados na fase inicial. Nesta mesma fase instalam-se as afasias, apraxias e as agnosias. Afasia: é a perda do poder de expressão pela fala, escrita ou pela sinalização ou da capacidade de compreensão da palavra escrita ou falada. Apraxia: é a incapacidade de executar os movimentos apropriados para um determinado fim, contanto que não haja paralisia. Agnosia: são as perdas do poder do reconhecimento perceptivo sensorial, auditivo, visual ou tátil (LUCATELLI *et al*, 2009).

O início tardio apresenta posteriormente aos 65 anos e com permanência que pode superar os dez anos, causando assim perda total da memória, insônia, dificuldade para se alimentar, se locomover, higiene pessoal, autocuidado. Isso interfere diretamente na autonomia e independência para realização das demais atividades cotidianas, tornando-se uma pessoa totalmente dependente e restrita ao leito, na maioria das vezes alimentando-se por sonda. A morte, normalmente, não é causada pelo Alzheimer, mas devido a processos infecciosos cujos focos preferenciais são urinários e pulmonares (BARROS, *et al*, 2009).

A atuação do TO é de fundamental importância no processo de reabilitação do Portador de Alzheimer, sendo o mesmo um profissional da área de saúde que promove o desenvolvimento, tratamento e a reabilitação de indivíduos ou grupos que precisam de cuidados físicos, sensoriais, psicológicos, cognitivos e/ou sociais de modo a ampliar seu desempenho e participação das atividades humanas (CAMARGOS JR, 2005).

Segundo Cavalcanti e Galvão (2011) o objeto da profissão da Terapia Ocupacional se refere à ação, o fazer humano e o cotidiano, que seria tudo aquilo que o indivíduo fazia de forma independente antes de desenvolver essa patologia.

A Terapia Ocupacional é compreendida como sendo o campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e esfera social, onde são reunidas tecnologias orientadas para a emancipação, funcionalidade e autonomia

das pessoas. Que por razões ligadas a problemática específica, sensoriais, físicas, mentais, psicológicas ou sociais, apresenta dificuldade na inserção e participação na vida social. Deste modo, as intervenções do terapeuta ocupacional são desenvolvidas por meio de atividades, sendo o elemento central e orientador no processo terapêutico (CAVALCANTI & GALVÃO, 2011).

A ocupação é toda atividade realizada por uma pessoa, em um ambiente físico, social e temporal determinado, com uma forma, um significado e um propósito que se influenciam mutuamente, faz parte do cotidiano e é moldado pela cultura. Em relação aos cuidadores/familiares há um rearranjo de suas atividades ocupacionais, tendo em vista que a maioria dos cuidadores dedica-se, quase que exclusivamente ao ato de cuidar, abdicando-se, muitas vezes, de outras ocupações (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006).

O objetivo do Terapeuta Ocupacional, no processo de reabilitação do Portador de Alzheimer são elaborados de acordo com a fase em que a doença se apresenta, trabalhando assim a necessidade de orientar a família do paciente de Alzheimer e/ou cuidador para que estimulem o paciente de forma adequada na execução das atividades (TROMBLY & RADOMSKI, 2005).

Quanto ao processo de reabilitação, cabe ao Terapeuta Ocupacional avaliar e identificar as necessidades funcionais do paciente, estimular as funções preservadas e desenvolver mecanismos compensatórios para as funções alteradas, melhorando assim o desempenho funcional e retardando ou prevenindo as disfunções relacionadas à doença (TROMBLY & RADOMSKI, 2005).

Este profissional faz uma avaliação dos perigos em potenciais da casa (degraus, tapetes, maçanetas, quinas e cantos de móveis, iluminação de corredores e cômodos), deixando luzes acesas à noite, visando diminuir riscos de quedas (CORRÊA & SILVA, 2009).

Conforme visto, na fase intermediária para avançada o Portador de Alzheimer começa a ter dificuldades para alimentar sozinho, não consegue mais, discriminar pessoas conhecidas, necessitando ser supervisionado a maior parte do tempo (BARROS *et al.*, 2009).

No estágio final este profissional vai trabalhar de modo a acomodar o paciente no leito, orientar e treinar a família e/ou cuidador quanto às técnicas para facilitar as mudanças posturais e posicionamento correto dos membros, com intuito de diminuir os riscos e prevenir contraturas e/ou deformidades que podem ser



instaladas pelo imobilismo. Ainda neste estágio da doença vem à perda do ente querido e cabe ao Terapeuta Ocupacional o acolhimento, direcionar e apoiar os familiares desse paciente (BARROS *et al.*, 2009).

## **5. TRATAMENTO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL**

O terapeuta ocupacional tem o papel indispensável, uma vez que, orienta a família/cuidador acerca da doença, indicando como proceder nas AVD's e AVP's, contribuindo assim para uma intervenção mais eficaz, proporcionando uma maior independência e uma vida satisfatória (MOTA & MOURA, 2012).

Após ser feita a avaliação e identificação das necessidades funcionais do paciente, o terapeuta ocupacional monitora as funções preservadas, desenvolvendo assim mecanismos compensatórios para as funções alteradas, com intuito de manter e/ou melhorar o desempenho funcional (CORREGIDOR; MORALEJO *et al.*, 2007).

Sequencialmente, é traçado um plano terapêutico objetivando alcançar um aumento na sensação de bem-estar do indivíduo (LOPES & LEÃO, 2002).

Para Trombly e Radomski (2005), o terapeuta ocupacional na prática clínica avalia a cognição por três razões primárias: estabelecer uma linha base diante da qual mensurar a modificação; informar o plano de intervenção e identificar aqueles que mais se beneficiaram de uma avaliação neuropsicológica, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que avalia as diversas funções cognitivas como: orientação, atenção, cálculo, habilidade visuo-construtiva, linguagem e evocação. E a Medida de Independência Funcional (MIF) que avalia aspectos motor e cognitivo.

O terapeuta dispõe de recursos terapêuticos para prevenir, manter e/ou tratar dificuldades físicas, cognitivas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do portador de Alzheimer em relação às atividades de vida diária, trabalho e lazer (FERRARI, 2011).

Os objetivos do tratamento colocados deverão ser flexíveis e, se possível, fundamentados em evidências de pesquisas, reconhecendo a provável continuação da doença em progressão. Devido à degeneração provocada, poderá ser necessária a reavaliação regular, o reordenamento das prioridades, e as modificações repetidas das atividades junto ao paciente (TROMBLY & RADOMSKI, 2005).

O T.O visa à manutenção preventiva das habilidades funcionais, motoras, perceptivas e cognitivas que o portador de Alzheimer vai paulatinamente perdendo. Procura promover adaptação contínua para lidar com o meio ambiente, a maior

participação das atividades que constituem o cotidiano do paciente, que são o comer, o andar, o vestir-se, a higiene pessoal, o comunicar-se, telefonar, fazer compras, assistir um filme. Pois essas atividades vão se tornando cada vez mais prejudicada devido a progressão da doença (FERRARI, 2011).

Dentro do processo de adaptação contínua, pode-se utilizar como tratamento cognitivo para o portador de Alzheimer, atividades como jogos de letras, de números, colagem, poesia, canto, ouvir músicas tiradas do contexto do paciente, atividades que utilizem experiências passadas, histórias familiares, álbum de família, declamações de poesias. Além do aspecto cognitivo podemos trabalhar a apraxia (incapacidade de planejamento motor), rigidez, especialmente de tronco, problemas de percepção espacial e temporal, incapacidade de seguir indicações, consciência limitada com relação á questões de segurança. Com isso podem ser programadas atividades que promovam o bem estar físico, o autocuidado, a autoestima, atividades repetitivas, de modificações e adaptações no contexto domiciliar e remoção de objetos de riscos á segurança pessoal. Tudo isso realizado com a ajuda do cuidador/familiar, que é de fundamental importância à continuação e sucesso do tratamento (FERRARI, 2011).

## **6. CONCLUSÃO**

O Alzheimer é uma das doenças que atinge mais precisamente as atividades ocupacionais do indivíduo, interferindo na sua autonomia, independência e funcionalidade, incidindo diretamente em sua boa qualidade de vida futura. Assim sendo, conclui-se que é de fundamental importância a atuação do TO na avaliação de funções cognitivas, funcionais, físicas e da complexidade dos aspectos sociais, comportamentais, dentre outros. A partir daí, ele utilizará de recursos terapêuticos para prevenir, manter e/ou tratar dificuldades físicas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do portador de mal de Alzheimer em relação às atividades de vida diária, trabalho e lazer.

Para isso se torna imprescindível a participação motivada do paciente e familiar, bem como a integração e colaboração de todos os profissionais envolvidos no desenvolvimento do plano de reabilitação.

## 7. REFERÊNCIAS

BARROS, Alessandra Chiele, et al. Influência genética sobre a doença de Alzheimer de início tardio. **RevPsiq Clín.** 2009;36(1):16-24. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/n1/pdf/16.pdf>>. Acesso em: 27 de março de 2015.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

CAMARGOS JR, Walter. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º Milênio** / Walter Camargos Jr e colaboradores. -Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005.

CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CORRÊA, Suzana Elisa Sedrez; SILVA, Derivan Brito. Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.**, 2009; 12(3):463-474. Disponível em: <[http://www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n3/pdf/revisao.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n3/pdf/revisao.pdf)>. Acesso em: 25 de outubro de 2014.

CORREGIDOR, A.I S. et al. **Terapia ocupacional en psicogeriatría**, 2008. Disponível em <<http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Psicogeriatría.shtml>> Acesso em: 27 de março de 2015.

FALCAO, Deusivania Vieira da Silva; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. O impacto da doença de Alzheimer nas relações intergeracionais. **Psicol. clin.** 2009, vol.21, n.1, pp. 137-152. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v21n1/v21n1a10.pdf>>. Acesso em: 27 de março de 2015.

FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. Reabilitação do idoso portador de demência tipo Alzheimer. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FRIDMAN, Cintia, et al. Alterações genéticas na doença de Alzheimer. *Rev. psiquiatr. clín.* 2004, vol.31, n.1, pp. 19-25. ISSN 0101-6083. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n1/20889.pdf>>. Acesso em: 27 de março de 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Endy-Ara Gouvea; CARMO, João dos Santos. Diagnóstico da Doença de Alzheimer na População Brasileira: um Levantamento Bibliográfico. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 4, n. 2, jul./dez. 2012, p. 170-176. Disponível em:

<<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/183/271>>. Acesso em: 25 de abril de 2014.

INOUYE, Keika; PEDRAZZANI, Elisete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina lost. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. **Rev. esc. enferm. USP**. 2010, vol.44, n.4, pp. 1093-1099. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/34.pdf>>. Acesso em: 25 de outubro de 2014.

LEMOS, Naira Dutra; GAZZOLA, Juliana Maria; RAMOS, Luiz Roberto. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 170-179, set/dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/14.pdf>>. Acesso em: 25 de abril de 2014.

LOPES, R.E., LEÃO, A. Terapeutas Ocupacionais e os Centros de Convivência e Cooperativa: Novas Ações de Saúde. **Revista Terapia Ocupacional Universidade São Paulo**, v.13, n.2, p.56-63, 2002.

LUCATELLI, Juliana Faggion; BARROS, Alessandra Chiele; MALUF, SharbelWeidner and ANDRADE, FabianaMichelsen de. Influência genética sobre a doença de Alzheimer de início precoce. **Rev. psiquiatr. clín.** 2009, vol.36, n.1, pp. 25-30. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n1/20889.pdf>>. Acesso em: 27 de março de 2015.

MARCONI M. A.; LAKATOS E. M.. **Técnicas de Pesquisa**.5 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MOTA, Wecley Guilherme; MOURA, Roberta Míriam Barbosa; MOURA, GGeraldo Jorge Barbosa. A intervenção terapêutica ocupacional nas atividades de vida de pacientes portadores da doença de Alzheimer. **ScireSalutis, Aquidabã**, v.2, n.2, p.56-63, 2012. Disponível em: <<http://www.sustenere.com>>. Acesso em: 25 de outubro de 2014.

PASCOAL, M.;. Qualidade de vida, terceira idade e atividades físicas. **Motriz, Rio Claro**, v.12 n. 3 p. 217-228, set./dez. 2008. Disponível em: <http://www.fen.unicamp.br>>. Acesso em: 27 de março de 2015.

TROMBLY, Catherine A; RADOMSKI, Mary Vining. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. 5 ed. São Paulo: Santos, 2005.

## **ANEXOS**

## Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

### MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

#### ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto) .....( )
- Dia do mês (1 ponto) .....( )
- Mês (1 ponto) .....( )
- Ano (1 ponto) .....( )
- Hora aproximada (1 ponto) .....( )
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) .....( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) .....( )
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) .....( )
- Cidade (1 ponto) .....( )
- Estado (1 ponto) .....( )

#### MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta .....( )  
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

#### ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) .....( )  
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

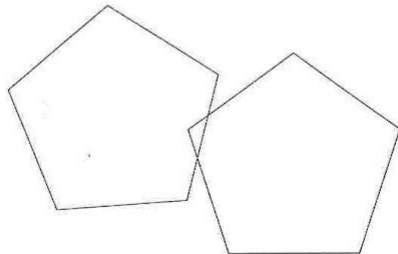
#### EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) .....( )

#### LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) .....( )
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) .....( )
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts) .....( )
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) .....( )
- Escrever uma frase (1 ponto) .....( )
- Copiar um desenho (1 ponto) .....( )

ESCORE: (\_\_\_\_/30)



## Medida de Independência Funcional (MIF)

Fonte de Informação	1 - paciente, 2 - família, 3 - cuidador, 4 - outro		
Cuidador	1 - não possui, 2 - ajuda não paga, 3 - empregado não pago, 4 - profissional pago		
Terapêutica	1 - nenhuma, 2 - tratamento ambulatorial, 3 - tratamento domiciliar, 4 - ambos ambos 2 e 3, 5 -internação hospitalar/institucional		
Níveis	7 independência completa (em segurança, em tempo normal) 8 Independência modificada (ajuda técnica)		Sem Ajuda
	Dependência Modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) 2 Ajuda mínima (indivíduo >= 25%) 1 Ajuda total (indivíduo >= 10%)		Ajuda
Avaliação - Data		/ /	Observações Terapêuticas Ocupacionais sobre o Desempenho
<b>Auto-Cuidados</b>			
Alimentação			
B. Higiene Pessoal			
C. Banho (lavar o corpo)			
D. Vestir metade superior			
E. Vestir metade inferior			
F. Utilização do vaso sanitário			
<b>Controle dos Esfincteres</b>			
G. Controle da Urina			
H. Controle das Fezes			
<b>Mobilidade</b>			
<i>transferências</i>			
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas			
J. Vaso sanitário			
K. Banheira, chuveiro			
<b>Locomoção</b>			
L. Marcha/Cadeira de rodas		m	
M. Escadas		c	
<b>Comunicação</b>			
N. Compreensão		a	
		v	
O. Expressão		v	
		n	
<b>Cognição Social</b>			
P. Interação Social			
Q. Resolução de Problemas			
R. Memória			
<b>Total</b>			
Nota: Não Deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1.			