

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

ANDREZZA DA COSTA BEZERRA

ANÁLISE QUALITATIVA DA PERCEPÇÃO DE
IDOSOS COM ALZHEIMER E SEUS CUIDADORES
SOBRE A EQUOTERAPIA

BRASÍLIA
2016

ANDREZZA DA COSTA BEZERRA

ANÁLISE QUALITATIVA DA PERCEPÇÃO DE
IDOSOS COM ALZHEIMER E SEUS CUIDADORES
SOBRE A EQUOTERAPIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - UnB - Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de bacharel
em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães
Coorientadora: Ma. Thais Borges de Araujo

BRASÍLIA
2016

ANDREZZA DA COSTA BEZERRA

ANÁLISE QUALITATIVA DA PERCEPÇÃO DE IDOSOS
COM ALZHEIMER E SEUS
CUIDADORES SOBRE A EQUOTERAPIA

Brasília, 23/06/2016

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora

Ma. Thais Borges de Araujo
Doutoranda em Educação Física pela Faculdade de Educação Física -
Universidade de Brasília-UnB
Coorientadora

Profa. Dra. Marisete Peralta Safons
Faculdade de Educação Física - Universidade de Brasília-UnB

Profa. Dra. Rosamaria Giatti Carneiro
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

Em memória dos meus avôs Manoel dos Passos Gomes da Costa (vô Passarinho) e Manoel Elesbão Bezerra (vô Manel), que em vida me dedicaram seu amor, carinho, paciência e ensinamentos. E as minhas avós Maria Luíza de Almeida Costa (vó Luíza) e Francisca Maria da Costa (vó Chica), que me acompanham desde o meu nascimento, me apoiaram em todos os momentos e de quem herdei o gosto pela área da saúde, a teimosia e a garra de lutar pelos meus objetivos. Dedico-lhes este trabalho, assim como todo meu amor, carinho, respeito e admiração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus que me deu a vida, me iluminou no momento de escolha do curso, levando-me a Fisioterapia, que me guiou durante toda a minha jornada, que não durou 5, mas sim 7 anos, nos momentos mais difíceis no qual eu pensei em desistir me mostrou que persistir era preciso e hoje me abençoa com minha vitória. Obrigado Senhor!

Aos meus pais, Edilene e Hely, muito obrigado por todo amor, carinho e dedicação a mim, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, me protegendo, me apoiando, gerando meios para as minhas conquistas e demonstrando orgulhassem delas. Obrigado por priorizarem sempre minha educação e formação, por confiarem em mim e darem a liberdade da escolha, me apoiarem mesmo sem conhecerem exatamente a profissão que eu havia escolhido, e mesmo com todos os percalços fizeram o possível e além dele para que eu alcançasse meu objetivo. Agradeço aos meus irmãos Andréa e Allyson, que mesmo com nossas diferenças reconheceram o quão importante era tudo isso para mim, me apoiaram e me ajudaram em muitos momentos. Essa conquista não é somente minha, é nossa!

Agradeço ainda aos meus familiares, minhas avós, tios e tias, primos e primas, e também aos meus amigos, que me aconselharam, me ajudaram sempre que possível, acreditaram que eu conseguiria sem saber que minhas esperanças estavam se esgotando, foram minha fonte de energia para seguir em frente e não desistir do meu sonho.

Sou grata às minhas companheiras de curso e estágio, Jessica, Camila Cardoso e Camila Lima, que aturaram meus altos e baixos – que foram muitos nesse último ano. Estudaram, sofreram, enfrentaram, persistiram e dividiram comigo todos os momentos e sentimentos. Sentirei falta de cada sorriso, cada conversa e cada minuto que passamos juntas. Espero manter nossa amizade além da UnB.

Aos meus preceptores de estágio, que mostraram na prática a complexidade do que era ser fisioterapeuta e fizeram me apaixonar ainda mais pela minha escolha, muito obrigado Patrícia, Luísa, Giselly, Juliana, Hudson e Mendonça, pela paciência e dedicação. Em especial a minha primeira preceptora, Thais, a qual tive a honra de ter como Coorientadora, me levando a conhecer mais sobre a Equoterapia através do seu projeto de doutorado que me permitiu escrever o presente trabalho. Muito obrigado pelos conhecimentos, pelo carinho, pela sensibilidade, pela disponibilidade, pela paciência e pela força que me deu, me impulsionando nessa reta final.

Agradeço à minha orientadora, professora Sílvia, que aceitou encarar esse desafio que foi escrever um estudo etnográfico como TCC de uma aluna de graduação em Fisioterapia, quebrando paradigmas e agregando conhecimentos sobre a pesquisa qualitativa, um mundo considerado paralelo para mim, me forçando a estudar novas formas de fazer ciência e buscar dados que eu desconsiderava, ignorando um campo riquíssimo a ser explorado também pela fisioterapia, pois acrescenta uma experiência que pode melhorar, e muito, as nossas intervenções. Obrigado professora por ampliar meus horizontes e me mostrar novas possibilidades!

Sou grata também aos idosos e familiares que participaram do projeto, nos cederam seu tempo, confiaram em nós e encararam essa aventura na Equoterapia, gerando uma troca de conhecimentos e permitindo uma experiência valorosa. Sem vocês este trabalho não existiria!

Epígrafe

“Para cuidar de si mesmo, use a cabeça. Para cuidar dos outros, use seu coração.” (Eleanor Roosevelt)

RESUMO

BEZERRA, Andrezza da Costa., GUIMARÃES, Sílvia Maria Ferreira., ARAUJO, Thais Borges. Análise Qualitativa da Percepção de Idosos com Alzheimer e seus Cuidadores sobre a Equoterapia. 2016. 48f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2016.

O envelhecimento da população traz consigo comorbidades, dentre elas as doenças crônicas degenerativas, sendo uma a demência de Alzheimer, terapêuticas alternativas e complementares são importantes neste processo. Neste estudo utilizamos a Equoterapia, um método de tratamento com cavalo, por ser uma prática que visa integração social e estímulo cognitivo, gerando ganhos motores e maior independência ao praticante. O estudo trata de uma pesquisa qualitativa sobre a experiência de idosos e seus cuidadores com relação ao envelhecimento, demência de Alzheimer, saúde e adoecimento, qualidade de vida e a prática da Equoterapia. Os dados foram coletados através de um diário de campo e entrevista semiestruturada realizada com idosos e cuidadores ao final da intervenção com a Equoterapia. Observou-se que o envelhecimento e principalmente o diagnóstico do Alzheimer são impactantes e trazem consequências negativas para a vida dos sujeitos. A experiência com a Equoterapia permitiu-lhes experimentar algo novo, gerando confiança e disposição para suas atividades, permitindo interação social e troca de experiências, levando-nos a considerar a Equoterapia como uma terapia alternativa adequada para promoção de saúde e qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer.

Palavras-chave: Equoterapia, Alzheimer, Envelhecimento, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

BEZERRA, Andrezza da Costa., GUIMARÃES, Sílvia Maria Ferreira., ARAUJO, Thais Borges. Qualitative analysis of perception of elderly people with Alzheimer's and their caregivers about Hippotherapy 2016. 48f. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2016.

The ageing population brings with Comorbidities, including chronic degenerative diseases, being an Alzheimer's dementia, alternative and complementary therapies are important in this process. In this study we use the Hippotherapy, a method of treatment with horse, for being a practice aimed at social integration and cognitive stimulation, generating earnings engines and greater independence to the practitioner. The study is a qualitative research on the experience of the elderly and their caregivers with respect to aging, Alzheimer's dementia, health and illness, quality of life and the practice of Hippotherapy. The data were collected through a field journal and semi-structured interview conducted with elderly and caregivers at the end of the intervention with the Hippotherapy. It was observed that the aging and mostly the diagnosis of Alzheimer's are impactful and bring negative consequences to the life of the subject. The experience with the Hippotherapy allowed them to try something new, generating confidence and mood for your activities, enabling social interaction and exchange of experiences, leading us to consider the Hippotherapy as a suitable alternative therapy to promote health and quality of life of seniors with dementia of Alzheimer's.

Keywords: Hippotherapy, Alzheimer, Aging, Quality of Life.

SUMÁRIO

1-LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
2-INTRODUÇÃO.....	11
3-METODOLOGIA.....	15
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
5-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
6-REFERÊNCIAS.....	38
7-ANEXOS	39
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	41
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	46
11-APÊNDICES.....	47
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	47
APENDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	49

1-LISTA DE ABREVIATURAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

CODEPLAN - Companhia de Planejamento

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DANT - Doenças e Agravos crônicos Não Transmissíveis

QV – Qualidade de Vida

CDR - Clinical Dementia Rating

ANDE – Associação Nacional de Equoterapia

2-INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), vive-se o aumento da proporção da população de pessoas com mais de 65 anos tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, provocado pelo aumento da longevidade¹. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), para países em desenvolvimento, define-se a faixa etária de pessoas com 60 anos ou mais como de idosos, o que aparece, também, no Estatuto do Idoso do Brasil². Esse aumento no número de idosos, no Brasil, foi encontrado no Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o qual revela que 7,4% da população têm mais de 65 anos, por sua vez, em 1990, esse indicador era de 4,8%³. Dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) mostram que em 2011, no Distrito Federal, havia um total de 326.000 pessoas com 60 anos ou mais⁴. O crescimento da população idosa demonstrado em números concretos é um indicador de preocupação e se constitui em desafio com o custo social que se instala. Diante desse quadro, há a necessidade de se pensar políticas públicas direcionadas a esse segmento e que sejam capazes de consolidar ações que correspondam a suas reais necessidades, para que tenham vida com dignidade⁵.

Ao lado dessa mudança de perfil demográfico, surgem as doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT), estados permanentes ou de longa permanência, que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida (QV) dos idosos².

No grupo populacional dos idosos, é marcante as doenças crônicas que comprometem a autonomia, como as demências⁶. Essas são identificadas como progressivas e degenerativas,

levando a situação de dependência e gerando assim a necessidade de assistência e cuidados⁷. Estima-se um pequeno crescimento nos números de pessoas com demência com mais de 65 anos, no Brasil, que irá variar de 7,6%, em 2010, para 7,9%, em 2020. Isso significa 55.000 novos casos por ano. Esse quadro revela um problema de saúde pública em potencial, que apresenta questões relevantes a serem enfrentadas como a perda da autonomia das pessoas afetadas e a responsabilidade do sistema de saúde para atendê-las⁶.

A velhice é um processo biológico e, também, cultural na medida em que os grupos sociais criam conceitos e elaboram práticas distintas que marcam a passagem entre as idades pelas quais os indivíduos transitam. Desse modo, a velhice é uma categoria produzida socialmente⁵. Os processos de adoecimento, também, passam a ser lidos a partir dos contextos sociais e são vividos a partir de uma experiência subjetiva e relacional. A velhice deve ser analisada como uma experiência do viver em sociedade assim o adoecer e se cuidar, passam a ser analisados como experiências mediadas pelo fenômeno cultural⁸.

Observa-se que a situação da pessoa idosa com demência está marcada pela figura do cuidador, o qual passa a ter uma participação central no processo de envelhecimento. E essa participação, juntamente com a vivência do processo de envelhecimento e as fragilidades apresentadas na velhice não devem tirar dos idosos a autonomia de decidirem aquilo que é melhor para sua vida, tornando-se importante garantir, no cotidiano, a sua inserção na família e na sociedade⁹.

Terapêuticas alternativas e complementares têm um papel importante neste processo, pois se voltam para a promoção da saúde dos sujeitos⁶. A equoterapia é o método de tratamento que visa o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de necessidades especiais, dificuldades ou deficiências físicas, mentais e/ou psicológica, que utiliza o cavalo em abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, para a reabilitação física e mental. O cavalo, nesse método, entra como agente facilitador, proporcionando pelo

movimento, o desenvolvimento motor, psíquico, cognitivo e social do praticante de equoterapia - termo utilizado para designar a pessoa quando em atividades equoterápicas, fazendo o mesmo participar ativamente do processo de sua reabilitação, na medida em que interage com o cavalo^{10,11}.

A fisioterapia na utilização da equoterapia busca a estimulação do equilíbrio e, conseqüentemente, a melhora do ortostatismo, a modulação do tônus muscular, prática de integração social e dos ganhos motores e maior independência ao praticante, estimulando-o como participante ativo. Os resultados vêm de acordo com o prazer, vontade e estimulação do paciente em querer se reabilitar e ficar bem^{12,13}. Na equoterapia trabalha-se o aspecto cognitivo do paciente, estimulando a sensibilidade tátil, visual, auditiva e olfativa pelo ambiente e pelo uso do cavalo, promovendo organização e consciência corporal, aumentando a autoestima, facilitando a integração social, motivando o aprendizado, encorajando o uso da linguagem, ensinando a importância de regras e disciplinas, e aumentando a capacidade de independência e decisões em diferentes situações¹².

Diante deste quadro, o objetivo principal deste estudo foi analisar como idosos com demência e cuidadores vivenciam e pensam a equoterapia como uma terapêutica. Tendo ainda como objetivos específicos conhecer o que os idosos e cuidadores entendem por qualidade de vida, saúde e adoecimento; como percebem o processo de envelhecimento; como vivenciaram o diagnóstico do Alzheimer; como entendem a equoterapia e qual seria a interferência da equoterapia na saúde e qualidade de vida desses idosos.

Foi realizado um estudo com abordagem qualitativa sobre a experiência de idosos e seus cuidadores com relação ao envelhecimento, demência de Alzheimer, qualidade de vida e a prática da Equoterapia. Não foram encontradas nas principais Bases de Dados Científicos - LILACS, MEDLINE, BIREME, SciELO, PubMed, CAPES, OPAS - pesquisas com

semelhante proposta que vise uma análise qualitativa sobre o tema em tela na literatura, nacional e internacional.

3-METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa, (descritiva e transversal) sobre a experiência dos idosos e seus cuidadores com relação a envelhecimento, demência de Alzheimer, qualidade de vida e a prática da Equoterapia. De acordo com Minayo, a pesquisa qualitativa faz parte da abordagem das Ciências Sociais e pretende trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Tem como objeto os fenômenos sociais, isto é, a realidade social, o universo da produção humana, o qual se encontra nas relações sociais, nas representações e na intencionalidade¹⁴.

Os sujeitos da pesquisa são idosos, com idade entre 60 e 80 anos, diagnosticados com demência de Alzheimer, classificados como de 0,5 a 2 no CDR - Clinical Dementia Rating, o que representa um grau de demência leve a moderada¹⁵, capazes de realizar atividades de vida diária de forma independente, com liberação médica para montaria e dispostos a se submeter ao estudo; e seus respectivos cuidadores. Estes idosos participaram de um projeto de pesquisa, onde praticaram a Equoterapia duas vezes por semana e a mesma ocorreu por um período de 10 semanas, na Associação Nacional de Equoterapia (ANDE), localizada na Granja do Torto, uma Região Administrativa do Distrito Federal. Nesse grupo, haviam 10 idosos realizando a equoterapia, foram escolhidos os 4 idosos que mais frequentaram as atividades para serem entrevistados, juntamente com seus respectivos cuidadores, que são familiares - filha e esposas dos idosos, acompanharam os idosos durante as sessões de Equoterapia e residem no mesmo domicílio.

Para a coleta de dados, foram utilizadas como técnicas a “observação participante” e entrevistas semiestruturadas. Segundo Minayo, a observação participante é o processo no qual o pesquisador se coloca como observador e em interação de uma situação social, fica em relação direta com os sujeitos da pesquisa¹⁴. Para realizá-la, utilizamos o “diário de campo”, uma espécie de relatório, realizado ao final de cada sessão aonde era descrito como foi a

sessão daquele dia, como se comportaram os sujeitos, o que disseram e fizeram durante a sessão, desde o momento que chegaram até o momento de partida da ANDE, ou seja, tudo que não faz parte do material formal da entrevista. Essa observação ocorreu no momento de realização das sessões de Equoterapia e durante as entrevistas. A entrevista é baseada em uma relação dialógica onde determinado tema passa a ser discutido entre o entrevistador e o sujeito, assim o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada¹⁴. As entrevistas foram realizadas nas residências dos idosos e cuidadores, após agendamento prévio, no mês de maio de 2015. Durante as mesmas foi utilizado um gravador, com o consentimento dos entrevistados. Posteriormente os áudios das entrevistas foram transcritos para que se realizasse a análise dos mesmos.

O trabalho de campo foi realizado tendo em vista os preceitos éticos que regem pesquisas com seres humanos, sendo que a coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição CAAE: 36213314.9.0000.0030, parecer Nº 949.732, em 3 de fevereiro de 2015. Os idosos e cuidadores foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e concordaram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para preservar as identidades dos sujeitos, não utilizamos os seus nomes verdadeiros.

4-RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceituação e vivência do envelhecer

A definição de idoso a partir de uma classificação cronológica é muito simplória e estigmatizante, pois perde de perspectiva a subjetividade e o contexto social. No plano individual, o envelhecimento reflete um processo que implica múltiplas trajetórias de vida, já no plano coletivo, constrói-se sob diversas influências socioculturais, tais como: processos de socialização, acesso a oportunidades educacionais, participação em redes de cuidado, adoção de cuidados em saúde e realização de ações que acompanham o curso da vida e se estendem às fases tardias da vida, como a velhice¹⁶. É preciso considerar que condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso, sendo ela uma etapa da vida que necessita da compreensão de relações mais profundas de vivências do sujeito¹⁷. Desse modo, buscamos explorar a opinião dos sujeitos quanto ao que era o envelhecimento e como vivenciaram esse processo. Os discursos abaixo mostram a definição de envelhecimento dada pelos entrevistados e que a mesma não discorda dessa perspectiva subjetiva e relacional:

Envelhecimento é uma etapa da vida! Assim como tem a infância, adolescência, a juventude, a vida adulta, tem o envelhecimento que é a última fase da vida da pessoa.

(Cuidadora V)

Bom, o envelhecimento pra mim é o coroamento de uma vida que a gente teve, e se a gente não envelhecer é porque morreu antes! (Idoso J)

Acho que é uma coisa natural né, do ser humano, acaba envelhecendo e é uma tristeza! Não devia ter! Deus devia ter melhorado esse componente, mas enfim o que que vai fazer né? É isso mesmo! O conceito (de envelhecimento) pra mim é o mesmo conceito normal de todo mundo, quer dizer, as coisas e o tempo vai passando né, e as pessoas de certa maneira vão ficando com dificuldades, né. Com dificuldade pra tudo,

pra tudo, gente é uma tristeza, mas é pra leitura, pra andar, pra não sei o que, pra poder sair sozinho, pra, pra tudo é impressionante, é um mundo enorme e isso deixa a gente muito triste! Eu me sinto sempre muito triste quando eu me emprego a isso, a meditar sobre isso, o tempo, a vida, enfim, acho muito triste entende? (Idoso G)

Dificuldade de fazer as coisas cotidianas que vinha fazendo satisfatoriamente, [...]. Então cada vez que envelhece fica mais dependente, é isso! (Cuidadora Z)

Fica claro nos discursos dos sujeitos entrevistados que o envelhecer é *um processo, uma etapa, um ciclo* do qual não podemos escapar. Nesse processo, os entrevistados apontam, em sua maioria, aspectos considerados negativos, mas não somente esses estão presentes. Esses conceitos foram criados a partir de reflexões da vivência dos mesmos no processo de envelhecimento que os levaram a criar conceitos e teorias. Um dos cuidadores explica:

Eu acho que faz parte do ciclo da vida, é uma coisa esperável, até porque outra opção, eu sempre brinco, que a outra opção é morrer cedo né! Mas é um processo de aceitação de perdas né, físicas, intelectuais, de amigos, de muitas coisas, mas ao mesmo tempo eu acho que também a gente tem uma certa maturidade, uma certa tranquilidade de valorizar o que é pra ser valorizado e não sofrer as vezes com coisas que não precisa de sofrer, coisas que quando a gente é muito jovem a gente faz! Então eu sempre brinco que, é meio assim, a vida é meio maluca porque, toda criança, intuitivamente, ela é muito sábia, mas ela é inconsciente na sabedoria dela né, depois a gente desaprende muita coisa, aprende outras, que é a vida adulta, e depois a gente meio que volta um pouco essa coisa da criança, dessa sabedoria, mas uma sabedoria já consciente e ficamos mais sábio e tudo, mas a gente não consegue passar isso pra outra pessoa, e aí a gente morre! Então assim, é uma pena, mas ao mesmo tempo é o ciclo né. Então pra mim é isso que é envelhecer! (Cuidadora B)

O envelhecer é um fato natural e universal, mas a classificação do processo em categorias específicas depende de processos históricos, situações socioeconômicas dos sujeitos, questões de gênero, assim como de valores e crenças. Esses fatores proporcionam uma variabilidade nas formas de conceber e criar modelos de vida para o envelhecimento¹⁸. De acordo com Debert (2011), nas sociedades contemporâneas, vive-se uma valorização da juventude e um temor das marcas do envelhecimento¹⁹. Essa imagem do idoso corrobora com o que conseguimos extrair das falas dos sujeitos, os quais idealizam um modelo de envelhecimento e se deparam com outro:

(O envelhecimento) *Ele tá sendo um pouco difícil, assim, porque eu esperava, nós e a família, esperávamos que ele (idoso) fosse ter um envelhecimento normal com as coisas típicas da velhice, dado o grau de inteligência dele, do interesse dele, que é um cara que lê muito, que entende dos problemas sociais e econômicos, a gente achava que ia ser uma velhice normal. No entanto pra gente, pra mim e pros meus filhos, a gente tá vendo que não vai ser um envelhecimento normal porque quando ele aposentou ele se entregou.* (Cuidadora V)

Olha, é, eu, comigo mesma, sou muito, muito tranquila, assim, eu não sofro pelo envelhecimento físico inclusive, mas ele (idoso) é uma pessoa muito vaidosa então ele sofreu muito com cada cabelo branco, uma coisa que pra ele é sofrido! Ele sofre com as rugas, mesmo antes da doença ele sofria muito, tanto que as vezes até eu dou umas ajeitadas no cabelo dele pra ele sofrer menos, faço mais no dele do que no meu. Mas assim é, ele reagiu muito mal com o envelhecimento e reage ainda, ele briga né, uma coisa que pra ele incomoda muito é muito sofrido. Então acaba que isso contamina um pouco o meu sentimento com relação a ele porque eu fico tentando temporizar, tentando botar as roupas mais joviais que eu sei que ele gosta, cuidar do cabelo dele, é umas coisas assim pra ele ficar feliz, mas pra mim não é um processo complicado até.

É mais por tabela porque é muito chato cê ver o outro sofrendo né? Mas assim, eu sou de uma família de longevos, a gente lida com tranquilidade, como processo da vida mesmo! (Cuidadora B)

A gente acha que nunca vai acontecer com a gente, mas vai, mas vai. Então assim é um processo que a gente tem que estar sempre, como é que eu vou dizer, tem que aceitar as coisas! A gente tem de aceitar, porque é um processo que todos nós um dia vamos passar, querendo ou não, uns mais cedo outros mais tarde. Dependendo também se houver alguma doença, vai acelerando, mesmo que busque tratamento, tudo dependendo do jeito como vai estar. Mas a gente tem que aceitar, são coisas da vida, eu vi os meus avós e nisso a gente já vai colocando na cabeça que um dia vai acontecer isso com a gente com os nossos pais e a gente tem de tá perto deles pra auxiliá-los. (Cuidadora Z)

O envelhecimento, pra quem construiu uma vida esperando que esse envelhecimento chegasse, ele não pode trazer surpresas! Porque primeiro, a primeira coisa que poderia espantar no envelhecimento é que você tem que parar de trabalhar, o velho realmente não tem condições de trabalhar, primeiro porque a saúde dele normalmente tem algum comprometimento ao longo da vida dele, e depois porque o próprio cansaço físico não deveria permitir, [...] o envelhecimento normalmente traz doenças e aí com isso você fica impossibilitado de prestar serviços né. Então você tem que fazer uma economia ao longo da vida porque eu costumo dizer que, aqui no Brasil pelo menos, aposentadoria é coisa de mentira. [...] Então eu me precavi contra essas coisas e hoje tenho uma vida mais ou menos tranquila, minha vida não tem sobressaltos. [...] Não sei quantos anos vou viver, mas faço um esforço muito grande para, mesmo que eu chegue aos cem, eu tenha sempre alguma economia que possa viver com a aposentadoria e com a minha economia, pronto! (Idoso J)

A velhice tem sido estudada pela forma como é percebida pela sociedade, o que gerou quatro perspectivas: Biológico-comportamentalista, com ênfase à mudança física, onde figuram também mudanças no perfil da população e aos modos como as políticas públicas deveriam reagir, mostrando a responsabilidade do Estado; Economicista, sendo uma visão geralmente de economistas voltada para o lugar do idoso na estrutura social produtiva e como se dá essa ruptura com o mundo produtivo, nesta perspectiva, caracterizando a aposentadoria; Sociocultural, onde se enfatiza a velhice como construção histórico-cultural-social de modo que a sociedade atribui funções preferenciais a cada idade na divisão social do trabalho e na família; e Transdisciplinar, considerando a velhice como fenômeno natural e social que apresenta dificuldades biológicas, econômicas e socioculturais, apresentando-se como um processo singular de cada indivíduo²⁰. Nas falas dos entrevistados foi possível perceber as mesmas transitando por todas essas perspectivas.

Saúde, Adoecimento e Qualidade de vida

Assim como o envelhecimento, os conceitos de saúde e adoecimento são formados a partir de contextos sociais e da vivência de cada pessoa. Nas sociedades contemporâneas, a figura do idoso é associada à fragilidade, incapacidade, inabilidade. De acordo com Caradec, estigmas corporais marcam o idoso²¹. Sobre como percebem e o que entendem como saúde, eles explicaram, negando os estigmas que marcam o envelhecimento. Assim, saúde é viver bem e fazer as coisas:

É o bem-estar físico, mental e social. (Cuidadora V)

*Pra mim assim é aquele padrão, que é o físico, o mental, é o psicológico, é tudo!
É você ter um equilíbrio! Então, pra mim isso é saúde. É ter equilíbrio né, nem ser perfeito, mas tar equilibrado! Tá, inclusive, relativamente feliz, não que a gente seja feliz o tempo inteiro, mas tar em paz né? (Cuidadora B)*

Saúde é a coisa melhor também do mundo viu! A gente tendo saúde, a gente faz as coisas. (Idoso O)

Para a construção de qualquer política destinada a população de idosos, é importante conhecer a maneira como os idosos percebem seus problemas de saúde e agem diante deles. Uchôa et al. relatam que são raros os estudos que possam informar sobre a maneira como as pessoas idosas, no Brasil, tentam dar significado a esse período de suas vidas e sobre a forma como limitações e perdas, comuns nessa fase, são integradas à experiência de vida⁵.

O modelo de Dahlgren e Whitehead destaca a importância dos fatores não-clínicos sobre a situação da saúde dos indivíduos e das populações²². De acordo com os relatos dos sujeitos, foi possível perceber que a maneira como analisam sua saúde ou do idoso que acompanham não se limita ao conceito de ter saúde ou ser saudável ou de ter ausência de doença ao diagnóstico clínico. Neste trabalho, participaram idosos diagnosticados com a Doença de Alzheimer. No entanto, esse quadro clínico não significou para alguns um adoecimento, nem todos se consideraram doentes. Como relata uma das cuidadoras, a respeito de um sujeito da pesquisa:

Mas no aspecto de saúde dele ele tá bem! É só a cabeça mesmo que a gente sente que essa... Tá saudável, saudável ele é sim! (Cuidadora M)

Um dos idosos ao ser questionado quanto a se considerar saudável responde:

Eu me acho saudável. Considero! Considero e não tenho porque, quer dizer, tirando essa questão do Alzheimer. Que é grave né? (Idoso G)

Somente uma das cuidadoras ao ser questionada quanto ao idoso ser saudável repondeu que *não*:

Por enquanto, eu acho que no ponto em que ela está não... pra mim não tá não!
(Cuidadora Z)

A mesma atribui ter saúde ou ser saudável a *ter um pouquinho mais de independência*. Nessa fala, a cuidadora leva a pensar que adoecimento está relacionado a algo incapacitante, criando uma ligação entre ter limitação funcional com adoecimento.

Sobre como definem o adoecimento, os sujeitos afirmaram que o adoecimento é algo negativo:

Porque a vida com problemas de saúde é uma vida meio desagradável, vamos chamar no mínimo assim. (Idoso J)

E seria a externalização desse problema, ou seja, *é quando o seu corpo realmente tá reclamando de algo que não tá bom*, (Cuidadora V). E ao não se considerar saudável ou admitir a presença de um *problema de saúde* o indivíduo pode lidar de várias formas, em alguns casos sabendo conviver com o adoecimento, como relata um dos idosos:

[...] quando você pode escapar mas tem meios tudo bem, mas quando você não pode escapar sabe que vai ter isso até seus últimos dias então você aprende a conviver com ele da melhor forma possível pra você. (Idoso J)

Outros já demonstram desejar o fim da vida como fim de um processo e uma situação incapacitante:

Eu não estou saudável, então eu não posso ajudar as pessoas, não posso é, ficar assim, as vezes eu, as vezes eu penso em morte! Que é o que Deus quiser né?! Mas de vez em quando, é eu penso, penso nas coisas, encontrar meus pais e tal né... (Idoso O)

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais formam o contexto sociopolítico responsável pela categorização de indivíduos e grupos segundo os níveis de renda, escolaridade, profissão, sexo, gênero, local de moradia, relações intergeracionais e outros fatores. Esses mecanismos de categorização são elementos que criam desigualdades na saúde, pois se referem ao pertencimento social, o qual é hierarquizado por determinados grupos sociais que subjagam outros. Esse processo de hierarquização é marcado pelo racismo,

machismo e violência e são os primeiros a influenciar a saúde do indivíduo²². As relações entre gerações são marcadas por preconceito e a velhice é desvalorizada, no Brasil. Quando tratam de QV, os entrevistados enfatizam situações socioeconômicas favoráveis, o que está associado a independência, e a capacidade de viver com autonomia, negando estigmas da velhice.

Bom, qualidade de vida, que eu considero, é você ter um mínimo disponível daquilo que você gosta pra você usufruir. (Idoso J)

Bom, a primeira é inevitável, é triste, mas é verdade, e é ter dinheiro! Não, não vou, eu não vou dizer que não, não vou mascarar, é isso mesmo, dinheiro é importante! Á não tô falando de ser milionário não, mas a pessoa tem que ter recurso pra poder viver bem ou razoavelmente bem nessa vida. Então isso é importante! Eu ganho bem né então não tenho esse problema. Vou ser avô agora. Quer dizer, então por esse ponto de vista eu tô muito feliz, minha vida tá indo bem! (Idoso G)

A qualidade de vida, sua, é você fazer as coisas que você consegue fazer todos os dias, é não ter doenças graves, é ler, ter a mente também saudável e o seu corpo também, então a qualidade de vida é essa! Você vive de tal maneira, se alimentando bem, fazendo os exercícios físicos, que você tem uma vida saudável, uma qualidade de vida. (Cuidadora V)

É tentar ter uma vida saudável, por exemplo em casa a gente tenta, comida em casa é extremamente saudável, não tem fritura, eu tento, se tem alguma coisa pra fazer aqui vamo a pé, essas coisas assim, pequenas coisas né! E tentar ter paz no coração né, essas coisas todas, e um pouquinho de cada coisa, pra ter qualidade! E fazer coisas prazerosas também, tentar fazer na medida do possível, sabe? Então é ir ver uma exposição de arte. (Cuidadora B)

E assim como se consideram saudáveis e aliam saúde à QV, a resposta ao questionamento sobre terem QV e como qualificariam a mesma, em sua maioria foi positiva no aspecto de terem QV e a mesma ser boa ou satisfatória, usando termos como *dentro das limitações dele*, mas confirmando que tinham sim QV, e a atribuíram o fato da prática de atividade física, a leitura e a alimentação saudável como fatores que contribuem para a manutenção dessa QV.

Vivenciando o diagnóstico do Alzheimer

Atualmente, existem 35 milhões de pessoas com demência em todo o mundo, sendo que, 54% destas vivem em países de média e baixa renda²³. Acredita-se que a cada ano surjam 5,4 milhões de novos casos, ou seja, um novo diagnóstico de demência a cada 7 segundos e estimativas apontam que em 2050 a demência atinja 100 milhões de indivíduos no mundo²⁴. A demência é uma síndrome caracterizada pelo declínio global e progressivo das funções cognitivas, sendo a doença de Alzheimer (DA), a forma mais comum da mesma e foi descrita pela primeira vez em 1906, por um psiquiatra alemão, Alois Alzheimer, que identificou em uma das suas pacientes, um quadro de déficit de memória, alterações comportamentais e incapacidade de realizar atividades rotineiras²⁵.

Embora a grande maioria das pessoas envelheça sem grande comprometimento cognitivo, é importante considerar que, no âmbito da assistência à saúde do idoso, uma especial atenção deve ser dada às pessoas que vivenciam um processo demencial. Na verdade, essa assistência é principalmente prestada pela família, centrada na figura do cuidador principal²⁶.

E como esse cuidador recebe esse diagnóstico e o vivencia é tão importante quanto como o idoso o recebe. Então, compreender como foi a experiência do diagnóstico permite compreender um pouco mais da interação entre o cuidador e o idoso.

Foi um impacto porque a gente nunca acha que vai acontecer com a gente né, com a família da gente, com um familiar próximo da gente! Mas a gente tem buscado, eu tenho buscado saber mais coisas sobre a doença e o impacto que isto está sendo no nosso dia a dia, não só meu como da família porque meus irmãos tão percebendo, tão notando que ela tá decaindo cada vez mais, cada dia mais. (Cuidadora Z)

Senti que ele tava repetindo as coisas, tava falando e fazendo umas coisas completamente diferente do que ele faz! Aí a gente começou a observar e foi assim muito, muito rápido, sabe? Apresentou e a gente observou, depois foi acontecendo, assim, muito rápido pra gente. Foi um choque! Todo mundo ficou muito... porque ele é muito ativo, foi dando aquelas paradinha, paradinha e a gente se assustou demais. Não foi fácil não, foi muito doído! Muito doído pelo tipo de homem que ele né, muito ativo. Tudo ele sabia! Tudo, tudo que você perguntava, data de filho, identidade dos filhos, de tudo ele sabia na ponta da língua daí que de uma hora pra outra foi esquecendo! (Cuidadora M)

Pra mim, num primeiro momento, assim, coincidiu, com uma cirurgia minha de câncer, então eu tava muito fragilizada fisicamente, emocionalmente, então teve um peso grande e assim, eu já, lógico, eu já percebia as alterações, mas quando fechou mesmo o diagnóstico, porque os médicos não tinham muita segurança e nem os teste porque como ele tem uma capacidade intelectual muito grande foi muito difícil conseguir pegar né! E aí, teve um peso porque, ele não conseguia cuidar de mim e os meus irmãos que cuidavam de mim e dele e os filhos muito ausentes num cuidavam nem dele nem me visitavam, sabe? E eu já tinha parado de trabalhar pra ficar com ele, já tinha um ano que eu tinha parado de trabalhar, então eu já tava sem o suporte afetivo dos meus pacientes, que eu sempre tive um vínculo muito estreito, então assim pra mim foi um buraco afetivo muito grande! Mas eu vi que ele precisava de mim e ao invés de

cuidar dos outros eu tinha que cuidar da pessoa que tava mais próxima de mim. [...] Mas isso foi todo um processo! Então, é um adoecimento que a gente tem limitações, não tem tratamento, tem assim, paliativos, mas não tem ainda tratamento. É meio desesperador viu, em alguns momentos! E ao mesmo tempo eu tento manter a esperança dele de que ele tem que ficar o melhor possível pra ter tempo de ter um tratamento que a gente tenha acesso a ele! Inclusive a gente tem reserva financeira pra tentar o que for possível, onde for possível! É uma coisa que a gente... é um projeto de vida da gente, mas a gente tá guardando! (Cuidadora B)

Mas eu ainda fico me perguntando, será que é demência mesmo que leva ao Alzheimer? Porque eu fui pegar todos os meus apontamentos, todas as coisas e de tudo a relação que tem ele só tem duas! Umas doze, dez, mas como o geriatra falou que a dele é uma boa perspectiva e disse assim, pra mim, disse pros meninos também, a minha filha teve esse entendimento, que ele não venha nem a ter tudo e que morra antes por conta da idade, ele vai fazer 80(anos) né! Agora as vezes ele me surpreende, digo 'Ai, será que é?'. Tô esperando, eu tenho muita fé que vá ser uma coisa lenta, no caso, porque ele continua lendo o jornal dele, ele continua na televisão dele, mas ele disse que pra ele tanto faz como tanto fez. Então, ele teve momentos de entrega, ele tem momentos de entrega. (Cuidadora V)

Então percebemos que é muito *dramático, doído* e quando somado a um momento de fragilidade torna a experiência ainda mais difícil. E tudo começa pela percepção dos próprios cuidadores, que são familiares e com o convívio percebem o declínio do mesmo e precisam lidar com o medo do diagnóstico. Ao receber a confirmação parece que ainda restam muitas dúvidas, de como lidar, do que esperar, e se inicia um processo de buscar conhecimento sobre a demência para criar de alguma forma uma base de apoio que ajude a compreender melhor do que se trata e auxiliar no como agir. Todos têm consciência de ser uma doença

degenerativa, progressiva e incurável, mas apresentam o sentimento de esperança de que surja um tratamento efetivo e buscam sempre algo para retardar o avanço da doença e manter o idoso o melhor possível.

A Doença de Alzheimer (D.A.) é uma doença neurológica degenerativa, lenta e progressiva. O indivíduo atingido por ela apresenta progressiva perturbação de múltiplas funções cognitivas e o comprometimento dessas funções é comumente acompanhado, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. Estes comprometimentos levam à alteração do desempenho ocupacional do indivíduo com D.A. Assim, para compreensão do impacto da D.A. na funcionalidade, faz-se necessário abordar o processo do envelhecimento cognitivo, porém, há diferenças individuais, sendo frequentemente observado que a evolução dos sintomas varia de indivíduo para indivíduo²⁷.

Os indivíduos têm a percepção de que, a partir do diagnóstico, tudo o que virá serão perdas, logo não obtivemos muitas respostas favoráveis quando perguntamos sobre a convivência após o diagnóstico. Observa-se que uma certa revolta por parte de alguns como relata um dos idosos:

Pois é, pra mim é o meu grande problema, cê sabe que Alzheimer é o horror! Horror dos horrores dos horrores! Então quer dizer a pessoa vai, e eu tenho o que, tenho uns seis a oito meses que eu fui a um especialista e lá 'i cê tá com Alzheimer' aí né, fazer o que né. É uma ... né, que tudo é ruim, o negócio cê não tem nada e de repente... A parte boa é que o cara lá que me recebeu, me tratou, me olhou assim, disse assim eu acho 'á cê vai ganhar uma grana aqui, cê tá livre de imposto de renda, tá não sei o que...' As vantagens do coisa., mas é uma ... Preferia não ter nenhuma dessas vantagens e tá ainda com a memória boa né? (Idoso G)

Mesmo quando lhe são mostradas certas ‘vantagens financeiras’ ainda não supera as perdas cognitivas causadas pela demência. Um ponto que foi considerado positivo da experiência por uma cuidadora foi, *mudou que a gente tá mais próxima*. (Cuidadora Z), porém percebemos que essa proximidade faz parte da necessidade de cuidar do outro como se fosse *um filho excepcional, um filho com problema!* (Cuidadora B). As pessoas passam a se inserir em novas relações sociais, marcadas por afetividade, sentimentos que vão do amor ao pesar.

Percebemos ainda a dificuldade no relacionamento, causado pela demência e suas consequências. Mas que com o passar do tempo vai ocorrendo um processo de aceitação e aprendizado, o que as leva a conviver da melhor forma que conseguem.

A vida, a vida vai ficando mais difícil, o relacionamento, [...]. Ah, o relacionamento continua, ele (idoso) com aquelas mesmas coisas que ele tinha, mas só que tá agora mais atenuado. (Cuidadora V)

Minha filha eu chorei muito porque ele (idoso), o homem que ele era, a cabeça que ele tinha e numa hora pra outra aconteceu isso! Mas é aquilo, com fé em Deus a gente leva. E eu tenho muita fé em Deus, graças a Deus é o que é, foi indo, eu aprendi a conviver e graças a Deus tá indo bem! No começo chorei muito, mas depois me conformei! (Cuidadora M)

A experiência na Equoterapia

Parente & Wagner (2006) discorrem sobre a teoria de mecanismos de ganhos e perdas, que é uma das teorias que embasam a compreensão do processo de envelhecimento cognitivo. Esta teoria se baseia no fato de que perdas ocorrem desde o nascimento e que, no percurso da vida, inclusive na velhice, estabelece-se uma proporção entre perdas, ganhos e funções mantidas, nos quais, ao trabalhar com o idoso, em específico com Alzheimer, deve-se tentar buscar no mínimo a manutenção²⁸.

Esses idosos passaram dez semanas realizando atividades de equoterapia, duas vezes na semana, nos turnos da manhã. As atividades duravam 30 minutos e acontecia na ANDE. Cada sessão de equoterapia consistiu de variações de andaduras do cavalo (passo e trote), de piso (areia, asfalto e gramado), de terreno (plano, acidentado e inclinado), mudanças de direção e de combinações de movimentos e comando de rédea. Visando um estímulo tridimensional do cavalo mais intenso em membros inferiores e cintura pélvica, foram selecionados cavalos que transpistam, ou seja, que possuem uma passada mais ampla e conseqüentemente de baixa frequência. Foram utilizados estribos mais baixos, de modo que as articulações da cabeça, da coluna vertebral, ombros, quadris, joelhos e tornozelos ficassem alinhadas, facilitando, pois, o enfoque do tratamento na melhora do equilíbrio postural em ortostatismo. Como material para montaria, foi utilizado sela.

Tanto os profissionais que participavam quanto os cavalos passaram por um treinamento antes de serem usados na terapêutica. Cada idoso tinha o seu cavalo e era acompanhado por dois laterais - profissionais e/ou estagiários na área de Equoterapia - que davam os comandos e auxiliavam na execução dos exercícios para segurança dos idosos, e um guia para o cavalo.

Os idosos eram levados por seus cuidadores, dependiam desses para irem até a ANDE realizar a equoterapia, o que as vezes era um problema. Os sujeitos apresentaram diferentes conceituações de o que era a Equoterapia, sendo definida como *tratamento, uma atividade, uma terapia com cavalos e exercícios com cavalos*. A maioria dos sujeitos já haviam *ouvido falar* sobre a equoterapia, mas foi a primeira vez a que vivenciaram.

Bom, eu não conhecia quase nada, muito pouco. Eu já tinha lido algumas coisas, não muitas porque é pouco difundida a equoterapia, confesso a você, mas eu já sabia, por exemplo, os resultados da equoterapia com crianças que nascem com problemas, entendeu, isso eu já sabia, já tinha consciência um pouco profunda. Ninguém sabe, há

um pouco de mistério na equoterapia porque ela consegue transformar pessoas, tá certo. (Idoso J)

Olha pra mim é uma coisa, é uma surpresa, porque eu não sabia o que era a equoterapia, não tinha a menor ideia. (Idoso G)

Eu, assim, já tinha visto falar e nunca tinha acompanhado ninguém fazendo né, mas eu sempre soube que... que a terapia usando cavalo era uma coisa muito boa em termos de emocionais né, de dar segurança, de dar leveza e também a questão de estimular áreas do cérebro né, porque o movimento do cavalo faz outros movimentos que o cérebro não tá acostumado a fazer, então é como se estivesse estimulando áreas! Isso eu sabia antes de ir lá! (Cuidadora B)

Só ouvia falar que os exercícios com cavalo era bom e tudo, tanto é que a gente foi e levou ele! (Cuidadora M)

A equoterapia ministrada na forma do programa educação/reeducação, com exercícios simples, sequências curtas, é um exercício que desperta reatividade positiva, grande aderência, longa permanência, relatos de sucesso na prática e autonomia do praticante idoso. E esse protocolo de intervenção, mostrou-se de fácil aprendizagem para os idosos, baixa dificuldade para execução, motivando maior interação entre cavalo e cavaleiro, baixo estresse durante as práticas, maior segurança e prazer na atividade²⁹. Temos essa comprovação com a frequência dos sujeitos entrevistados que não faltavam ou queriam faltar as sessões, mesmo com algumas dificuldades impostas por alguns cuidadores. E os relatos dos mesmos demonstram os ganhos e os benefícios que tiveram, comprovando o que já se tem na literatura e acrescentando outros não mensurados, uma vez que a Equoterapia não tem sido um objeto de abordagens etnográficas.

Muito bom! Eu ia sempre com o bom humor. E gostaria de ter outra vez. [...] Foi ótima, foi ótima mesmo viu! Eu no começo, estava com muito medo. Medo mesmo!

Depois fui acostumando, acostumando, e depois eu já fazia assim (abriu os braços), já fazia assim (colocou os braços para trás e cruzou as mãos), já fazia assim (imitou o abraço ao cavalo) de todas as formas! E fiquei triste quando tudo acabou! Trouxe mudança. Muita mudança! Até na cabeça! Foi uma mudança bem grande. (Idosa O)

Foi uma experiência gostosa, primeiro pelo convívio com pessoas, eu sou um ser que como humano que gosta, não é que todos os humanos gostem de conviver com muitas pessoas, mas eu gosto de conviver com pessoas, principalmente pessoas que tenham um determinado nível que me permite manter diálogo, que me permite é conversar e sei lá, me permite o convívio! E isso eu encontrei na equoterapia e foi muito bom. E uma das coisas que me surpreendeu muito foi exatamente essa, o (instrutor), por exemplo, me castigou... 'E o nome dessa égua?', depois eu falando com a minha neta ela disse, 'Mas vô, você não sabe o nome da sua égua?', digo 'Não!' Ela tem apenas 8, 9 anos. Mas essas coisas me foram muito agradáveis. Entendeu? Eu não entendi isso como uma espécie de querer me perseguir, você insiste todo dia, pergunta, e aí eu descobria porque você tá (insistindo com as perguntas), estão tentando reativar a sua memória, eu interpretei a coisa dessa forma e gostei, a experiência me foi boa. [...] Também foi muito saudável conhecer vocês, foi um ambiente novo, totalmente novo pra mim tá! [...] É provável que isso se reflita mais no futuro se eu consiga viver mais alguns anos. É provável que tenha reflexos e reflexos altamente positivo, diga-se de passagem, que a equoterapia poderá me trazer pro futuro. Mas a equoterapia me ajudou então a mergulhar um pouco mais fundo pra essa convivência. Hoje eu tô prestando mais atenção no mundo, que eu leio, sabe? Porque eu sinto que quanto mais a gente obriga a nossa memória a manter o conhecimento, não o esquecimento, mais a gente pode tirar proveito da vida. (Idoso J)

Valeu a pena, aprendi muita coisa, vi muita coisa, mas não tenho queixa, não tem reclamação, adorei, se tivesse sido chamado novamente pra novas oportunidades eu estaria presente ali! Gostei, me ajudou muito, tanto lá na distância (atividades fora do picadeiro), como ali mais próximo (atividades dentro do picadeiro) também foi muito bom! Gostei muito dali! (Idoso N)

Alguns ganhos percebidos pelos próprios idosos também foram percebidos por seus cuidadores. Algumas das mudanças percebidas foram nos aspectos funcionais, sociais, comportamentais e emocionais.

Durante teve muito! Porque ele não esquecia o dia, podia saber. Ele não esquecia o dia, ele se arrumava, ele se vestia, ele se barbeava, porque isso ele faz tudo né, e gostava de ir. (Cuidadora V)

Melhorou muito o aspecto físico dele, ele tá mais animado porque ele vivia calado, sabe? Na dele assim. Ele despertou mais, tá ativo, participa. Mas é assim, a cabeça não pode contar! A parte do corpo foi excelente, inclusive eu senti que ele ia comer, ele tava começando a tremer, cabô! Sabe? Assim que ele começou exercício lá, a gente comia aqui no restaurante e eu observei que ele tremia, dava umas tremida na mão. Ai eu fiquei preocupada, falei 'Ai meu Deus o que que vai ser?'. Começou o exercício lá acabou tudo! Faz tudo direitinho, é só a cabeça mesmo, quanto ao corpo tá maravilhoso! (Cuidadora M)

O que eu posso dizer é que sempre que eu dizia que a gente ia ele falava que não queria ir, não tinha boa vontade pra ir, mas eu percebia que na hora que terminava a aula ele ficava enrolando pra sair de lá! Então assim, eu acho que é um pouco criança né, que não quer ir pra festa, depois que chega na festa não quer sair, então isso é que eu posso falar assim que eu percebi! (Cuidadora B)

Uma das cuidadoras relata ainda que ela teve benefícios com o fato de estar acompanhando o idoso e enquanto ele estava praticando a Equoterapia, ela teve a oportunidade de conviver e trocar experiências com os outros cuidadores que acompanhavam os seus idosos. Uma rede de troca de experiências passou a acontecer:

Num certo sentido assim eu me senti muito sozinha porque eu não tinha, eu nunca tinha conversado com outras pessoas que estavam vivendo a mesma situação que eu, então lá, apesar da limitação do tempo curto né, do contato, assim, só de ver como cada pessoa cuidava do seu ou não cuidava, era uma aprendizagem, então isso aí eu achei legal sabe? Cê conviver com outras pessoas na mesma situação, isso eu achei importante! (Cuidadora B)

Ainda, quando questionados sobre a experiência e o que puderem adquirir em forma de benefícios, as cuidadoras foram questionadas se valeria a pena estendê-la a outros e se as mesmas indicariam a Equoterapia todas as respostas foram que *sim*, indicariam. E quando questionadas se indicariam somente para idosos com Alzheimer, as respostas foram *não* e a justificativas foram:

Com certeza indicaria! Eu acho que pra tudo! Depende da pessoa gostar, ela tem que procurar o que ela gosta. Se for pra tratamento indico como tratamento, se for pra lazer com certeza! (Cuidadora Z)

Pra muitas outras situações! Assim, isso aí eu não tenho dúvida não, eu tive crianças com esses problemas todos que faziam equoterapia, assim, que eu acompanhava, né, eu acho que... mesmo lá, ficava vendo tinha umas crianças autistas, , tinha algumas que dava pra perceber que elas tinham prazer de tá ali né, dava pra perceber que estavam curtindo! (Cuidadora B)

A equoterapia parece ser uma alternativa de tratamento, não farmacológica. Pode ser definida como uma prática integrativa e complementar (PIC). Essas práticas configuram-se em sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde. Isso se dá por meio de tecnologias que se pautam por uma:

“escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (...) a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado”³⁰

A equoterapia é uma atividade que envolve benefícios físicos e cognitivos adequada para promoção de saúde da pessoa idosa com demência. A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, gerou a Carta Ottawa, documento que definiu o campo da promoção da saúde como de políticas públicas saudáveis; de ambientes favoráveis à saúde; de ênfase na ação comunitária; de criação de habilidades pessoais. Isso tudo significava uma mudança de paradigma da doença para a saúde e na corresponsabilidade do cuidado ao permitir a autonomia dos sujeitos³¹. A equoterapia enfatiza o paradigma da saúde ao repassar o cuidado para o indivíduo na interação com o animal. Além disso, ao não focar no adoecimento da demência, potencializa outras dimensões da vida do sujeito que permitem amenizar a demência. As narrativas dos idosos revelam dimensões do viver com demência que foram experimentadas de outra maneira a partir da equoterapia, amenizando o adoecimento.

5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou uma discussão a partir de pessoas que vivenciam o envelhecimento com percalços causado pela demência. Foram observadas alterações corporais que geraram declínio funcional e quando percebidas pelos sujeitos resultaram em frustrações e alterações comportamentais. Lidar com esse processo e viver essa etapa da vida não estão sendo momentos fáceis nem para o idoso e nem para quem convive com o mesmo.

No caso dos sujeitos dessa pesquisa, o diagnóstico de demência de Alzheimer foi vivido como algo inesperado, indesejável, incurável, agressivo e progressivo, o que afetou os idosos, seus familiares. Esses idosos apresentaram dificuldades em determinadas atividades rotineiras, no convívio social, no relacionamento com filhos e esposas, tornando os idosos vulneráveis e depressivos.

Na percepção desses idosos, a maneira como definem saúde e qualidade de vida revela que pouco se alterou com a presença do Alzheimer, mas muito melhorou após a Equoterapia.

A equoterapia foi uma experiência inédita para idosos e cuidadores. O receio quanto aos riscos de um idoso montar o cavalo e os movimentos executados sobre o mesmo foram vencidos logo na primeira semana. Como não havia um protocolo fixo, cada dia era uma novidade para os sujeitos. Foram realizadas atividades dentro do picadeiro coberto, na pista de areia e passeios pela propriedade. Isto reavivou o espírito de aventura em cada praticante, estimulando a coragem para encarar e vencer desafios, mostrando que ainda são capazes. Dentre as atividades realizadas estavam o controle das rédeas para conduzir o cavalo, onde eram estimulados a concentração e memória para guardar os comandos, além da parte motora. Dessa maneira, acabavam por vivenciar o controle sobre muito mais que o animal em si.

A equoterapia foi vista como um tratamento, uma prática, que também poderia ser realizada por lazer. Tornou-se um momento de encontro entre os idosos que a praticaram e os cuidadores que observaram todo o processo e puderam trocar informações e experiências entre si.

No início do processo, a equoterapia foi vista com cuidado e receio, que logo foi substituído pela curiosidade de saber o que o idoso faria sobre o cavalo naquele dia. Ao longo das semanas, os idosos já começaram a sentir alterações positivas em aspectos físicos e comportamentais dos sujeitos, melhorando a disposição, dando-lhes oportunidade de autoconhecimento para que modificassem o quadro de fragilidade e os tornando os principais responsáveis por seus ganhos e evoluções. Neste contexto, a equoterapia parece ser uma alternativa, não farmacológica, adequada para promoção de saúde de pessoas idosas com demência de Alzheimer.

6-REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE). *Sinopse dos resultados do Censo 2010*. Brasília: IBGE; 2010.
4. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). *Perfil dos idosos no Distrito Federal, segundo as Regiões Administrativas*. Brasília: Governo do Distrito Federal, 2013.
5. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior. CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 25-35.
6. Burlá C, Camarano A A, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Cien Saude Colet* 2013;18(10):2949-2956.
7. Pavarini SCI, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiondo MSZ, Filizola CLA. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2015 mai 20]; 10(3):580-590 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a04.pdf>
8. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev Lat Am Enfer* [serial on the Internet]. 2010 may-jun [cited 2016 mai 25];18(3):459-466. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/23.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
10. Kucek SS, Ferrari RMRC. Tratamento da fibromialgia utilizando a equoterapia. In: *Equoterapia: associação nacional de equoterapia*. Brasília: ANDE Brasil; 2004. p.16-21.
11. Cirillo LC. *O cavalo e a equitação: conhecimentos fundamentais*. Brasília: Athalaia; 2006.
12. Santos SLM. *Fisioterapia na equoterapia: análise de seus efeitos sobre o portador de necessidades especiais*. São Paulo: Idéias e Letras; 2005.
13. Araújo CTA, Bretón LA, Harakawa LSK; Freitas SDB. Equoterapia e interdisciplinaridade. *Equoterapia: associação nacional de equoterapia*. Brasília: ANDE Brasil; 2005. p.10-13.
14. Minayo MC, Deslandes S, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Ed. Vozes; 2012.

15. Montañó MBMM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saude Publica* 2005; 39(6):912-917.
16. Giacomini KC, Firmo JOA. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. *Cien Saude Colet* 2015;20(12):3631-3640.
17. Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos Psicol* [periódico na Internet]. 2008 out-dez [acessado 2015 abril 30]; 25(4):585-593. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>
18. Lopes A. Dependência, contratos sociais e qualidade de vida na velhice. In: Simson ORMV, Neri AL, Cachioni M, organizadores. *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas: Ed. Alínea; 2003. p. 129-140.
19. Debert GG. Velhice e tecnologias do rejuvenescimento. In: Goldenberg M, organizador. *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011. p. 65-82.
20. Siqueira R, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Cien Saude Colet* 2002;7(4):899-906.
21. Caradec V. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do corpo. In: Goldenberg M, organizador. *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011. p. 21-44.
22. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saude Colet* 2012;17(1):123-133.
23. Wimo A, Religa D, Spangberg K, Edlund A K, Winbland B, Eriksdotter M. Costs of diagnosing dementia: results from SveDem, the Swedish Dementia Registry. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28(10):1039-1044.
24. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Pereira DS, Martins MAA, Tirado MGA. The effects of hippotherapy on elderly persons' static balance and gait. *J Phys Ther Sci* 2014;26(1):25-7.
25. Lopes MA, Bottino CM. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr* 2002;60(1):61-69.
26. Caldas CP. O idoso em seu processo demencial: o impacto na família. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002. p. 51-71.
27. Abreu I, Fortalenza O, Barros H. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiquiatr Clinica* 2005;32(3):131-136.
28. Parente MAMP, Wagner GP. Teorias abrangentes sobre envelhecimento Cognitivo. In: Parente MAMP, editor. *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2006. p. 32.
29. Araújo TB, Silva NA, Costa JN, Pereira MM, Safons MP. Protocolo de intervenção de equoterapia para idosos. *Rev Digital* [periódico na Internet]. 2010 may [acessado 2015 abr

30]; 144. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd144/intervencao-de-equoterapia-para-idosos.htm>

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

31. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saude Pública* 2009;25(8): 1732-1742.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no mínimo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com

espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos. 2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/keywords), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua

original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores) - Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, OliveiraFilho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor - The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284
3. Sem indicação de autoria - Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento - Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário - Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor - Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor - Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Instituição como autor - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
9. Capítulo de livro - Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. Resumo em Anais de congressos - Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos - Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.
12. Dissertação e tese - Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.
Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal - Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12 Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
14. Material audiovisual - HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
15. Documentos legais - Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico - Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico - CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador - Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: “EFEITO DA EQUOTERAPIA NA APTIDÃO FUNCIONAL, MEMÓRIA E FUNÇÕES EXECUTIVAS DE IDOSOS COM DEMÊNCIA FASE I.”

Pesquisadora Responsável: THAIS BORGES DE ARAUJO

Data de Entrada: 11/12/2014

CAAE: 36213314.9.0000.0030

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu APROVAR o projeto intitulado “EFEITO DA EQUOTERAPIA NA APTIDÃO FUNCIONAL, MEMÓRIA E FUNÇÕES EXECUTIVAS DE IDOSOS COM DEMÊNCIA FASE I”. Parecer nº 949.732, em 03 de fevereiro de 2015.

Notifica-se o(a) pesquisador(a) responsável da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sobre o desenvolvimento do projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da data de aprovação.

Brasília, 04 de março de 2015.

Prof. Dra. Marie Togashi
Coordenador do CEP-FS/UnB

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO-FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **Efeito da Equoterapia na Aptidão Funcional, Memória e Funções Executivas de Idosos com Demência Leve a moderada**, sob a responsabilidade do pesquisador Thais Borges de Araujo. O projeto pretende estudar os efeitos da equoterapia no equilíbrio corporal, capacidade funcional e memória de idosos. Sabe-se que exercícios que trabalhem o equilíbrio e a flexibilidade, são fundamentais para a saúde da população idosa, considerada mais frágil devido às doenças crônicas prevalentes e o sedentarismo. Por isso, é importante que os pesquisadores e a comunidade descubram se a equoterapia é capaz de trazer benefícios para população, melhorando a qualidade de vida e diminuindo desta maneira o risco de queda e melhorando as funções executivas.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar os efeitos de 20 sessões de equoterapia, sobre o equilíbrio, aptidão funcional memória e função executiva em idosos. Para isso, serão realizados questionários de identificação dos participantes, de avaliação da memória e da função executiva, além de testes de equilíbrio com uma plataforma de força. Durante os testes de equilíbrio o Senhor (a) irá subir e ficar em pé sobre uma plataforma horizontal, fixada no solo, 3 vezes, durante 30 segundos cada.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação se dará por meio de sessões de equoterapia que acontecerão gratuitamente no Instituto Cavalo Solidário, localizado no Núcleo Rural Alexandre Gusmão, Chácara 3/465 – DF. Os participantes serão transportados gratuitamente, por meio de um ônibus que sairá da Faculdade de Educação Física (FEF) da Universidade de Brasília com destino ao local aonde serão realizadas as sessões de equoterapia. As sessões terão duração aproximada de 30 minutos, serão realizadas durante 10 semanas, com uma frequência de 2 sessões por semana e serão supervisionadas por uma equipe de professores de educação física e fisioterapia. É possível e normal que, nos primeiros dias, algumas pessoas sintam certo desconforto por causa da adaptação aos exercícios, como dores no corpo e cansaço naturais da prática de atividade física.

O treinamento oferece riscos de queda, pois o cavalo é um animal irracional e pode ter reações que propiciem quedas. Contudo, visando minimizar os riscos de acidentes, todos os animais utilizados no estudo são treinados para esse tipo de terapia, além do treinamento do animal cada participante será guiado por um auxiliar guia treinado e terá mais 2 profissionais acompanhando o senhor de cada lado do animal. Essas medidas de segurança visam minimizar os riscos de acidentes. Como benefício, ao final da sequência das sessões de equoterapia espera-se melhoras no equilíbrio, capacidade funcional, memória e função executiva.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja danos diretos e indiretos decorrentes da pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Thais Borges de Araujo, na Universidade de Brasília no telefone (61)81656995 ou (61) 31072557 (no telefone fixo o horário de atendimento é de 8hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de das 10:00hs às 12:00hs e das 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a) ou responsável legal.

Nome / assinatura/ (ou responsável Legal)

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APENDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Roteiro entrevista semiestruturada idoso

- O que é envelhecer (ou envelhecimento) para o senhor(a)?
- Como foi envelhecer para o senhor?
- Como anda a sua memória?
- O senhor(a) acha que anda perdendo memória (ou que ela está afetada)? (Se sim, porquê? E o que acha que ocasionou isso?)
- O(a) senhor(a) achou (ou acha) ruim essa falta de memória?
- Houve (ou há) algo de bom em estar (ou ter) perdido a memória?
- O senhor faz algum tratamento além da equoterapia? (Se sim, quais e por quais motivos)
- O que o senhor(a) entende por saúde? E adoecimento?
- Considera-se saudável? (Se sim, porque e o que faz para se manter saudável? Se não, porque e o que é necessário para ser saudável?)
- O que é qualidade de vida para o senhor(a)?
- Como qualificaria a sua qualidade de vida? (Se considera boa, o que faz para mantê-la? Se considera ruim, porque e o que falta para ou seria necessário para tê-la?)
- O que é equoterapia para o senhor?
- Como está sendo sua experiência com a equoterapia?
- O que a equoterapia trouxe de mudança na sua vida? (Quais os benefícios ou malefícios que teve?)

Roteiro entrevista semiestruturada cuidador

- O que você entende por envelhecimento?
- Como você percebe (ou lida) com o processo de envelhecimento do(a)-pai, mãe, marido, mulher, avô, avó-?
- Como foi para você saber do diagnóstico de Alzheimer nesse idoso?
- O que mudou na sua vida (ou no seu relacionamento com esse idoso) após o diagnóstico? (Teve somente malefícios ou houve algo de bom?)

- Como você avaliaria a memória desse idoso?
- O que você entende por saúde? E adoecimento?
- Você considera esse idoso saudável? (Se sim, porque? Se não, porque e o que seria necessário ou possível fazer para torná-lo saudável?)
- Pra você o que é qualidade de vida?
- Você considera que esse idoso tem qualidade de vida? (Por quê? Caso a resposta tenha sido não, o que lhe proporcionaria qualidade de vida?)
- Esse idoso já fez ou faz outra terapêutica, além da equoterapia? (Se sim quais?)
- O que entende por equoterapia?
- Houve alguma mudança na vida desse idoso após o início da equoterapia? (Positivas, negativas, quais e porque você acha que elas ocorreram?)
- O que a equoterapia trouxe de mudança na sua vida? E no seu convívio com esse idoso?
- Você indicaria a equoterapia como terapêutica (ou prática de saúde)? Porque? (Se sim, somente para pessoas com Alzheimer? Ou somente para idoso?)