



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

ISSN: 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Casamasso Machado da Costa Habib, Ana Lucia; Pereira Caldas, Célia
O trabalho de consciência corporal humanizado em idosos com transtorno cognitivo
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 11, núm. 1, 2008, pp. 117-128
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838777011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O trabalho de consciência corporal humanizado em idosos com transtorno cognitivo

The humanized work of corporal conscience in elderly people with cognitive impairment

Ana Lucia Casamasso Machado da Costa Habib^a
Célia Pereira Caldas^b

Resumo

Com o aumento da expectativa de vida em muitos países, houve um aumento da incidência e prevalência de enfermidades incapacitantes dentre elas os transtornos cognitivos. Sendo o processo de envelhecimento multifatorial e singular, e o idoso muitas vezes tido em uma vertente exclusivamente fenomênica. O presente estudo teve por objetivo verificar na literatura se o trabalho de consciência corporal humanizado otimiza o processo de cognição em pacientes idosos com transtorno cognitivo. A metodologia empregada foi a revisão bibliográfica com uma perspectiva crítica. Concluiu-se que existe uma carência eminente de estudos que desenvolvam estratégias que viabilizem a prevenção, o adiamento e o tratamento dos processos demenciais, bem como, do aspecto humano relacionado ao processo de cognição.

Palavras-chave:
idoso; técnicas de
exercício e de
movimento;
transtornos
cognitivos;
humanização da
assistência; preven-
ção primária

ABSTRACT

With the increase of life expectancy in many countries, there has been an increase of the incidence and prevalence of disabling diseases, among which cognitive impairment. The process of growing old is multifactorial and individual, and the elderly is many times seen in an exclusively phenomenonic view. The aim of this study was to verify if the humanized corporal conscience work can optimize the cognitive process in elderly with cognitive impairment. The methodology employed was the bibliographic critical review. The conclusion reached was that there is an eminent lack of studies that develop strategies that enable revention, the postponement and the treatment of demential processes, as well as the human aspects related to the process of cognition.

Key words: aged;
exercise movement
techniques;
cognition disorders;
humanization of
assistance; primary
prevention

Correspondência / Correspondence
Ana Lucia Casamasso Machado da Costa Habib
Rua Madre Francisca Pia, 909 - Quarteirão Ingelhein
25675-222 - Petrópolis, RJ, Brasil
E-mail: analucia.habib@oi.com.br

INTRODUÇÃO

“A singularidade é um aspecto marcante do processo de envelhecimento. Diferentes indivíduos envelhecem de diferentes maneiras.”¹

Sendo o processo de envelhecimento do ser humano de natureza multifatorial, envolvendo diferentes e individualizadas vertentes físicas, psíquico-emocionais, socioculturais e existenciais, é ressaltado que: “O processo de envelhecimento na vida dos indivíduos permanece ainda, como um dos pontos mais complexos, obscuros e críticos para a ciência (...)”.² Em nosso entendimento, isso demonstra a ampla necessidade da elaboração de estudos a este respeito.

O presente estudo é uma revisão crítica da literatura nas seguintes áreas: Gerontologia social, Gerontologia biomédica e Fisioterapia, pois se refere a uma das muitas vertentes biológicas, psicológicas e sócio-históricas do envelhecimento, associada a uma possibilidade de acompanhamento fisioterapêutico.

O tema abordado é o trabalho de consciência corporal humanizado como otimização do processo de cognição em idosos com transtorno cognitivo. Para melhor compreensão das etapas a serem desenvolvidas neste estudo, será realizada a seguir a definição dos termos e expressões relacionados ao tema proposto.

O trabalho de consciência corporal humanizado, segundo Habib,³ prevê que tanto o fisioterapeuta quanto o idoso possam “apossar-se de forma consciente do corpo, sê-lo verdadeiramente, tornando-o signo axiológico de uma existência humana”. Isso representa um processo abrangente que se inicia

no olhar do terapeuta durante a percepção do seu paciente. Neste momento, é necessário abster-se do olhar puramente fenomênico, impregnado de pré-concepções, que impedem o desvelar da essência do idoso (fenômeno) a ser considerado. É ir além da concepção de um corpo físico composto de ossos interligados por cadeias musculares, que se relacionam na busca de um equilíbrio estático e dinâmico, comandados por um emaranhado de redes neuronais. É saber-se ser-existente, ser-presente, em pleno estado de carência, privação e vacuidade, lançado em um mundo de circunstâncias e facticidade, e assumindo-se como possibilidade de vir a ser.

Segundo Merleau-Ponty,⁴ “só posso compreender a função do corpo-vivo realizando-a eu mesmo e na medida em que sou um corpo que se levanta em direção ao mundo (...) a consciência do corpo invade o próprio corpo”. Dessa forma, no presente estudo, tudo o que se relaciona ao termo corporal se refere “ao corpo como veículo da própria existência, como possibilidade de ser e estar inserido em um mundo como uma possibilidade de vir-a-ser através de um contexto de historicidade e temporalidade”.⁵

Tal abordagem pode ser corroborada pelo pensamento de Caldas,⁵ quando nos fala: “O cuidado existencial é um importante componente do cuidado e ocorre quando aquele que cuida compreende o mundo subjetivo do outro, vivencia a união com este e expressa-a de tal forma que a singularidade de cada um emerge, surgindo a dimensão da intersubjetividade, de onde é possível respeitar-se a liberdade de Ser de cada um. Portanto o cuidado existencial entre duas pessoas transcende o tempo, espaço e o cotidiano”.

Nesse contexto, o idoso é tido por um “Ser Humano”, com plena possibilidade de

“Ser Humano”, ou seja, de exercer a sua humanidade na essência de sua expressão. O idoso é um Ser Humano em processo vivencial do envelhecimento físico, psíquico, social, existencial, vinculados a sua historicidade e temporalidade; é capaz de ser ou se tornar côncio de suas reais necessidades e de suas capacidades e limitações de supri-las na concretização de uma melhor qualidade de vida.

A necessidade de se conceber e perceber o idoso por esta ótica de humanização é destacada no pensamento de Guerreiro:¹ *“Assim, o envelhecimento em nossa sociedade constitui-se num duplo desafio, pois não só é necessário o enfrentamento das mudanças inerentes ao envelhecimento, mas também, em grande parte as vezes, implica o resgate, ou melhor, a conquista de uma condição de dignidade humana até então não alcançada”*.

Já o termo cognição, segundo Sanvito,⁶ se refere aos *“processos mentais, relacionados fundamentalmente com o pensamento, mediante os quais o indivíduo adquire conhecimentos, faz planos e soluciona problemas”*.

Para Guerreiro,¹ *“O termo cognição refere-se a funções/capacidades que possibilitam ao homem a aprendizagem constante e o planejamento de estratégias para sua adaptação ao meio ambiente. Em seu movimento de interação com o ambiente externo, o homem, a partir de suas criações, transforma e se transforma num contínuo processo dialético em que sujeito e objeto se alternam em um contínuo dinamismo”*.

Os idosos são amplamente acometidos em sua saúde por doenças de caráter crônico e progressivo, que envolvem comprometimentos dos sistemas vasculares, articulares e ner-

voso, dentre outros. Neste aspecto, as habilidades cognitivas dos idosos sofrem alterações que podem interferir na sua capacidade de se relacionar com o mundo circundante – ou seja, com tudo e todos, inclusive com ele mesmo. O envelhecimento normal apresenta um declínio gradual das funções cognitivas, sendo a perda da memória a que mais se destaca na atenção da população em geral, já que compromete pequenas tarefas relativas às atividades de vida diária. A grande preocupação se encontra na possibilidade de a perda da memória representar a existência ou a possibilidade futura de um quadro demencial. Para Néri,⁷ *“a manutenção da cognição é um determinante crítico da qualidade de vida na velhice e da longevidade (...). O declínio cognitivo é associado a desconforto pessoal, perda de autonomia e aumento dos custos sociais.”*

A partir de estudos sobre envelhecimento e demência, é possível destacar três grupos de sujeitos na classificação das demências: aqueles que são demenciados, aqueles que não são demenciados e um terceiro grupo de indivíduos que não podem ser classificados como sendo normais ou demenciados, embora possuam prejuízo cognitivo, predominantemente mnêmico.⁸

Portanto, os transtornos cognitivos aqui considerados são os descritos por Guerreiro,¹ como *“os déficits cognitivos significativos apresentados pelo idoso que não se enquadre nos critérios diagnósticos de demências ou de outra patologia conhecida (...)”*.

Dois aspectos se destacam na opção por trabalhar com este tema. Primeiro, é a preocupação com o processo de fragmentação e

de “coisificação”, do paciente. A ocorrência de tal procedimento leva a um processo terapêutico desumanizado, aquém da percepção e concepção da complexidade de conformação do Ser humano, sobretudo quando se refere ao idoso, já que este muitas vezes vivencia a necessidade de resgatar sua função social. O outro aspecto se refere à possibilidade de contribuir para um processo de envelhecimento bem-sucedido, visto que estamos tratando da prevenção e/ou do retardamento do declínio cognitivo, através de um trabalho corporal.

A revisão de literatura a respeito de tal questão irá trazer à tona algumas das lacunas existentes nesta área do conhecimento, iluminando novas possibilidades de pesquisas, principalmente de estudos clínicos. Tal estudo irá proporcionar, ainda, uma reflexão sobre a abordagem humanizada do idoso, assim como da possibilidade de se ter o trabalho corporal como um novo recurso para a manutenção e/ou melhora do processo de cognição no idoso. Isto tudo representaria um grande impacto na qualidade de vida dos idosos bem como na minimização dos custos empreendidos pela sociedade no acompanhamento dos idosos com transtornos cognitivos.

Assim, tem-se por objetivo verificar, na literatura, se o trabalho de consciência corporal humanizado otimiza o processo de cognição em pacientes idosos com transtorno cognitivo. Isso será realizado a partir das seguintes etapas: revisão de literatura sobre trabalho de consciência corporal humanizado, revisão de literatura sobre transtorno cognitivo em

idosos, revisão de literatura sobre trabalho corporal em idosos com transtorno cognitivo, leitura crítica dos artigos selecionados.

METODOLOGIA

Tendo em vista o grande arsenal de informação científica disponível no meio acadêmico, optou-se pela revisão bibliográfica, já que as pesquisas na atualidade nunca partem de um marco zero, mesmo sendo de caráter exploratório. A referenciação das conclusões mais importantes permite enfocar as contribuições proporcionadas pelo trabalho desenvolvido, assim como mostrar as contradições ou reafirmar comportamentos e atitudes.⁹

Desta maneira, a pesquisa bibliográfica não representa uma repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas sim a possibilidade do exame de um tema à luz de um novo enfoque, um novo olhar, chegando a conclusões inovadoras.⁹

Na primeira etapa do trabalho foram utilizadas como bases de dados livros clássicos, dissertações e teses. Em um segundo momento, as bases de dados foram Bireme, tendo como descritores *transtorno cognitivo*, *idoso* e *memória* e o Pubmed, com os descritores *cognition disorders*, *memory disorders*, *cognition disorders aged*, *body image aged* e *physiotherapy aged*. Não foram encontrados artigos com os termos trabalho corporal x transtorno cognitivo leve; trabalho corporal x déficit de memória e trabalho corporal humanizado. O período pesquisado foi de 2002 a 2006, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram selecionados 11 artigos para a realização da pesquisa.

UMA VISÃO HUMANIZADA DO TRABALHO CORPORAL COM O IDOSO

*“Hay lugares de excelente silencio-el cual no es nunca silencio absoluto. Cuando callan por completo las cosas en torno, el vacío de rumor que dejan exige ser ocupado por algo, y entonces oímos el martilleo de nuestro corazón, los latigazos de la sangre en nuestras sienas, el hervor del aire que invade nuestro pulmones y que luego huye afanoso (...)”**

O tópico que se segue abordará o trabalho corporal a partir dos preceitos da consciência corporal como valor humano proposto por Habib.³

A realidade que permeia um trabalho corporal que busca o desenvolvimento e/ou resgate da consciência corporal com o idoso abrange muito mais do que os olhos do profissional de saúde – neste caso o fisioterapeuta – pode perceber em uma visão fenomênica fundamentada em moldes positivistas de construção de um conhecimento.

Na atualidade, a relação que envolve o idoso e o fisioterapeuta se atém na sua grande maioria, a uma perspectiva puramente fenomênica, não permitindo aos olhos do observador, ir além daquilo que Heidegger denominou *physis*. Ou seja, não se torna possível atingir o que os olhos de uma visão metafísica calcada em uma ontologia fundamental

podem abranger diante de uma problemática da hermenêutica filosófica.^{**}

Dessa forma, o idoso é visto, em um número expressivo de casos, como um corpo físico composto de ossos interligados por cadeias musculares, que se relacionam através de comandos neuronais na busca de um equilíbrio estático e dinâmico. Assim, ao adentrar um contexto de trabalho corporal, o idoso é tido por sua vida biológica, representada por suas estruturas anátomo-funcionais, que envolvem a manutenção de um padrão postural e, conseqüentemente, de uma condição de consciência corporal que decorre exclusivamente de mecanismos neurofisiológicos que se relacionam ao comando das suas estruturas músculo-esqueléticas. Isto traz uma condição de *coisificação* ao idoso, que é tido por uma perspectiva desumanizada, ao ser visto apenas por sua estrutura corpórea à luz de sua concretude biológica.

Isso não significa dizer que o corpo como representação de uma condição física, ou seja, de uma vida biológica, não se apresente como parte fundamental do idoso, mas sim, que é necessário ver com olhos que vão além dos referenciais físico/biológicos.

Por isso, ao iniciar um trabalho corporal, em uma perspectiva humanizada, torna-se necessário ao profissional, ampliar o seu potencial perceptivo em relação ao idoso. Para

* Autoria de José Ortega y Gasset, publicado em Obras Completas v.1, 2ª edição, Madrid: Alianza Editorial, 1993, citado na p. 81 da dissertação de Habib.³

** Martin Heidegger (1889-1976), *Introdução à Metafísica*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1987. Citado na p. 85 da dissertação de Habib³.

isto, ele necessita se libertar de concepções passadas, de pré-conceitos arraigados em sua experiência profissional. De forma que esteja aberto, pronto para acolher, visualizar de forma transparente o idoso; querendo ter real consciência que permita conceber e perceber o idoso em sua essência. É preciso, em um primeiro momento, se abster de qualquer tipo de cognição lógico-racional, para se entregar e integrar ao idoso, como ente* que é, de forma plena. Permite, dessa forma, na busca da compreensão do mesmo, descrevê-lo inicialmente sem qualquer tipo de inferência pré-concebida. Portanto, é necessário que o profissional caminhe no desvelar o idoso em todas as vertentes que o compõem, buscando não mais ser apenas o sujeito cognoscente da construção de um conhecimento, mais sim, o sujeito e o seu próprio objeto de interesse – ou seja, o idoso, neste caso em particular, o idoso portador de um transtorno cognitivo.

Assim, o profissional faz surgir o ente idoso representativo de uma condição corpórea, porém muito mais que isto, pois é percebido por sua vertente sócio-histórica, em sua singularidade, em um processo de humanização, que emana da possibilidade de inicialmente percebê-lo, para compreendê-lo em uma perspectiva axiológica** e fenomenológica.

Dessa maneira, o ente idoso surge em sua condição de ser-carente, de ser-privado, em um estado de vacuidade, constante e ininter-

rupta. Carências, privações e vacuidades que decorrem de sua condição biológica ou fenomênica e de sua condição de ser um ser sócio-histórico, ou de sua perspectiva fenomenológica.

Portanto, sendo o idoso portador de um transtorno cognitivo, em sua condição biológica, é representativo de um ser carente de uma relação neuronal que atenda a suas necessidades cognitivas – isto tudo permeado por um contexto sócio-histórico, que envolve toda sua realidade existencial, sua relação com os outros seres, consigo mesmo e com o mundo em que vive.

Desta forma, dentro da visão proposta para iniciar um trabalho de consciência corporal humanizado, é necessário que o profissional identifique de forma radical as carências do ente idoso, tanto as fenomênicas (como por exemplo, os padrões de encurtamento de suas cadeias musculares, os transtornos cognitivos), quanto as fenomenológicas – ou seja, as necessidades que decorrem de sua condição de ser-existente, de ser um ser sócio-histórico, com a sua representatividade em um contexto social, em um contexto de vida humana.

Diante disso, não se tem mais apenas um amontoado de músculos e ossos que se movimentam a partir de mecanismos neurofuncionais, mais uma estrutura corpórea que, em sua representação corporal, é a caracterização

* Para Martin Heidegger (1889-1976), tanto um elefante quanto um fenômeno de combustão química são entes. A existência humana exige que o ente a afete; que se manifeste. Para existir, o homem tem que imergir-se e entregar-se aos entes. *Introdução à Metafísica*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1987. Citado na p. 85 da dissertação de Habib.³

** Perspectiva axiológica ou perspectiva dos valores.

de uma condição de vida existencial. Tem-se neste momento o ser-existente, o ser como pré-sença ou o *Dasein*.*

Assim, o ente idoso ao fazer-se presença, torna-se consciente de ser e estar em um mundo diante de uma condição de circunstância,** de facticidade*** a qual foi lançado sem opção de escolha – ou seja, sua condição de declínio cognitivo. Ao deparar-se com a própria circunstância, com sua facticidade, com a realidade de ser um corpo-em declínio, ou seja, um corpo inadequado à sua realidade social, descobre-se como possibilidade. Possibilidade esta que emana a opção de continuar a ser-corpo-em declínio cognitivo ou deixar de sê-lo, ou seja, de viver a própria facticidade ou de modificá-la. Isso ocorre a partir da intencionalidade de sua consciência, ao saber-se ser-carente de um corpo que venha a suprir de forma positiva essas necessidades, transformando o corpo na objetivação de suas carências, tornando o corpo uma qualidade estrutural, ou seja, um valor humano.

Segundo, Merleau-Ponty: “só posso compreender a função do corpo vivo realizando-a eu mesmo e na medida em que sou um corpo que se levanta em direção ao mundo (...) a consciência do corpo invade o próprio corpo”.⁴

Sendo assim, é a partir do potencial reflexivo, ou da potencialidade de ordenação da experiência sensível que decorre da consciência perceptiva do corpo como existência, como *Dasein*, que o ente idoso em sua perspectiva temporal existencial pode se fazer história, ou desvelar sua historicidade. Isso é explicitado ou objetivado ao manifestar-se através de seu potencial cinético/cognitivo, como signo de todos os tempos vividos e vivíveis, de forma a integrar todas as realidades que conformam a mesma existência – ou seja, a própria condição de ser-existência. Para Merleau-Ponty: “a iniciação cinética, inaugura a ligação entre um aqui e um ali, entre um agora e um futuro, que os outros momentos se limitarão a desenvolver. Enquanto tenho um corpo e através dele ajo no mundo, para mim o espaço e o tempo não são uma soma de pontos justapostos, nem tampouco uma infinidade de relações das quais minha consciência operaria a síntese e em que ela implicaria meu corpo; não estou no espaço e no tempo, não penso o espaço e o tempo; eu sou no espaço e no tempo, meu corpo aplica-se a eles e os abarca. A amplitude dessa apreensão mede a amplitude de minha existência (...)”.⁴

Esse é o momento do assumir esta consciência, que decorre de um querer-ter-consciência, para ser cura. É assim o momento de decisão do idoso de transcender a pró-

* Para Martin Heidegger (1889-1976), *Dasein* ou pré-sença representa “(...) o ente que possui em seu ser a possibilidade de questionar, ente este que cada um de nós somos”. *Ser e Tempo* – Parte I. 12^a. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002. Citado na p. 112 da dissertação de Habib.³

** Circunstância é um termo originário do pensamento de José Ortega y Gasset (1883-1956), o qual representa a realidade circunstancial do homem, o seu mundo, o contexto no qual está inserido e com o qual tem que se relacionar.¹⁰

*** Facticidade é um termo originário do pensamento de Martin Heidegger, aqui compreendido pelo Ser Humano lançado em um mundo factual predeterminado, como um artifice de seu próprio projeto de vida ou de vir a ser-Humano, em uma perspectiva de historicidade e temporalidade. *Ser e Tempo* – Parte I. 12^a. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002. Citado na p. 38 da dissertação de Habib.³

pria facticidade, de salvar a própria circunstância, ao assumir a concretude de ser-existência através da possibilidade de ser-corpo representativo de sua intencionalidade de transformar-se a partir da condição de corporeidade* – ou seja, de se encontrar inserido em um mundo como potencial cinético/cognitivo que representa não apenas uma condição músculo-esquelética e neuronal, mas uma representação da própria vida existencial do Ser do Homem.

O que se descortina de forma clara no pensamento de Ortega y Gasset, quando ele descreve que “(...) *la vida-en el sentido de vida humana, y no de fenómeno biológico- es el hecho radical, y que la vida es circunstancia. Cada cual existe náufrago en su circunstancia*”. Ou ainda quando diz que: “*Yo soy yo y mi circunstancia,** y si no la salvo a ella no me salvo yo*”.

Portanto, para possuir uma consciência corporal como uma qualidade estrutural, ou com um sentido, ou ainda com o significado de valor Humano, tanto o profissional quanto o idoso necessitam, positivamente, “aposar-se de forma consciente do corpo, sê-lo verdadeiramente, tornando-o signo axiológico de uma existência Humana”.¹⁰

TRANSTORNO COGNITIVO NO IDOSO

Com o aumento da expectativa de vida em muitos países, houve aumento da incidência e prevalência de enfermidades incapaci-

tantes. Tendo o processo de envelhecimento do ser humano aspectos multifatoriais, este pode ser acompanhado tanto pelo declínio das capacidades físicas como cognitivas. O declínio de capacidade cognitiva decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências.^{10, 11} O déficit de cognição no idoso consiste em lentidão leve, generalizada e perda de precisão, quando estes são comparados com pessoas mais jovens.¹²

Para Guerreiro, “os transtornos cognitivos e as demências levam à perda da qualidade de vida e da autonomia e ampliam o risco de morte na terceira idade”.¹³

Indivíduos idosos normais, quando acompanhados longitudinalmente, mantêm desempenho cognitivo estável, a não ser que desenvolvam um processo demencial e apresentem declínio cognitivo agudo.¹²

Um dos grandes desafios dos estudiosos na atualidade se encontra na caracterização dos limites entre o normal e o patológico, quando se trata da cognição no idoso, já que o envelhecimento cerebral vem acompanhado de alterações que se superpõem à demência de Alzheimer (DA).

Segundo Calero e Navarro, um tópico de grande interesse na pesquisa em gerontologia está na predição da deterioração cognitiva, a qual define o limite entre o transtorno cognitivo leve e a demência.¹⁴

* Corporeidade é um termo originado no pensamento de Maurice Merleau Ponty (1908-1961), e designa a essência do Ser do Homem, manifestada através do seu corpo; é a sua forma corporal de ser e estar no mundo.⁴

** José Ortega y Gasset. Obras Completas v. 1, 2ª edição, Madrid: Alianza Editorial, 1993, citado na p. 81 da dissertação de Habib.³

Por algum tempo, considerou-se a condição cognitiva do idoso como consequente a um processo de declínio cumulativo. Porém, após os anos 70, surgiu a plasticidade como foco de estudos na área da cognição, a qual Baltes, citado por Calero e Navarro,¹⁴ procurou evidenciar como um processo multidimensional, multifatorial, com trajetórias individuais. Os estudos nesta área têm demonstrado a existência de plasticidade em idosos saudáveis. Acredita-se que a plasticidade é o que diferencia os indivíduos saudáveis, daqueles com risco para demência. No entanto, Calero e Navarro concluíram que idosos com transtorno cognitivo leve (TCL) possuem plasticidade e, ainda, que a falta de plasticidade pode ser um dos fatores de risco relacionados com o declínio cognitivo.¹⁴

Dentre as funções cognitivas, tanto no envelhecimento normal, quanto no patológico, a que mais sofre alterações é a memória.¹⁵ Esse fato interfere diretamente na qualidade de vida, no processo de aprendizagem, bem como no resgate de informações importantes para o dia-a-dia do idoso.

Em um universo amostral de 234 pacientes com idade superior a 60 anos, foram encontrados 46 pacientes com declínio cognitivo, o que representa uma prevalência de 19,66%. Dos 46 pacientes, 50% apresentavam um transtorno cognitivo leve; 21,7%, transtorno moderado; e 28,2%, transtorno severo. Dentre os 46 portadores de declínio cognitivo, 36,9% apresentavam algum tipo de comprometimento da memória.¹⁵

Já Viera e colaboradores encontraram uma incidência de 9,4% de transtorno cognitivo, em um universo amostral de 286 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, sendo a maior porcentagem correspondente ao grupo etário de 85 a 89 anos. Dos portadores de transtorno cognitivo, 100% apresentavam algum tipo de comprometimento de memória.¹⁶

Segundo Calero e Navarro, em recente estudo intitulado *The Berlin Aging Study*, o qual relacionou idade e demência, na faixa etária dos 70 anos foram encontrados 17% de deterioração cognitiva, enquanto que na faixa dos 90 anos, 50% dos idosos apresentavam deterioração cognitivas.¹⁴

Acredita-se que, no envelhecimento normal, as principais alterações cognitivas associadas à memória se relacionam à atrofia cortical, um retardo progressivo do processamento de informações, dificuldades para a distribuição da atenção e ausência de estratégias para codificar a informação.¹⁵

Para Saldanha “*Existe um déficit que chamamos distúrbio cognitivo leve, também chamado de esquecimento senescente benigno, que é uma perda de memória recente que interfere nas atividades sociais, mas não é progressiva, e não afeta as outras áreas de cognição — é um déficit somente na área de memória. Estas pessoas poderão se beneficiar de estratégias de reabilitação de memória, entretanto existem alguns estudos mostrando que eles têm uma chance maior de vir a desenvolver uma doença de Alzheimer (...)*”.¹⁷

Diversos estudos mostram o maior risco dos portadores de transtorno cognitivo

leve (TCL) no desenvolvimento de processos demenciais. Segundo Guerreiro, 10 a 15% dos portadores de TCL tendem a apresentar Doença de Alzheimer no espaço de um ano. A autora ressalta a relevância da identificação destes casos e do campo que se abre para ao desenvolvimento de ações que possam prevenir ou retardar o surgimento das demências.¹³

Guerreiro acredita que “a educação no curso da vida e os trabalhos abrangentes de otimização cognitiva possam contribuir na prevenção de transtornos e promoção de vitalidade cognitiva no envelhecimento”.¹³

CONCLUSÃO

Apesar do número expressivo de estudos desenvolvidos na área da Geriatria e Gerontologia, e mais especificamente sobre a cognição no idoso, bem como seu comprometimento e em especial a memória, não foram encontrados estudos que abordassem o trabalho corporal humanizado no processo de otimização da cognição no idoso.

Dentre os autores pesquisados, é senso comum o aumento progressivo da expectativa de vida da população mundial e das doenças crônicas e incapacitantes que decorrem dessa nova realidade da população do planeta. Também é possível constatar a consciência de que o processo de envelhecimento se relaciona a aspectos físicos, cognitivos, sociais, emocionais – ou seja, que este é multidimensional. Observa-se também a grande preocupação, entre os estudiosos, em determinar os limites entre comprometimento/

transtorno cognitivo do processo demencial. Como podemos ter certeza de que estamos diante um processo de envelhecimento normal ou diante de um possível quadro demencial em fase inicial?

Porém, é consenso que um transtorno/comprometimento cognitivo leve é fator predisponente, ou mesmo determinante, para a instalação de um quadro demencial subsequente, o qual é caracterizado por um declínio cognitivo acelerado. Existe concordância, ainda, no que se refere aos fatores que predis põem o comprometimento cognitivo dentre eles, a hipertensão arterial, tabagismo, doenças vasculares, nível de escolaridade. Constatase, ainda, a grande incidência da queixa subjetiva em relação ao déficit de memória, podendo este estar relacionado a um processo de declínio cognitivo, mas também a quadros de depressão.

Ao redor do mundo, 25 milhões de pessoas são portadoras de demência. O conceito de transtorno cognitivo leve (MCI), se validado, representa uma oportunidade para a prevenção de demência.¹⁸

Tendo por objetivo verificar na literatura se o trabalho de consciência corporal humanizado otimiza o processo de cognição em pacientes idosos com transtorno cognitivo, foi possível verificar a carência de estudos na área com este tipo de enfoque.

Diante das considerações tecidas no tópico anterior, é fato a necessidade eminente do desenvolvimento de estratégias que viabilizem a prevenção, o adiamento e o

tratamento dos processos demenciais. E sendo o processo de envelhecimento multidimensional e singular, constata-se a necessidade, também, da realização de estudos que possibilitem a compreensão do idoso não apenas no que se refere ao aspecto físico do processo cognitivo aqui em questão, mas também das outras vertentes consideradas, em especial o aspecto humano aqui enfocado em uma perspectiva existencial.

REFERÊNCIAS

1. Guerreiro TC. Oficina da memória: relato de uma experiência de otimização de funções cognitivas para adultos idosos. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2000.
2. Cançado FAX, Horta ML. Envelhecimento cerebral. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 194-211.
3. Habib CMCA. Uma interpretação de consciência corporal como valor humano em um contexto de uma educação e reeducação corporal. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Castelo Branco; 2001.
4. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1996. 662 p.
5. Caldas CP. O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo de demência. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2000.
6. Sanvito WL. O cérebro e suas vertentes. 2. ed. São Paulo: Rocca; 1991. 223 p.
7. Neri AL. Envelhecimento cognitivo. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1236-51.
8. Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. 1537 p.
9. Marconi M, Lakatos E. Fundamentos de metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2006. 315 p.
10. Damasceno BP. Envelhecimento cerebral problema dos limites entre o normal e o patológico. Arq Neuropsiquiatr 1999; 57(1).
11. Charcat-Fichman H, et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. Rev Bras Psiquiatr 2005; 27(12): 79-82.
12. Argimon IIL, Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. Cad Saúde Pública 2005 jan/fev; 21(1): 64-9.
13. Guerreiro TC. Desempenho de memória em alunos da UnATI-UERJ que

NOTAS

- ^a Fisioterapeuta, Mestre em Ciência da Motricidade Humana pela Universidade Castelo Branco. Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Castelo Branco. Especialista em Geriatria e Gerontologia pela UERJ.
- ^b Enfermeira, doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Ney da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pós-doutorado em Gerontologia pela Universidade de Jönköping, Suécia. Professora adjunta na Faculdade de Enfermagem da UERJ e vice-diretora na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ).
E-mail: celpcaldas@hotmail.com

- participam de um programa de otimização cognitiva. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
14. Calero DM, Navarro E. Relationship between plasticity, mild cognitive impairment and cognitive decline. *Arch Clin Neuropsychol* 2004 ago; 19: 653-60.
 15. Carrillo Casanova P. Estudio clínico de las principales causas de trastornos cognoscitivos en la atención primaria. *Revista Cubana de medicina general integral* 2001 jul./ago; 17(4).
 16. Viera Gómez N., et al. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev Cubana Med* 2003; 42(1):12-7.
 17. Saldanha AL. Incapacidade cognitiva In: Saldanha AL; Caldas CP, (organizadores). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p.170-4.
 18. Burns A, Zaudig M. Mild cognitive impairment in older people. *The Lancet* 2002 dez; 360: 1963-5.

Recebido em: 28/3/2007

Revisado: 17/10/2007

Aceito: 21/11/2007