

Doença de Parkinson: o tratamento terapêutico ocupacional na perspectiva dos profissionais e dos idosos

Thaiane Pereira da Silva^a , Claudia Reinoso Araujo de Carvalho^b 

^aUniversidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^bDepartamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo: O envelhecimento populacional mundial vem acontecendo de forma acelerada e um dos grandes desafios deste século é a criação de estratégias para manter a qualidade de vida e para qualificar o cuidado da população idosa, que apresenta uma elevada prevalência de doenças crônicas degenerativas e incapacitantes, entre elas a Doença de Parkinson. Este estudo de natureza qualitativa teve por objetivo conhecer as intervenções do terapeuta ocupacional junto aos idosos com Doença de Parkinson, bem como as concepções dos idosos com Doença de Parkinson sobre a terapia ocupacional. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito terapeutas ocupacionais que atendem idosos com Doença de Parkinson e seis idosos com a doença. Os dados foram analisados por meio da análise temática proposta por Minayo. A partir disso, surgiram as seguintes categorias que nortearam a discussão: compreensão sobre a Terapia Ocupacional por parte dos idosos; objetivos do tratamento terapêutico ocupacional; avaliações, técnicas, recursos e abordagens em Terapia Ocupacional e a percepção sobre os resultados do tratamento terapêutico ocupacional. Conclui-se que os idosos possuem dificuldade em compreender a profissão, que há divergências entre as concepções dos idosos e dos profissionais em relação aos objetivos do tratamento; as técnicas e os métodos utilizados pelos profissionais foram distintos, mas em sua maioria se deu com base em componentes motores; e que os resultados do tratamento estão fortemente relacionados à fase da doença em que o idoso se encontra e a sua adesão ao tratamento.

Palavras-chave: *Idosos, Doença de Parkinson, Terapia Ocupacional.*

Parkinson's Disease: The occupational therapeutic treatment in the perspective of professionals and elderly

Abstract: The world population aging has been happening fast and one of the great challenges of this century is the creation of strategies for quality of life and for the care of the elderly population that still presents a high prevalence of chronic degenerative and incapacitating diseases, among them the Disease of Parkinson. This qualitative study had as objective to know the interventions of the occupational therapist next to the elderly with Parkinson's Disease, as well as the conceptions of the elderly with Parkinson's Disease on the occupational therapy. Semi-structured interviews were conducted with eight occupational therapists attending elderly people with Parkinson's disease and six elderly with the disease. The data were analyzed through the thematic analysis proposed by Minayo. From this, the following categories emerged that guided the discussion: understanding about Occupational Therapy by the elderly; objectives of occupational therapy; evaluations, techniques, resources and approaches in Occupational Therapy and the perception about the results of occupational therapy. It is concluded that the elderly have difficulty in

Autor para correspondência: Claudia Reinoso Araujo de Carvalho, Faculdade de Medicina da UFRJ, Prédio do CCS, Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, s/n, Bloco K, Sala 49, Cidade Universitária, Ilha do Fundão, CEP: 21910-590, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, e-mail: claudiareinoso73@gmail.com
Recebido em Set. 20, 2017; 1ª Revisão em Jan. 30, 2018; 2ª Revisão em Ago. 14, 2018; Aceito em Jan. 25, 2019.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

understanding the profession, that there are differences between the conceptions of the elderly and the professionals in relation to the objectives of the treatment, the techniques and the methods used by the professionals were different, but mostly based in motor components, and that the efficacy of treatment is strongly related to the stage of the disease in which the elderly are and to their adherence to treatment.

Keywords: *Elderly, Parkinson's Disease, Occupational Therapy.*

1. Introdução

O envelhecimento populacional mundial vem acontecendo de forma acelerada e provavelmente será um dos maiores desafios da saúde pública nos próximos anos. Esse fenômeno, que inicialmente ocorreu nos países desenvolvidos, atualmente vem sendo cada vez mais percebido nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização das Nações Unidas (2017), “[...] até 2050, a Ásia, a América Latina, o Caribe e a Oceania terão mais de 18% de sua população com mais de 65 anos” [s.p.].

Segundo as estimativas populacionais, o Brasil tinha no ano de 2016 a população total de 206 milhões de habitantes, destes, 14,3% eram idosos e a expectativa de vida considerando o ano de 2016 era de 75 anos e 9 meses (INSTITUTO..., 2017). No país, o aumento da população idosa implica em mudanças tanto nas demandas sociais, como nas de saúde, ocasionando a necessidade de novas estratégias para a atenção e promoção de saúde e para formulação e implementação de políticas públicas, com o objetivo de valorizar a autonomia e dar suporte às diversas demandas dessa população (LIMA; TOCANTINS, 2009; KUCHEMANN, 2012; MINAYO, 2012; VERAS et al., 2008).

Silva, Mourão e Gobbi (2015) referem que um dos grandes desafios desse século é a criação de estratégias para o cuidado da população idosa que apresenta diversas particularidades e ainda uma elevada prevalência de doenças crônicas degenerativas e incapacitantes.

As doenças crônicas degenerativas são caracterizadas pela ausência de regeneração dos sistemas acometidos e, por desenvolverem um efeito progressivo e severo, provocam sofrimento e desgaste ao idoso. A segunda doença neurodegenerativa mais prevalente em idosos é a Doença de Parkinson (DP), que atinge de 1 a 3% dessa população (MONTEIRO et al., 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 1% da população mundial é diagnosticada com a Doença de Parkinson. Com uma prevalência estimada de 100 a 200 casos por 100 mil habitantes. Aproximadamente 10 milhões de pessoas no mundo possuem a Doença de Parkinson. No Brasil não há muitos estudos estatísticos para DP, porém

estima-se que 200 mil pessoas são acometidas pela doença (ORGANIZAÇÃO..., 2014). A incidência e prevalência da doença aumentam com a idade. Considerando-se o ano de 2011 a incidência no país foi de aproximadamente 3% e prevalência de 3,3% em pacientes com idade igual ou maior que 64 anos, 8,5% para indivíduos entre 80 e 85 anos, e para aqueles com mais de 85 anos esse índice passa a ser 14,3%, sendo que 36 mil novos casos surgem por ano no país (PETERNELLA; MARCON, 2009; SOUZA et al., 2011).

Os principais sintomas da Doença de Parkinson são: tremor em repouso, rigidez, déficits no equilíbrio e na marcha, bradicinesia e redução na amplitude dos movimentos. Essas desordens motoras podem levar o idoso a isolamento social, perda de vontade para as atividades que antes costumava fazer, dependência para as atividades de vida diária, perda de autonomia e conseqüentemente redução de sua qualidade de vida (FILIPPIN et al., 2014). Declínio intelectual e distúrbios cognitivos, tais como dificuldades de concentração e de memória para fatos recentes, dificuldades para cálculos e em atividades que requerem orientação espacial também podem acontecer. Tais alterações costumam se intensificar com o avanço da doença, especialmente em pessoas idosas (ALMEIDA; CRUZ, 2009).

Sendo a Doença de Parkinson, até o momento incurável e degenerativa, o processo de intervenção é complexo e envolve múltiplos profissionais, visando o melhor convívio possível do paciente com a doença. Os déficits funcionais decorrentes dos sintomas da Doença de Parkinson alteram a vida cotidiana da pessoa com a doença, já que passam a ser realizadas cada vez mais de forma lenta e a demandar maior esforço. Com isso, esses idosos podem perder um senso de autocontrole, de autoeficácia e muitas vezes apresentar sintomas de depressão (ALMEIDA; CASTIGLIONI, 2007).

Além do tratamento farmacológico, torna-se necessário um atendimento multidisciplinar visando atender todas as questões que o idoso com a Doença de Parkinson esteja vivenciando e para que este possa manter melhores condições de vida (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007). Os tratamentos de reabilitação tornam-se cada vez mais importantes

com a progressão da doença e incluem principalmente fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia (MÖLLER; MENIG; OECHSNER, 2016). Portanto, são vários os profissionais envolvidos no processo de tratamento do idoso com Doença de Parkinson, dadas as questões inerentes ao próprio envelhecimento, entre as quais, destaca-se a prevalência de comorbidades, o que exige a atenção de diferentes profissionais, entre eles do terapeuta ocupacional.

Em uma revisão sistemática, Foster, Bedekar e Tickle-Degnen (2014) identificaram três grandes categorias de intervenção dos terapeutas ocupacionais na DP. São elas: exercício ou atividade física (treinamento de resistência progressiva, mobilização articular; treinamento de estabilidade e equilíbrio, treinamento de marcha); pistas, estímulos e objetos para melhorar as tarefas e o desempenho ocupacional (intervenções para DP visando enriquecer ou adaptar o ambiente promovendo o aumento da capacidade de resposta do cérebro aos estímulos ambientais e ao contexto de ação); e autogestão e estratégias cognitivo-comportamentais (intervenções individualizadas focadas na promoção de iniciativas de bem-estar e controle pessoal ajudando os participantes a melhorar a qualidade de vida).

Murdock, Cousins e Kernohan (2015) referem que a DP afeta de forma significativa a capacidade de envolvimento em uma ocupação e que este aspecto, a ocupação, é o foco da terapia ocupacional. Ao centrar-se na ocupação obtém-se melhoraria significativamente na qualidade de vida das pessoas com DP. Para os referidos autores a experiência focada na ocupação compreende as áreas física, psicológica, social e espiritual com seus subtemas relacionados. O estudo randomizado de Sturkenboom et al. (2012) avaliou a eficácia do tratamento terapêutico ocupacional na DP baseado no Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) e na Avaliação das Habilidades Motoras e Processo (AMPS) que é uma avaliação observacional que permite a avaliação simultânea de habilidades motoras, do processo e de seu efeito sobre a capacidade de um indivíduo realizar atividades complexas ou instrumentais e pessoais da vida diária. O referido estudo concluiu impacto positivo da terapia ocupacional nessa abordagem e pondera que, no caso da DP, as adaptações nas instruções e no treinamento são necessárias para usar a COPM.

Na literatura internacional, há estudos publicados por terapeutas ocupacionais sobre DP em temas mais específicos, tais como: o efeito da dança na DP (DUNCAN; EARHART, 2012; FOSTER et al., 2014), a capacidade da pessoa com DP de dirigir veículos automotores (DEVOS et al., 2016; ALVAREZ;

SHERRILENE, 2016) e o uso de realidade virtual e games como recurso de tratamento (HOLMES et al., 2012; DANIQUE et al., 2017).

No Brasil, Almeida e Cruz (2009) referem que o terapeuta ocupacional junto ao idoso com Doença de Parkinson tem como objetivo prevenir e reduzir perdas funcionais e quadros de dependência, utilizando basicamente de dispositivos tecnológicos, mudanças ambientais e técnicas adaptadas; e suas intervenções incluem ações que exercitam a coordenação motora, a função manual, a estimulação cognitiva, técnicas de relaxamento e respiração, atividades compensatórias e adaptações ambientais, com intervenções voltadas para capacidades remanescentes.

De acordo com Monzeli, Toniono e Cruz (2016), a intervenção dos terapeutas ocupacionais na Doença de Parkinson baseia-se em amenizar os efeitos da doença sobre a vida funcional e/ou psicossocial desses indivíduos, tendo como um dos focos o impacto sobre as atividades da vida diária. Para Faria (2007) a intervenção terapêutica ocupacional em idosos com Doença de Parkinson inclui auxiliar a reorganização da rotina, visando às atividades consideradas mais importantes para o idoso, a estimulação de exercícios em grupo para incentivar a socialização, o treino de controle motor fino e global, atividades que favoreçam a estabilidade postural e, ainda, a indicação de equipamentos de segurança. Essas ações sempre são desenvolvidas de acordo com a fase da doença e com os desejos do paciente.

Considerando os estudos de Monzeli, Toniono e Cruz (2016), Almeida e Cruz (2009) e Faria (2007) e a ausência de outros estudos recentes no tema publicados por terapeutas ocupacionais brasileiros em revistas indexadas, identificou-se a necessidade de pesquisar sobre as intervenções de terapeutas ocupacionais junto aos idosos com Doença de Parkinson, e também como é a compreensão desses idosos sobre as intervenções dos terapeutas ocupacionais. Não foram encontradas outras referências nacionais na temática após busca direta no acervo dos principais periódicos nacionais da área de terapia ocupacional e ainda através de outras buscas na base Lilacs e no Scielo utilizando-se as palavras chaves “terapia ocupacional” e “doença de parkinson”. Nos dois casos levou-se em conta o período de dez anos.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo conhecer as intervenções do terapeuta ocupacional junto aos idosos com doença de parkinson bem como as concepções dos idosos com doença de parkinson sobre a terapia ocupacional.

2. Método

Este estudo de natureza qualitativa foi desenvolvido por meio de entrevistas com terapeutas ocupacionais e idosos residentes do estado do Rio de Janeiro durante o período de março a maio de 2017.

Os critérios de inclusão de profissionais no estudo foram:

- a) atender ou ter atendido pelo menos dois idosos com Doença de Parkinson;
- b) ter pelo menos 1 ano de formação em Terapia Ocupacional;
- c) atuar na cidade do Rio de Janeiro ou na cidade de Niterói.

Os critérios de inclusão de idosos no estudo foram:

- a) ter a Doença de Parkinson diagnosticada por qualquer período de tempo;
- b) ser acompanhado por um terapeuta ocupacional por pelo menos 4 meses.

Os profissionais foram localizados a partir de contato prévio com instituições de reabilitação que possuíam terapeutas ocupacionais em seus quadros profissionais e com potencial de atender entre sua clientela idosos com Doença de Parkinson. As instituições foram localizadas através de pesquisa nos sítios eletrônicos das secretarias de saúde e também através da internet, buscando-se por instituições de reabilitação. Adicionalmente, foi realizado contato com os próprios terapeutas ocupacionais que atendiam em consultório particular e/ou domiciliar. Esses foram localizados por indicação dos terapeutas ocupacionais das instituições, por pesquisa na internet e nas redes sociais virtuais. Mediante a confirmação do terapeuta ocupacional no que se refere aos critérios de inclusão da pesquisa e a anuência das respectivas instituições, a entrevista foi combinada, geralmente no próprio local de trabalho do profissional.

Os idosos com a Doença de Parkinson foram localizados através das instituições nas quais os mesmos realizavam o tratamento. As entrevistas ocorreram no próprio local de reabilitação dos idosos, mediante a anuência das instituições.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 8 profissionais e 6 idosos a partir de dois roteiros distintos.

As tabelas 1 e 2 demonstram a caracterização dos participantes e atribuem nomeação por letras no caso dos profissionais e números no caso dos idosos. Buscou-se desse modo facilitar a compreensão dos

trechos das entrevistas transcritas ao longo deste trabalho.

As entrevistas foram precedidas de uma explicação sobre a pesquisa, inclusive de seus objetivos. Utilizou-se um gravador durante cada entrevista. As entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora. As entrevistas com os profissionais tiveram duração média de 40 minutos. As entrevistas com os idosos tiveram duração bastante variada. A que durou menos foi de 6 minutos, a da idosa 5, e a que durou mais foi de 20 minutos, do idoso 6 (Tabela 2). Ressalta-se que, apesar de sua entrevista ter durado poucos minutos, a idosa 5, respondeu todas as questões do roteiro.

Os dados das entrevistas foram categorizados e interpretados baseando-se na técnica da análise temática. Na análise temática o conceito central é o tema e, segundo Minayo (2013), consiste em separar o material a ser analisado em partes, categorizá-lo, fazer a descrição dos resultados da categorização, inferir os dados e interpretar os resultados examinados com auxílio de referencial teórico.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram tomadas todas as medidas éticas previstas na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/ UFRJ) em 13/01/2017 e recebeu o número CAE 61630416.6.0000.5257. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3. Resultados e Discussão

Dos oito terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa, quatro atuavam em instituições de reabilitação, dois atendiam na modalidade particular, em consultórios e/ou domicílio, e dois trabalhavam em hospitais públicos. Todas eram do sexo feminino e o tempo médio de formação das profissionais foi de 11 anos e 2 meses. A mais experiente estava formada há 34 anos e o menos experiente há 1 ano e 5 meses.

Os idosos com a Doença de Parkinson que participaram da pesquisa foram seis. Três do sexo feminino e três do sexo masculino. Todos estavam em tratamento em instituições de reabilitação. A idade média dos idosos participantes foi de 76 anos e 2 meses. O mais velho tinha 81 anos e o mais novo 70 anos. O tempo médio de tratamento desses idosos com as terapeutas ocupacionais foi de 8,2 meses. O que estava em tratamento há mais tempo se tratava há 1 ano e o que estava há menos tempo possuía 4 meses de tratamento.

Tabela 1. Quadro caracterizando os profissionais participantes.

Profissional	Tempo de formação	Inserção Profissional
Profissional A	21 anos	Hospital Público
Profissional B	1 ano e 5 meses	Instituição de Reabilitação
Profissional C	2 anos e 7 meses	Instituição de Reabilitação
Profissional D	15 anos	Atendimento em Consultório e Domiciliar
Profissional E	34 anos	Hospital Público
Profissional F	6 anos	Atendimento Domiciliar
Profissional G	2 anos e 7 meses	Instituição de Reabilitação
Profissional H	7 anos	Instituição de Reabilitação

Tabela 2. Quadro caracterizando os idosos participantes.

Idoso	Idade	Tempo de tratamento em terapia ocupacional
Idoso 1	81 anos	10 meses
Idosa 2	70 anos	4 meses
Idosa 3	81 anos	9 meses
Idoso 4	74 anos	12 meses
Idosa 5	74 anos	10 meses
Idoso 6	77 anos	4 meses

Para a análise temática, os resultados foram categorizados da seguinte maneira:

Compreensão sobre a terapia ocupacional por parte dos idosos – Incluiu as respostas dos profissionais sobre como consideram o entendimento que os idosos com doença de parkinson acompanhados têm sobre a terapia ocupacional, bem como as respostas dos próprios idosos acerca da sua compreensão sobre a terapia ocupacional.

Objetivos do tratamento – Concepção dos profissionais sobre os objetivos do tratamento terapêutico ocupacional com os idosos com a doença de parkinson e as respostas dos idosos sobre suas expectativas em relação a este tratamento.

Avaliações, técnicas, recursos e abordagens em terapia ocupacional – técnicas utilizadas pelos profissionais no tratamento de idosos com doença de parkinson.

Percepção sobre resultados do tratamento terapêutico ocupacional – Incluiu as percepções dos profissionais e dos idosos sobre os resultados do tratamento com a terapia ocupacional.

3.1 Compreensão sobre a terapia ocupacional por parte dos idosos

Das oito profissionais participantes, cinco acreditavam que, somente após decorrido certo tempo de tratamento, os idosos demonstravam entender a profissão. Duas das oito profissionais acreditavam

que os idosos não tinham a compreensão da terapia ocupacional e continuavam sem compreender a profissão, mesmo após decorrido tempo do início do tratamento. Uma profissional respondeu acreditar que os idosos tinham a compreensão básica da terapia ocupacional, porém muitas vezes a confundiam com outras profissões.

[...] percebo que a maioria inicia o tratamento sem muita consciência do que é a terapia ocupacional e ao longo do tratamento vão entendendo melhor a profissão (Profissional F, 6 anos de formação).

Não sabem. Eles sempre falam que estão indo para fisioterapia. Eles são explicados várias e várias e várias vezes, mas eles sempre acham que estão entrando na fisioterapia. Eles não têm muita compreensão do atendimento (Profissional C, 2 anos e 7 meses de formação).

A falta de entendimento dos idosos pode estar relacionada ao que Carvalho (2012) diz em seu estudo sobre a identidade profissional, no qual relata que até mesmo os profissionais apresentam dificuldade em definir a profissão e o fazem em longas definições, que segundo a autora, muitas vezes são incompreensíveis.

Em relação às respostas dos idosos, dos seis que participaram, dois demonstraram possuir razoável compreensão da terapia ocupacional, pois em suas respostas associaram a profissão ao bem estar e a melhora dos sintomas. Mesmo não conseguindo explicar e nem definir a profissão, conseguiram relatar algumas ações realizadas pelos profissionais. Somente um dos idosos demonstrou não ter entendimento mínimo sobre a profissão, pois não soube descrevê-la, nem explicá-la.

O que entendo é o seguinte: a gente chega aqui praticamente neutro, né? Não sabe o que te espera, mas a recepção aqui é muito boa, a menina que cuida da gente fez de uma maneira que considero aqui como uma segunda família (Idoso 6, 77 anos).

Entre os três idosos que demonstraram melhor entendimento sobre a profissão, dois falaram sobre os objetivos das intervenções realizadas por terapeutas ocupacionais, entretanto não nomearam a profissão.

Para o meu bem estar. É porque eu melhorei muita coisa, apesar de tremer, né? Por que isso é uma coisa que não vai passar, a gente sabe. Mas esse tratamento é pra estacionar, não piora, entendeu? Eu não piorei, eu estou melhor, porque a gente aprende muita coisa aqui, entendeu? (Idosa 2, 70 anos).

Apenas um idoso demonstrou possuir boa compreensão sobre a profissão, inclusive relacionando-a com a melhora dos movimentos e das atividades de vida diária (AVD).

“Pra” gente melhorar os movimentos, aprender alguma coisa, né? Como que faz alguma coisa? Elas perguntam... A senhora está penteando o cabelo direito? “Tá” dando pra pentear o cabelo? “Tá” dando pra vestir a roupa ainda? Felizmente, graças a Deus... isso “pra” mim ainda está tudo bem. Tenho dificuldade, não é com facilidade não, mas “tô” conseguindo me vestir, tomar banho, entende? (Idosa 3, 81 anos).

A aparente falta de conhecimento dos idosos com Doença de Parkinson sobre o tratamento dos profissionais que o atendem aponta a necessidade de que o terapeuta ocupacional pense em estratégias visando esclarecer a profissão e seus objetivos.

3.2 Objetivos do tratamento

Todas as terapeutas ocupacionais entrevistadas relataram que tiveram por objetivo a redução da velocidade de progressão das limitações físicas, nesse sentido procuraram: trabalhar a amplitude de movimento, estimular a movimentação de forma passiva e ativa dos membros, melhorar o grau de força muscular, orientar em relação às trocas posturais, treinar a preensão fina, aprimorar a coordenação motora global e prevenir as quedas.

Observa-se que o objetivo relatado pelas profissionais volta-se para a progressão das limitações físicas e se distanciam da perspectiva da ocupação e do modelo de desempenho ocupacional, visto que foram referidas apenas atividades habilitadoras e preparatórias e não com propósito de ocupações.

As respostas das profissionais corroboram com Almeida e Cruz (2009) que apontam em sua pesquisa que os objetivos terapêuticos ocupacionais na Doença de Parkinson, embora incluam outros aspectos, enfatizam a manutenção do equilíbrio, da

amplitude de movimento e da coordenação motora, para a manutenção da capacidade funcional.

Quatro terapeutas ocupacionais relataram que o seu objetivo inicial foi fazer um levantamento sobre a história do idoso, buscando saber sobre seu cotidiano, suas dificuldades, queixas e ocupações. Isso possibilitou o estabelecimento dos objetivos específicos de acordo com a demanda de cada um. Apenas uma das participantes relatou claramente a necessidade de se criar um vínculo terapêutico com o idoso para traçar os objetivos do tratamento.

Castro (2007) relata que, no processo da prática clínica do terapeuta ocupacional, importa uma prática centrada no cliente, levantando-se informações e dados sobre os contextos que os rodeiam, para a definição dos objetivos direcionados para potencializar o desempenho do indivíduo.

Em relação à necessidade de fazer um levantamento sobre história do idoso, uma das entrevistadas, profissional A, formada há 21 anos disse:

Eu ouço a queixa do paciente. Qual é a queixa principal dele, o que o trouxe ali no momento, o que “tá” mais incomodando, quais são seus maiores prejuízos nas atividades do cotidiano e daí eu parto para um programa e elaboração do trabalho (Profissional A).

Importa identificar os fatores que influenciam a vida dos idosos, pois tais aspectos podem ser cruciais para a compreensão do curso da doença e para a busca de objetivos de tratamento que tenham significado para o idoso, o que favorece o planejamento de intervenções terapêuticas mais direcionadas a cada um, respeitando suas particularidades, demandas e história de vida (PEREZ; ALMEIDA, 2010).

As disfunções motoras não são as únicas barreiras que influenciam a qualidade de vida das pessoas com Doença de Parkinson, outras questões, como fatores emocionais, cognitivos e a comunicacionais podem também estar relacionados ao curso da doença e ao engajamento e satisfação em atividades, o que demanda avaliação e intervenção (SILVA et al., 2010).

Quatro das profissionais entrevistadas mencionaram outros fatores, além do aspecto motor, como objetivos a serem almejados em pacientes com DP e outras quatro das profissionais entrevistadas pareceram desconsiderar tais fatores, pois não os mencionaram em suas respostas. Entre as que mencionaram outros fatores, duas responderam estimular o cognitivo e a socialização e outras duas falaram que objetivam questões emocionais, visando à prevenção da depressão.

Acho que em primeiro lugar pra mim eu vejo o emocional da pessoa. Hoje eu mudei a minha estratégia de forma de trabalhar. Muitas vezes eu tenho que incluir uma atividade específica pra que ele se solte, pra depois poder trabalhar algo de preensão, de amplitude de movimento, coordenação motora, de postura (Profissional D, 15 anos de formação).

Bastante atividades cognitivas também porque eles chegam bem desorientados. Uma estimulação temporal, espacial e também a parte da socialização (Profissional C, 2 anos e 7 meses de formação).

A depressão é uma das condições mais prevalente em idosos com Doença de Parkinson. Sintomas como alterações do sono, perda de peso, comprometimento da memória, perda de interesse são sintomas comuns em pacientes com a Doença de Parkinson (NAKABAYASHI et al., 2008). Estudos revelam que a depressão está relacionada aos prejuízos que a Doença de Parkinson traz nas atividades diárias do cotidiano, agravando a qualidade de vida do idoso (KOSTIC et al., 1994; HUANG et al., 2017).

Em relação aos idosos entrevistados, dois dos seis apresentaram falas revelando baixa autoestima, vergonha ou tristeza por não conseguir realizar atividades que antes conseguiam sem nenhuma dificuldade.

[...] muitas vezes eu levantava da mesa e ia embora por vergonha de deixar tudo cair do garfo (Idoso 4, 74 anos).

Porque eu aprendi muitas coisas que eu não sabia e que o mal de Parkinson era tão perverso com as pessoas (Idoso 1, 81 anos).

Esses sentimentos podem interferir de maneira significativa no cotidiano do idoso com Doença de Parkinson, sendo necessária a atenção dos profissionais também para as disfunções não motoras (FOSTER; BEDEKAR; TICKLE-DEGNEN, 2014). Segundo Almeida e Cruz (2009) o quadro de depressão é comum em idosos com DP e sua intensidade pode variar de quadros leves a graves e pode ser um fator determinante de incapacidade.

Segundo Aragon (2008) cabe ao terapeuta ocupacional avaliar, identificar e traçar um plano de tratamento em conjunto com seu cliente, para que sejam realizadas atividades significantes para a pessoa em questão, visto que esta possui papel potencializador em seu próprio tratamento. Todas as ações realizadas, bem como o plano de tratamento, devem ter a colaboração do cliente.

De uma forma geral, os principais objetivos são prevenção de quedas, promoção da autonomia dentro e fora do ambiente domiciliar e redução da velocidade de progressão das limitações físicas (Profissional F, 6 anos de formação).

Os objetivos que mais a gente tenta são as coisas relacionadas à coordenação motora, porque o tremor é o que mais incomoda eles para conseguir fazer as coisas, então a gente tenta é mais coordenação motora mesmo [...] (Profissional C, formada há 2 anos e 7 meses).

Movimentação, trabalho cognitivo, ainda não estou trabalhando nas AVD [...] (Profissional B, 1 anos e 5 meses de formação).

Em contraponto temos a fala do idoso:

Tem dias que eu tenho dificuldade de tomar banho, meu banho demora. Na alimentação eu fico trêmulo, ai as vezes demora. Tem que comer com a colher, se colocar um garfo cai a comida, e as vezes eu perco o tato, a sensibilidade. As pernas ficam cansadas, não aceleram quando eu estou caminhando (Idoso 6, 77 anos).

Apesar de todos os idosos participantes da pesquisa terem referido claramente apresentar dificuldades nas atividades de vida diária (AVD), tais como: dificuldade para vestir roupas e calçados, na alimentação, nos movimentos em geral, ou seja, enfocando a função, a maioria das terapeutas ocupacionais destacou menos a função e enfatizaram em suas respostas os componentes como força, amplitude articular, equilíbrio. Foi possível identificar um descompasso entre as expectativas dos idosos e os objetivos das profissionais.

3.3 Avaliações, técnicas, recursos e abordagens em terapia ocupacional

3.3.1 Avaliações

Os terapeutas ocupacionais utilizam protocolos validados e/ou roteiros de avaliações das instituições com objetivo de orientar o raciocínio clínico e direcionar sua prática (ALMEIDA; CRUZ, 2009).

Cinco terapeutas ocupacionais que participaram da pesquisa responderam que utilizavam protocolos padronizados como diretrizes de sua prática clínica e três disseram que utilizavam somente a avaliação do próprio setor em que trabalhavam sem a necessidade de mais avaliações.

A avaliação padronizada mais utilizada pelas participantes da pesquisa foi o Índice de Lawton, que avalia a independência nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e foi utilizada por três profissionais. Todas as seguintes foram utilizadas cada uma por apenas um profissional: Parkinson's Disease Rating Scale - Escala de Webster; Parkinson Disease Questionary- 39 (PDQ-39); Índice de Barthel; Medida de Independência Funcional - MIF; Índice de Katz; Mini Exame de Estado Mental - MEEM; Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM.

Dos sete diferentes instrumentos citados pelas participantes da pesquisa, apenas dois são específicos para a Doença de Parkinson e, além disso, exceto o Índice de Lawton, todos os outros instrumentos foram usados apenas por um dos profissionais, o que indica que não há um padrão no que se refere aos instrumentos avaliativos utilizados em casos de idosos com Doença de Parkinson.

Instrumentos avaliativos importantes e específicos deixaram de ser referidos. Tais como: a Escala de Hoehn and Yahr, utilizado para determinar o estágio da DP e a Escala Unificada de Classificação da Doença de Parkinson (UPDRS) que abrangem outros sintomas além dos motores, incluindo funcionamento mental, humor e interação social e a escala Qualidade de Vida na Doença de Parkinson (PDQL) que tem como objetivo medir a saúde física e emocional para quem tem a DP.

3.3.2 Técnicas, recursos e abordagens

Em relação às técnicas, recursos e abordagens utilizadas, cada terapeuta ocupacional entrevistada pareceu, com base em suas respostas, atuar de acordo com suas formações e vivências na prática clínica.

Entre as terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa, cinco realizavam abordagens individuais e três utilizavam o recurso grupal.

[...] a gente começou um grupo, e o tratamento era começar estudando o que era o Parkinson. A gente pegou um livro que foi escrito por uma pessoa que tinha Parkinson e a gente estudou. Então a gente começou a fazer um trabalho de dinâmica em cima do livro, que mobilizou muitos pacientes (Profissional E, 34 anos de formação).

A utilização de grupo como tratamento terapêutico ocupacional proporciona a pessoa com Doença de Parkinson melhoras em sua qualidade de vida e independência funcional, bem com a redução dos sintomas físicos e incapacitantes. Os referidos autores também relatam que as intervenções grupais mesmo que direcionadas aos sintomas motores e funcionais

devem ser destinadas a melhorar a socialização, a motivação, as relações interpessoais e familiares, a autoestima e do conhecimento da doença (GAUTHIER et al., 1987). Estar em grupo com outras pessoas que vivem com DP é benéfico para a participação social e qualidade de vida. Os profissionais devem orientar as pessoas com DP para recursos comunitários e para este tipo de interação social (FOSTER; BEDEKAR; TICKLE-DEGNEN, 2014).

Almeida e Cruz (2009) observaram em sua pesquisa que pessoas com DP após reabilitação em grupo mantiveram seu nível de funcionalidade e demonstraram uma diminuição na bradicinesia e melhora do bem estar psicológico.

Monzeli, Toniono e Cruz (2016) destacam duas formas principais de intervenção do terapeuta ocupacional na Doença de Parkinson, de acordo com cada estágio da doença, uma com foco nas atividades de vida diária, como alimentação e autocuidado, e outra com foco nos componentes físicos e na coordenação motora.

Almeida e Cruz (2009) relatam a atuação do terapeuta ocupacional na prescrição de recursos e dispositivos que possam facilitar a vida do indivíduo, incentivando a autonomia e inclusão.

As concepções dos dois autores supracitados e seus colaboradores estiveram presentes nas respostas das terapeutas ocupacionais. Na primeira, o investimento na adaptação do violão e do computador e, na segunda, a ponderação da necessidade de Tecnologia Assistiva.

[...] esse senhor que estou atendendo nesse momento, eu estou iniciando esse tratamento com ele. Ele é um executivo, mas ele gosta muito de música. Ele tocava violão, então eu estou resgatando isso do violão com ele. Ele não consegue mexer no computador por conta da preensão dele, então eu estou tentando adaptar, de que maneira seria melhor pra ele usar (Profissional D, 15 anos de formação).

Treinamento de AVD (quaisquer atividades do cotidiano que o paciente esteja com dificuldade de realizar, por exemplo: comer, cozinhar, escovar os dentes, tomar banho, escrever, ir ao mercado, praticar uma atividade de lazer, socialização, etc). Caso seja necessário, são introduzidos recursos de tecnologia assistiva. Exercícios de coordenação motora fina, preensão, dissociação de movimentos, ADM e destreza bilateral (Profissional F, 6 anos de formação).

O foco das intervenções da terapia ocupacional está nos déficits motores, no autocuidado básico, em questões cognitivas e psicossociais e em atividades

das áreas de ocupação, como por exemplo, nas atividades instrumentais de vida diária, trabalho e participação social (FOSTER; BEDEKAR; TICKLE-DEGNEN, 2014).

Cinco terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa atuavam com base nos déficits motores dos idosos com DP e relataram como intervenções: exercícios para melhorar a movimentação ativa do membro; uso de movimentos ritmados para controlar o tremor; utilização de pesos para estabilizar o membro; alongamentos musculares; estimulação proprioceptiva; exercícios amplos para treino de equilíbrio, coordenação motora e amplitude de movimento; exercícios de preensão, como o uso de pranchas com pregadores de roupa e tábuas com elásticos; exercícios para melhorar a marcha.

Em termos de técnica eu uso muito alongamento, muito trabalho proprioceptivo, muito trabalho de preensão. Foi uma coisa que a gente foi vendo que dá um resultado bom, dava uma equilibrada no tônus. Uso muita atividade ampla, apesar de que alguns momentos eu preciso das atividades finas até para preservar a escrita e as atividades mais delicadas (Profissional E, 34 anos de formação).

Monzeli, Toniono e Cruz (2016) também relataram em seu estudo o uso de exercícios para estimular o sistema proprioceptivo, melhorar os componentes motores de alcance e preensão, como os de coordenação motora e exercícios de alongamento.

Almeida e Cruz (2009) também relatam que terapeutas ocupacionais atuam nos déficits motores, utilizando prática de exercícios para manter coordenação motora, equilíbrio e amplitude de movimento.

Intervenções estimulando questões cognitivas e psicossociais foram relatadas por quatro das participantes desta pesquisa. Entre tais intervenções foram citadas o uso de jogos lúdicos para estimular a memória, o uso de atividades artísticas, como mosaico, para estimular funções cognitivas, atividades livres para estimular a socialização.

Uso muito a arte... a arte em diversas formas, então eu uso figuras, eu uso tinta, tinta de tecido, faço muito trabalho de pintura em toalha (Profissional D, 15 anos de formação).

Fazemos muitas atividades cognitivas, muitos jogos de quebra-cabeça para eles terem noção do que está embaixo do que está em cima, onde coloca do lado, direção essas coisas todas que eles sentem um pouco de falta (Profissional C, 2 anos e 7 meses de formação).

Mesmo que idosos com Doença de Parkinson não apresentem declínio intelectual, em estágios mais avançados da doença podem apresentar déficits em concentração e memória causando desconforto e preocupação à família. É preciso estar atento às disfunções não motoras (FOSTER; BEDEKAR; TICKLE-DEGNEN, 2014). Com isso, é necessário que terapeutas ocupacionais estimulem os aspectos cognitivos, utilizando-se de recursos para treinamento de memória e funções relacionadas (ALMEIDA; CRUZ, 2009).

Três dos oito terapeutas participantes da pesquisa relataram que em sua prática profissional utilizaram recursos como: técnicas de relaxamento corporal; treino respiratório; trabalho com música; trabalho de mímica facial no espelho para estimular as expressões.

Eu começo com as técnicas de relaxamento corporal e começo com trabalho respiratório, a gente utiliza a música como recurso, que a música traz prazer, dentro de um processo de estimular o prazer, tirando a melancolia, a depressão (Profissional A, formada há 21 anos).

Às vezes a gente faz um trabalho corporal no chão. Às vezes a gente fazia eles deitarem no chão e desenharem, eles faziam um contorno de cada um e depois faziam um recheio do corpo (Profissional E, 34 anos de formação).

O uso de adaptações para que o idoso realize suas AVD foi um recurso usado por seis das terapeutas ocupacionais participantes desta pesquisa que relatam que as adaptações tornaram o idoso mais independente. Elas também citaram o uso de avaliação de acessibilidade ambiental visando verificar se há riscos de queda; sugestões de adequações visando segurança e maior independência possível, como o uso de adaptações no domicílio, na alimentação, em materiais de autocuidado, no local de trabalho.

Já fiz também adaptações em talheres, de pratos, de copos, tudo isso eu já fiz adaptações (Profissional D, 15 anos de formação).

As duas senhoras têm muitas questões de querer voltar a cozinhar, então a gente tenta adaptar alguma coisa desse tipo mesmo que seja mais difícil com a gente dentro da instituição (Profissional C, 2 anos e 7 meses de formação).

Neste mesmo sentido, Faria (2007) diz que com a progressão da doença a intervenção terapêutica ocupacional é focalizada na adaptação do ambiente, visando prolongar a independência desse paciente. A autora relata sobre o uso de adaptações de atividades que necessitem do controle motor fino, como os

utensílios de autocuidado; o uso de instalações de equipamentos de segurança, como as alterações no mobiliário para evitar quedas.

Orientações, treino funcional e das atividades de vida diária foram referidos por seis terapeutas ocupacionais que relataram realizar orientações do tipo: como sentar e levantar da cama, colocar e tirar a blusa, comer e cozinhar sozinho, escovar os dentes, tomar banho, escrever, ir ao mercado, praticar uma atividade de lazer. Portanto, embora alguns profissionais não tenham citado as AVD como objetivos, foi possível observar com base nas respostas, que essas foram referidas como estratégias.

A gente usa a sala de dependência funcional para treinar mesmo o real de sentar e levantar na cama colocar e tirar a blusa e o que o paciente traz [...] (Profissional G, 2 anos e 7 meses de formação).

[...] vamos fazer uma salada de fruta? Vamos fazer um bolo? Então às vezes a gente fazia um lanche. Então era o momento que eu conseguia ver como que tava na faca, no garfo, na colher, na movimentação toda, como que ele se alimenta (Profissional E, 34 anos de formação).

Sobre as orientações e treino das AVD, Foti (2005) diz que, após o terapeuta ocupacional avaliar os componentes físicos, psicossociais e ambientais, cabe ao terapeuta ocupacional realizar o treino das atividades de vida diária. A autora supracitada relata que, ao decorrer do treino do desempenho das atividades de vida diária, o terapeuta interage com o paciente, com isso pode ser possível descobrir de forma natural as atitudes e sentimentos do paciente em relação a aquela atividade específica que está sendo treinada, como a prioridade no treinamento, valores e costumes sociais, familiares e pessoais em relação ao desempenho das atividades de vida diária.

A abordagem multidisciplinar foi um aspecto dito, por todas as profissionais participantes, como crucial para a melhora do quadro clínico do idoso. Porém apenas três realizavam ações com outros profissionais.

Sim. Eu tinha uma parceira “fono” que nos ajudava muito até por questão da fala que é muito prejudicada. A fala, a deglutição desse paciente, devido os músculos serem afetados também. Algum trabalho com a fisioterapia, mais voltado para a parte respiratória que tem algum acometimento respiratório, algum histórico de complicação associada e assim, o próprio médico que tem uma relação de troca que assim, até para sinalizar algumas intercorrências, alguma informações importantes assim, para que a gente possa realizar nosso trabalho (Profissional A, 21 anos de formação).

Eu não costumo interagir muito com os demais profissionais que atendem meus pacientes, infelizmente, mas nas poucas oportunidades de troca que tive os resultados foram ótimos. Além disso, a atuação de outros profissionais com o mesmo paciente torna o tratamento muito mais eficaz (Profissional F, 6 anos de formação).

Eu acho que essa troca é ótima para o paciente. Às vezes não é muito a nossa realidade pelo tempo curto que a gente tem aqui e pelo fato dos horários às vezes não baterem, mas eu acredito que seja válido e necessário (Profissional G, 2 anos e 7 meses de formação).

Segundo Melo et al. (2014) mesmo que o tratamento com a terapia ocupacional represente um papel significativo na independência e autonomia nas atividades de vida diária, os idosos necessitam de atenção de outros profissionais de saúde para atender suas diversas demandas. Nesse sentido a ausência de um trabalho mais integrado com outros profissionais por parte das participantes da pesquisa foi fator que despertou atenção, embora não tenham sido esclarecidos os motivos para essa ausência.

O estudo de Cohen et al. (2016) examinou os resultados de um programa de educação interprofissional na DP e cuidados baseados em equipe para medicina, enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, musicoterapia e fonoaudiologia e concluiu que o programa mostrou ganhos positivos não só no conhecimento da DP, como também nas estratégias da equipe, o que resultou em melhores práticas.

Todas as terapeutas ocupacionais participantes afirmaram ter contato com os familiares e/ou cuidadores, e responderam acreditar que esse contato é fundamental para o tratamento, sobretudo pelo fato desse familiar fazer parte do cotidiano do idoso.

Sempre procuro conversar com os familiares, principalmente no início do tratamento e ao longo do tempo. Raramente marco uma sessão específica, muitas vezes convido para entrar numa parte do atendimento e explico as atividades, os objetivos. É muito comum acabar também tirando dúvidas dos familiares em relação à doença, ao tratamento e indicar algum outro profissional (Profissional F, 6 anos de formação).

O contato é diário. [...] eu deixo eles muito a vontade para entrar em contato comigo (Profissional D, 15 anos de formação).

Logo de início a gente não consegue fazer nenhum trabalho sem envolver a família, cuidador, né? (Profissional A, 21 anos de formação).

Os terapeutas ocupacionais contam com o suporte familiar para o êxito do tratamento. O sucesso no gerenciamento da DP depende em grande medida da parceria com o indivíduo, seus familiares e cuidadores. Nesse sentido, com a finalidade de minimizar os impactos decorrentes da progressão da doença, são dadas orientações aos familiares e cuidadores não só quanto aos procedimentos realizados, mas também em relação à própria doença, sua progressão e sobre as mudanças físicas, emocionais e comportamentais que o idoso vivencia (ALMEIDA; CRUZ, 2009).

3.4 Percepção dos resultados do tratamento terapêutico ocupacional

Murphy e Tickle-Degnen (2001) enfatizam a necessidade de que se tenham evidências que comprovem a eficácia das intervenções em terapia ocupacional para sustentar o tratamento. Nesse sentido as terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa avaliaram os resultados de suas intervenções a partir da melhora apresentada pelos idosos em alguns componentes, tais como força muscular, destreza, autoestima, buscando também identificar o tempo decorrido para essa melhora.

Alguns fatores como a fase da doença e adesão ao tratamento foram relatados como aspectos de grande interferência para a eficácia do tratamento. Cinco das profissionais entrevistadas destacaram que a melhora, bem como o tempo de percepção da melhora, estiveram relacionados à fase da doença. Uma terapeuta ocupacional relatou que a adesão ao tratamento está ligada aos seus resultados.

Quando questionadas sobre a percepção dos resultados do tratamento, cada terapeuta ocupacional respondeu de acordo com a gravidade dos sintomas da doença daqueles que acompanhavam. Uma terapeuta ocupacional afirmou ter observado melhor controle do quadro clínico de pacientes cujos sintomas são ainda unilaterais, a partir de dois meses; três relataram que observaram maior controle na progressão da doença em pacientes cujos sintomas são bilaterais e já incluem o início das dificuldades motoras, a partir de quatro meses; e duas afirmaram que observaram melhora no controle dos sintomas de pacientes em fases mais avançadas, quando já há dificuldades motoras importantes, a partir de seis meses.

Dependendo do estágio da doença, no caso dessa advogada que foi encaminhada bem rápido, a gente tem um bom retorno, em 2 meses ela já estava voltando ao seu trabalho, já estava voltando a associar as técnicas, as orientações do seu

autocuidado, ter sua independência no trabalho, apesar de ainda precisar de auxílio de cuidador, né? (Profissional A, 21 anos de formação).

Nesse daqui eu vi melhora a partir de 4 meses a gente conseguiu juntar bastante coisas em relação a coordenação motora (Profissional C, 2 anos e 7 meses de formação).

Em paciente mais graves eu acho que com 6 meses você já consegue ver um alívio dos sintomas, é como se paciente chegasse com peso muito grande e você conseguisse dar uma suavizada aí ele consegue fazer melhor o que ele já fazia (Profissional E, 34 anos de formação).

Essa mudança no que se refere ao tempo de observação do resultado do tratamento aparenta estar relacionada à evolução da doença, visto que a Doença de Parkinson é uma doença crônica degenerativa e que com o seu progresso mais acometido fica o idoso.

As terapeutas ocupacionais participantes relataram que as melhoras observadas foram em relação aos aspectos físicos e motores: melhora no tônus muscular, no equilíbrio, na destreza, na preensão; aos aspectos emocionais, sociais e comportamentais: melhora da autoestima, independência social, melhora no humor e memória, e no melhor entendimento sobre a doença e ainda na independência nas AVD e em suas atividades do cotidiano.

As principais melhoras observadas são relacionadas ao desempenho das AVD trabalhadas e na diminuição das quedas (Profissional F, 6 anos de formação).

Apesar do diagnóstico e a gente observa também a vontade de viver, muitos estavam deprimidos, sem perspectiva e quando o TO chega, entrega uma adaptação, faz uma orientação no domicílio, reorganiza suas tarefas, ele já retorna as atividades e a gente vê uma melhora muito grande (Profissional A, 21 anos de formação).

Acho que na AVD e na alimentação são as melhoras que você mais observa de cortar sozinho, de comer nos lugares nos restaurantes. Também há melhora no equilíbrio, na força (Profissional G, 2 anos e 7 meses de formação).

Dos seis idosos, apenas um relatou não apresentar muitas melhoras e cinco idosos relataram apresentar melhora no controle de sintomas em relação aos aspectos físicos, às questões emocionais e socialização e em relação às AVD (maior independência na alimentação, no vestuário, na escrita).

Todos afirmaram gostar do atendimento terapêutico ocupacional, pois interagem com outros idosos e

profissionais, e aprendem realizar suas ocupações de maneiras diferentes.

[...] eu não podia ir no restaurante que eu não segurava a colher, caía tudo. Antes de chegar a boca caía tudo. Hoje não, hoje já fico firme e tudo. E me sinto feliz. Ai ninguém reclama mais (Idoso 4, 74 anos).

Tive melhora por um lado e por outro lado nada. Uma hora você tá bem e na outra você está mal (Idoso 1, 81 anos).

Muita melhora mesmo. Tanto física, como espiritual. A gente sai daqui com a alma lavada. A atenção que elas nos dá em momentos parece que até é da família [...]. Gosto imensamente (Idoso 6, 77 anos).

Tenho melhorado, tenho melhorado bastante sim. Gosto muito. E fico pedindo para chegar o dia pra mim vir pra cá, que a gente distrai, tem conversas, né? (Idosa 2, 70 anos).

As intervenções realizadas por terapeutas ocupacionais se dirigem para a redução das perdas funcionais proporcionando ao idoso melhor qualidade de vida. Suas abordagens têm por objetivo auxiliar o idoso de forma positiva a realizar suas ocupações de maneira mais autônoma e independente possível durante todo curso da doença (ALMEIDA; CRUZ, 2009).

4 Considerações Finais

Com essa pesquisa foi possível conhecer as intervenções do terapeuta ocupacional junto aos idosos com doença de parkinson bem como as concepções dos idosos com doença de parkinson sobre a terapia ocupacional.

Constatou-se que os idosos, embora valorizem a atenção prestada pelo terapeuta ocupacional, ainda possuem dificuldade em compreender a profissão, pois não conseguem distingui-las de outras e nem mesmo nomeá-la. Esse fato reflete uma necessidade dos terapeutas ocupacionais usarem diferentes estratégias no sentido de facilitar o entendimento sobre a profissão, seus métodos e técnicas por parte daqueles que são alvo de suas intervenções.

Divergências entre as concepções dos idosos e dos profissionais em relação aos objetivos do tratamento também foram evidenciadas. Os idosos esperam principalmente melhora em suas atividades diárias e em seu cotidiano e os profissionais, em sua maioria, responderam objetivar melhora principalmente nos aspectos motores e em menor grau no desempenho das AVD enquanto objetivo, ainda que a melhora na

função e nas AVD fosse almejada. A não referência às AVD enquanto objetivo, a despeito de sua ampla abordagem, apontou a necessidade de valorização e reconhecimento dessa prática pela categoria, para que isso possa fazer parte de seu discurso. Os depoimentos dos idosos participantes do estudo demonstraram a importância das AVD e dos terapeutas ocupacionais nesse sentido.

Houve distinção importante em relação aos métodos avaliativos utilizados e, embora disponíveis, os instrumentos específicos para avaliação da DP quase nunca foram utilizados. As técnicas e os métodos utilizados pelos profissionais estiveram muito condizentes com os resultados encontrados em estudos anteriores e se mostraram diversificadas. A percepção quanto aos resultados do tratamento esteve fortemente relacionada à fase da doença em que o idoso se encontrava bem como ao tempo decorrido do início do tratamento.

Observou-se, por meio da busca por referências no tema, escassez de publicações nacionais específicas sobre como se dá o tratamento terapêutico ocupacional. É notável a necessidade de mais estudos na área, visto que, atualmente, a população idosa vem crescendo significativamente, aumentando com isso a possibilidade de desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas nessa população.

Em relação aos limites do estudo, um ponto relevante foi que todos os idosos entrevistados foram de uma mesma instituição de reabilitação, o que impediu não só de se analisar as concepções de idosos em diferentes formas de atuação da terapia ocupacional, tais como os hospitais públicos e o atendimento particular e domiciliar, como também comprometeu a discussão entre as concepções dos idosos e dos profissionais acerca do tratamento dentro de uma perspectiva comparativa.

Referências

- ALMEIDA, M. H. M.; CASTIGLIONI, M. C. Recursos tecnológicos: estratégia de promoção do autocuidado, atividades e participação para pessoas com doença de Parkinson. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 152-157, 2007.
- ALMEIDA, M. H. M.; CRUZ, G. A. Intervenções de terapeutas ocupacionais junto a idosos com doença de Parkinson. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 29-35, 2009.
- ALVAREZ, L.; SHERRILENE, C. Driving and Parkinson's Disease: What Only Caregivers Can Tell Us. *American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 70, n. 4, p. 7011500005p1, 2016. Supplement 1.
- ARAGON, A. *Occupational therapy for people with Parkinson's*. Best practice guidelines. London: College of

- Occupational Therapists, 2008. Disponível em: <https://www.parkinsons.org.uk/sites/default/files/2017-12/otparkinsons_bestpracticseguidelines.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.
- CARVALHO, C. R. A. A. Identidade Profissional dos Terapeutas Ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 364-371, 2012.
- CASTRO, E. D. Relação Terapeuta-Paciente. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 28-34.
- COHEN, E. V. et al. Interprofessional education increases knowledge, promotes team building, and changes practice in the care of Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, New York, v. 22, p. 21-27, 2016.
- DANIQUE, L. M. et al. Physical therapy and occupational therapy in Parkinson's disease. *International Journal of Neuroscience*, Nijmegen, v. 127, n. 10, p. 930-943, 2017.
- DEVOS, H. et al. Use of a driving simulator to improve on-road driving performance and cognition in persons with Parkinson's disease: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, Sydney, v. 63, n. 2, p. 408-414, 2016.
- DUNCAN, R. P.; EARHART, G. M. Randomized controlled trial of community-based dancing to modify disease progression in Parkinson disease. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, Thousand Oaks, v. 26, n. 2, p. 132-143, 2012.
- FARIA, I. Disfunções neurológicas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 187-204.
- FILIPPIN, N. T. et al. Qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson e seus cuidadores. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 27, n. 1, p. 57-66, 2014.
- FOSTER, E. R.; BEDEKAR, M.; TICKLE-DEGNEN, L. Systematic review of the effectiveness of occupational therapy-related interventions for people with Parkinson's disease. *American Journal Occupational Therapy*, Bethesda, v. 68, n. 1, p. 39-49, 2014.
- FOTI, D. Atividades de Vida Diária. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas*. São Paulo: Editora Roca, 2005. p. 132-183.
- GAUTHIER, L.; DALZIEL, S.; GAUTHIER, S. The benefits of group occupational therapy for patients with Parkinson's disease. *American Occupational Therapy Association*, Bethesda, v. 41, n. 6, p. 360-365, 1987.
- HOLMES, J. D. et al. Validity of the Nintendo Wii balance board for the assessment of standing balance in Parkinson's disease. *Clinical Rehabilitation*, Toronto, v. 4, n. 27, p. 361-366, 2012.
- HUANG, S. L. et al. Test-retest reliability and minimal detectable change of the Beck Depression Inventory and the Taiwan Geriatric Depression Scale in patients with Parkinson's disease. *PLoS One*, San Francisco, v. 12, n. 9, p. 1-9, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Agência IBGE de Notícias*. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos>>. Acesso em: 04 abr. 2019.
- KOSTÍC, V. S. et al. Effect of age at onset on frequency of depression in Parkinson's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, London, v. 57, n. 10, p. 1265-1267, 1994.
- KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.
- LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 367-373, 2009.
- MELO, M. M. M. et al. Doença de Parkinson e qualidade de vida: Considerações terapêuticas ocupacionais. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 178-184, 2014.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MINAYO, M. C. S. O Envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.
- MÖLLER, J. C.; MENIG, A.; OECHSNER, M. Neurorehabilitation in Parkinson's disease. *Praxis, Zihlschlacht*, v. 7, n. 105, p. 377-382, 2016.
- MONTEIRO, D. et al. Relação entre disfagia e tipos clínicos na doença de Parkinson. *Revista CEFAC*, Campinas, v. 16, n. 2, p. 620-627, 2014.
- MONZELI, G. A.; TONIONO, A. C.; CRUZ, D. M. C. Intervenção em terapia ocupacional com um sujeito com doença de Parkinson. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 387-395, 2016.
- MURDOCK, C.; COUSINS, W.; KERNOHAN, W. G. "Running Water Won't Freeze": How people with advanced Parkinson's disease experience occupation. *Palliative & Supportive Care*, Cambridge, v. 13, n. 5, p. 1363-1372, 2015.
- MURPHY, S.; TICKLE-DEGNEN, L. The effectiveness of occupational therapy-related treatments for persons with Parkinson's disease: a meta-analytic review. *American Journal Occupational Therapy*, Bethesda, v. 55, n. 4, p. 385-392, 2001.
- NAKABAYASHI, T. I. K. et al. Prevalência de depressão na doença de Parkinson. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 219-227, 2008.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Cúpula da ONU discute envelhecimento populacional e*

desenvolvimento sustentável. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/cupula-da-onu-discute-envelhecimento-populacional-e-desenvolvimento-sustentavel>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

PEREZ, M. P.; ALMEIDA, M. H. M. O processo de revisão de vida em grupo como recurso terapêutico para idosos em Terapia Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 223-229, 2010.

PETERNELLA, F. M. N.; MARCON, S. S. Descobrimos a Doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 25-31, 2009.

SILVA, C. L.; MOURÃO, L. F.; GOBBI, L. T. B. Disartria e Qualidade de Vida em idosos neurologicamente sadios e pacientes com doença de Parkinson. *Codas*, Campinas, v. 27, n. 3, p. 248-254, 2015.

SILVA, F. S. et al. Evolução da doença de Parkinson e comprometimento da qualidade de vida. *Revista de Neurociências*, Maringá, v. 18, n. 4, p. 463-468, 2010.

SOUZA, C. F. M. et al. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: uma revisão de literatura. *Revista de Neurociências*, Maringá, v. 4, n. 19, p. 718-723, 2011.

STEIDL, E. M. S.; ZIEGLER, J. R.; FERREIRA, F. V. Doença de Parkinson: revisão bibliográfica. *Disciplinarum Scientia*, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2007.

STURKENBOOM, I. H. et al. The impact of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled feasibility study. *Clinical Rehabilitation*, Nijmegen, v. 2, n. 27, p. 99-112, 2012.

VERAS, R. P. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1119-1126, 2008.

Contribuição dos Autores

Thaiane Pereira da Silva realizou as entrevistas que integraram a pesquisa sob a orientação de Claudia Reinoso Araujo de Carvalho. As duas autoras desenvolveram em conjunto todas as demais etapas do manuscrito e aprovaram a versão final do texto.