

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS: SUA EFICÁCIA
NO DESEMPENHO COGNITIVO DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS

Belinda Talarico Franceschini

São Carlos

2017

BELINDA TALARICO FRANCESCHINI

**Terapia Assistida por Animais: sua eficácia no desempenho cognitivo de idosos
institucionalizados**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Educação Especial.

Orientadora: Prof. Dra. Maria da Piedade Resende da Costa.

SÃO CARLOS

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

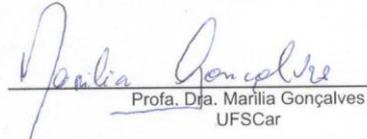
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

Folha de Aprovação

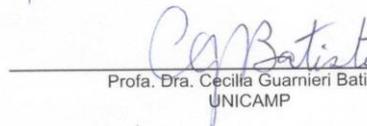
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Belinda Talarico Franceschini, realizada em 03/04/2017:



Profa. Dra. Maria da Piedade Resende da Costa
UFSCar



Profa. Dra. Marília Gonçalves
UFSCar



Profa. Dra. Cecília Guarnieri Batista
UNICAMP

DEDICO

Aos meus pais, que me deram a oportunidade de estudar e assim permitiram a realização deste trabalho.

Aos meus familiares, em especial minha irmã e meus avós, e meu namorado, que tanto me incentivaram.

Aos animais, que são minha paixão e contribuíram para a realização deste.

AGRADEÇO

Aos meus pais, Carlos e Patrícia, pela educação, atenção, apoio e carinho.

A minha irmã Letícia, pelo apoio e incentivo.

Aos meus avós, pelo incentivo e pela compreensão nos momentos de ausência.

Ao meu namorado Alysson, pelo companheirismo em todos os momentos, afeto,
incentivo e paciência.

Aos meus animais, Cindy, Frida, Pandora, Micho e Chicão, por sempre demonstrarem
carinho e me receberem com alegria, e a Thalia e Fafá, por terem sido excelentes
companheiras.

A Prof^ª Dr^ª Maria da Piedade, que aceitou desenvolver este trabalho e por ter me dado
uma ótima orientação.

Aos professores do PPGEs, por contribuírem com minha formação e proporcionado
um grande conhecimento.

A Cecília e Marília, pelas sugestões que contribuíram para o desenvolvimento deste
trabalho.

Ao CNPq, por ter propiciado melhor condição do desenvolvimento deste trabalho e de
aprendizado ao financiar esta pesquisa.

FRANCESCHINI, Belinda Talarico. **Terapia Assistida Por Animais: sua eficácia no desempenho cognitivo de idosos institucionalizados**. 2017, 80 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP, 2017.

RESUMO

O envelhecimento é um processo que traz diversas alterações biopsicossociais e atualmente este processo se torna uma realidade demográfica graças ao envelhecimento populacional. Neste cenário observa-se o aumento da prevalência de alterações cognitivas e de institucionalização em idosos, e ambos os fatores trazem prejuízos para a sua saúde. Isto aponta para a necessidade de adotar estratégias que melhorem a qualidade de vida dos idosos, e a Terapia Assistida por Animais (TAA) é uma estratégia que tem contribuído para isto. Desta maneira, o objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da TAA, mais especificamente a cinoterapia, no desenvolvimento cognitivo das pessoas idosas, bem como os sintomas depressivos. Trata-se de um estudo experimental; este tipo de delineamento visa estudar a relação entre as variáveis, e no caso deste estudo, foi analisada a relação entre a TAA e o desempenho cognitivo de idosos institucionalizados. Este estudo é do tipo pré-teste-pós-teste, visando medir o grau de mudança em cada indivíduo após a intervenção (TAA). Foram utilizados os instrumentos: Mini Exame do Estado Mental, teste de fluência verbal da categoria animais e Escala de Depressão Geriátrica (versão 15 pontos). O local do estudo foi uma Instituição de Longa Permanência do município de São Carlos e os participantes foram treze idosos residentes na mesma que apresentam indicação de declínio cognitivo por meio dos instrumentos aplicados; os participantes foram divididos em Grupo Experimental (submetido á intervenção) e Grupo Controle (não submetido à intervenção). Os dados coletados no pré e pós teste mostram que, com base nos resultados dos instrumentos e observação do comportamento dos participantes, pode-se concluir que a TAA é uma estratégia eficaz para o estado cognitivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Educação Especial. Gerontologia. Terapia Assistida por Animais. Idosos. Cognição.

FRANCESCHINI, Belinda Talarico. **Animal Assisted Therapy: its effectiveness in cognitive performance of institutionalized elders**. 2017, 80 p. Thesis (Master in Special Education) – The Education and Human Sciences Center, Federal University of Sao Carlos, Sao Carlos – SP, 2017.

ABSTRACT

Ageing is a process which brings a number of biopsychosocial changes and, now a days, this process is a demographic reality due to population ageing. In view of this it's seen the increase of the prevalence of cognitive changes and institutionalization in elderly people, both factors that are harmful for their health. This points out the necessity of a quality of life improvement strategy for elderly people, and the Animal-Assisted Therapy (AAT) is a strategy that has contributed to this. Therefore, the objective of this study is to evaluate the effectiveness of AAT, specifically Cinoterapia, in cognitive development and depressive symptoms of elderly people. This is an experimental study, therefore, it aims to explore the connection between the variables, and, specifically in this case, the relation between AAT and cognitive development of institutionalized elders. This study is the pre-test-post-test type, aiming to measure the individual level of change after the AAT intervention. The instruments used were Mini-Mental State Examination, verbal fluency test animals category and the Geriatric Depression Scale (15 points version). The location used for this study was a Long-Term Care Institution in São Carlos where thirteen residents with cognitive decline pointed by the instruments used agreed to participate. The participants were separated in two groups, the Experimental Group (subjected to intervention) and Control Group (not subjected to intervention).Based on the results of the instruments e and the behavior of the participants, the data collected before and after the test show us that AAT is an effective strategy for the cognitive performance and quality of life of institutionalized elders.

Keywords: Special Education. Gerontology. Animal Assisted Therapy. Elders. Cognition.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Envelhecimento	9
1.2	Terapia Assistida por Animais	22
2	MÉTODO	32
2.1	Desenho do estudo	32
2.1.1	Hipótese	33
2.2	Aspectos éticos	33
2.3	Local do estudo	34
2.4	Participantes do estudo	34
2.4.1	Crterios de inclusão e exclusão	35
2.5	Materiais e equipamentos	35
2.6	Instrumentos	35
2.7	Procedimentos da coleta de dados	38
2.8	Análise dos dados	39
3	RESULTADOS	39
3.1	Grupo Experimental	39
3.2	Grupo Controle	58
4	DISCUSSÃO	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
6	REFERÊNCIAS	65
7	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	72
8	APÊNDICES	74
8.1	Apêndice 1	74
8.2	Apêndice 2	75
9	ANEXOS	77
9.1	Anexo 1	77
9.2	Anexo 2	80
9.3	Anexo 3	81

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento

O processo de envelhecimento se tornou uma realidade mundial (CARVALHO e GARCIA, 2003). Dados do censo demográfico de 2010 mostram que no Brasil os idosos (indivíduos que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, têm 60 anos ou mais) correspondem a 10,8% da população, que hoje soma cerca de 190,7 milhões de pessoas; sendo assim, hoje existem aproximadamente 20,5 milhões de pessoas idosas no Brasil. Estima-se ainda que em 2025 este número aumente para 30,9 milhões de idosos, o que representará 14% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Estes dados representam o envelhecimento populacional, processo caracterizado principalmente pela transição epidemiológica e demográfica, contando com o declínio nas taxas de mortalidade e de fecundidade, que contribuem para que existam menos jovens na população e um número maior de adultos e idosos (KALACHE, 2007), bem como pelo aumento da expectativa de vida graças às inovações tecnológicas e científicas na área da saúde e melhorias nas condições de vida (VERAS et al, 2002).

O envelhecimento, que hoje é uma realidade demográfica, está intrínseco a todo o ser humano desde o momento da concepção do indivíduo, não sendo este um evento, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial (CANCELA, 2007).

Para Neri (2001) é o processo de envelhecimento do ser humano que leva ao estágio da velhice, que compreende a última fase do ciclo vital. O ciclo vital é o conjunto de fases da vida no qual ocorre uma série de transições, e compreende as etapas da infância, juventude, maturidade e a velhice. Tal ciclo ocorre porque a idade marca modificações ao longo do tempo e essas modificações, concretizadas em ciclos de vida, determinam estatutos e funções diferentes para o indivíduo.

A infância é a primeira fase pela qual passamos. Vai desde o nascimento até os 11 anos de idade. Nesta fase se inicia o aprendizado, tudo ainda é novo e nesse momento começamos a descobrir o mundo e interagir com outras pessoas. Aprendemos a falar, andar, se iniciam os estudos. Tudo isto é associado ao desenvolvimento motor e cognitivo. Na infância ainda somos muito dependentes (NERI, 2014).

Ainda, conforme Neri (2001) a juventude, conhecida também como adolescência, compreende os 12 aos 20 anos de idade. É considerada a fase de transição entre a infância e a idade adulta. Nesta fase ocorrem as maiores transformações no corpo e na mente do ser humano, e tem muita ligação aos hormônios. As modificações no sexo feminino podem ser observadas na estrutura corporal, onde os seios começam a crescer, o quadril fica mais largo e ocorre a menarca. No sexo masculino, a voz começa a engrossar, o pênis e os testículos aumentam, começam a crescer pêlos nos rostos, e tanto no sexo feminino quanto no sexo masculino surgem os pêlos na região genital e nas axilas. Nessa fase se inicia uma nova etapa de aprendizagem, quando uma parcela dos jovens ingressa na universidade.

Continuando, relata que a maturidade ou fase adulta se inicia aos 21 anos de idade. Então após ocorrerem as etapas de aprendizagem e desenvolvimento na infância, e das alterações da juventude, as pessoas chegam a fase adulta. Nesta fase ocorre o aumento das responsabilidades, costumam ser mais independentes, iniciam sua carreira no mercado de trabalho. Na fase adulta as pessoas tendem a traçar suas metas e objetivos, se casar, construir uma família, e tentam organizar melhor o futuro.

E, finalmente explica que na fase da velhice o corpo e a mente passam a ter mais algumas variações, onde o cabelo embranquece, a pele enrugada, os músculos ficam fracos e alguns problemas de saúde começam a surgir. Mas também, é a fase que possuímos mais experiência de vida e podemos ensinar as pessoas mais novas, e atualmente esta fase também é chamada de terceira idade ou melhor idade (NERI, 2014).

O ciclo vital nos ajuda a compreender o conjunto de fases da vida e seus padrões e, dentro dele, podemos observar algumas determinações com a idade cronológica; por exemplo, a pessoa entra na fase adulta com 21 anos e na velhice com 65 anos. Apesar disto, a idade pode ter diferentes significados se pensarmos no desenvolvimento do indivíduo por completo. Dito isto, temos a idade cronológica, a idade biológica, a idade psicológica, a idade funcional e a idade social.

A idade cronológica é aquela que se refere ao número de anos transcorridos desde o nascimento da pessoa. A idade biológica estima o lugar que o indivíduo se encontra em relação ao seu potencial de vida, e é relacionada à saúde biológica e não a cronologia; por exemplo, duas pessoas de 68 anos (idade cronológica) podem ter uma

idade biológica muito diferente caso uma delas tenha boa integridade física e a outra apresente diversos transtornos de saúde.

A idade psicológica apresenta relação com a capacidade de adaptação de uma pessoa, ou seja, suas possibilidades para encarar as necessidades do ambiente; envolve recursos psicológicos como a motivação, emoção, competitividade social, entre outros.

A idade funcional refere-se à autonomia e a independência e associa a idade biológica (saúde física) com a psicológica (encarar as necessidades do ambiente). Por exemplo, quando um indivíduo vive sozinho ele deve ter uma boa idade biológica para preservar sua funcionalidade, e uma boa idade psicológica para o planejamento e execução de sua rotina.

Por fim, a idade social tem relação com os papéis e as expectativas sociais que são esperados para determinadas idades. Como exemplo disto observamos que: na faixa etária dos 20 aos 30 anos os jovens adultos ingressem na faculdade; aos 40 já tenha um emprego estável, e assim por diante.

É graças ao processo de envelhecimento em conjunto com as idades que passamos por todas estas etapas do ciclo vital. O envelhecimento, segundo Papaléo Netto (2007), pode ser caracterizado pelo declínio das funções de diversos órgãos do nosso corpo, iniciado ao final da segunda década de vida e sem um marcador biológico específico, tendo as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais notadas no final da terceira década de vida. O envelhecimento traz alterações nos aspectos bio-psico-sociais e funcionais (NETTO, 2007).

As alterações biológicas podem ser associadas a algumas modificações gerais como a diminuição da massa óssea, atrofia da musculatura esquelética, redução da água intracelular. A pele torna-se mais seca, rugosa e flácida, ocorre o aumento e redistribuição da gordura, a redução da taxa de metabolismo, alteração do sistema de regulação de temperatura, diminuição da imunidade celular e aumento da predisposição a formar auto-anticorpos e assim desenvolver doenças auto-imunes (FREITAS et al, 2006).

Tais alterações têm relação com os prejuízos no: 1- sistema nervoso (p. ex.: diminuição do peso e do volume do cérebro, diminuição dos neurotransmissores, etc). 2- sistema cardiovascular (p. ex.: aumento da resistência vascular e da pressão sistólica,

calcificação das válvulas, entre outros). 3- sistema respiratório (p. ex.: aumento do volume residual pulmonar, maior risco de infecção pela ineficácia dos mecanismos de limpeza brônquica, entre outros). 4- sistema digestivo (p. ex.: alterações mandibulares, diminuição das células das glândulas digestivas, entre outros). 5- sistema urinário (p. ex.: diminuição do peso e do tamanho dos rins, dificuldade dos rins em excretar ácidos, entre outros). 6- sistema endócrino (p. ex.: atrofia das glândulas hipófise, tireóide, paratireóides e supra-renais, diminui a secreção de testosterona, é interrompida a secreção de estrógeno, entre outros). 7- órgãos sensitivos (p. ex.: opacificação do cristalino, presbiopia, diminuição dos receptores olfatórios e atrofia das papilas gustativas, entre outros) (FREITAS et al, 2006).

Para Freitas et al. (2006), as alterações psicológicas ocorrem porque as mudanças ocorridas com o envelhecimento são sentidas de maneira particular em cada um. Psicologicamente, a velhice é descrita como uma fase capaz de provocar depressão, sensibilidade a doenças, regressão, isto a depender da percepção de cada indivíduo e da auto-aceitação. As mudanças psicológicas quando negativas estão associadas à diminuição e alteração nas faculdades psíquicas, que podem resultar em dificuldade de adaptação a novos papéis, falta de motivação e dificuldade em planejar o futuro, perdas orgânicas, afetivas e sociais, baixa auto-imagem e auto-estima, dificuldade de adaptação à mudanças rápidas.

Apesar destas alterações, sempre que trabalhadas, a inteligência e a aprendizagem podem continuar a progredir. A felicidade na velhice envolve a qualidade de vida associada ao estado psicológico; ou seja, compreende a presença freqüente de sentimentos positivos de bem-estar e prazer e a minimização dos sentimentos negativos. Ânimos positivos como alegria, prazer e esperança e ânimos negativos como raiva, medo e desgosto são sentimentos independentes; portanto, a felicidade seria o produto de como a pessoa percebe e valoriza cada tipo de ânimo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 1994; ORLANDI, 2011).

Conforme Palacios (2004) as alterações sociais relacionam-se a mudanças nos papéis sociais no contexto em que o indivíduo está inserido, e coincidem com as expectativas da sociedade para esta faixa etária. Entendemos como alguns exemplos de alterações sociais do envelhecimento a aposentadoria, o contexto familiar, a perda de entes próximos, convivência em relações intergeracionais, entre outros.

Com base nas descrições anteriores sobre as alterações ocorridas com o processo do envelhecimento, observamos que ocorrem muitas mudanças ou perdas, mas não devemos pensar na velhice como uma fase em que teremos apenas mudanças negativas. Existem inúmeras possibilidades de manutenção da qualidade de vida e modificação dos aspectos negativos, entre os quais podemos citar a resiliência, a modificabilidade e os mecanismos de seleção, otimização e compensação.

O conceito de resiliência é entendido como a habilidade do indivíduo de enfrentar situações adversas, proporcionando uma transformação através destes fatores estressores, adaptando ou superando tais experiências. É considerada um processo interativo e multifatorial, envolvendo aspectos individuais e ambientais, a quantidade e qualidade dos eventos vitais e a presença de fatores de proteção. Basicamente, resiliência é a percepção pessoal de possibilidade de adaptação às mudanças. (TEIXEIRA E NERI 2008; FERREIRA et al, 2012).

Varela e Barbosa (2007) trazem que a aprendizagem humana não se elucida com os aspectos biológicos de genes e cromossomos ou com a exposição direta a objetos, acontecimento, atitudes e situações. Ela vem de uma relação entre o indivíduo e meio, onde as práticas e crenças culturais são transmitidas, promovendo o desenvolvimento crítico e criativo, e visando à autonomia cognitiva. Para explicar como a interação humana impulsiona o desenvolvimento da estrutura cognitiva podemos nos basear na Teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural de Feurstein.

A teoria da modificabilidade cognitiva estrutural, elaborada por Feurstein e colaboradores, apresenta uma visão positiva acerca do ser humano com sua propensão de ser modificado. A modificabilidade no sujeito é possível e acontece devido a experiências anteriores, tanto positivas quanto negativas (FEURSTEIN et al, 2015).

Feurstein acredita que o ser humano é capaz de se modificar quando reage aos estímulos externos e ao caminho pré-determinado, e essa modificação ocorre na mente e também na qualidade da aproximação do indivíduo com a realidade (COSTA E PIMENTA, 2010).

Costa e Pimenta (2010) compreendem que a modificabilidade é um processo de interação e, por isso, vai além do conhecimento formal transmitido. Ou seja, refere-se à

utilização dos recursos mentais do indivíduo para antecipar situações, fazer inferências e tomar decisões de maneira independente e autônoma.

Compreende-se com o conceito de modificabilidade que o indivíduo é capaz de conceber um significado próprio e pessoal para um determinado objeto de conhecimento. Nesta linha de raciocínio, Gonçalves e Vagula (2012) apontam que o indivíduo tem uma tendência a adaptar os objetos do conhecimento de maneira impactante na rede estrutural cognitiva associada àquela realidade.

Sendo assim, entende-se que o sujeito aprende além do conhecimento formal, como já demonstrado por Costa e Pimenta (2010) e, desta maneira, retira informações e relações internas do objeto, relaciona com informações e relações implícitas em seus esquemas prévios, revisa e remodela toda a realidade construída anteriormente e modifica o modo de organizar os objetos futuros ligados àquele presente no momento da aprendizagem.

Outra teoria em consonância à da modificabilidade é a dos Mecanismos de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), proposta por Baltes e Baltes (1990). Nesta teoria existe a convicção de que o curso de vida traz alterações na própria vida do sujeito, e que essas alterações requerem mudanças sistemáticas na distribuição de recursos (FONSECA, 2010). Nesta redistribuição de recursos devido às alterações tidas com o envelhecimento, ocorreriam os processos adaptativos de selecionar, otimizar e compensar as alterações, visando maximizar os ganhos e minimizar as perdas.

A seleção ocorre em resposta às perdas na funcionalidade/capacidade e compreende os atos de evitar, reduzir ou restringir certas atividades, além de reorganizar objetivos pessoais visando aprimorar os campos mais importantes na vida do sujeito. O mecanismo de otimizar envolve os esforços realizados visando o aumento/enriquecimento de suas reservas com o objetivo de manter seu funcionamento. A compensação abrange processos psicológicos, esforços comportamentais e recursos externos buscando aprimorar a funcionalidade em resposta às perdas na capacidade (BALTES E BALTES, 1990; RABELO E NERI, 2005).

A teoria SOC é apontada como um metamodelo de desenvolvimento podendo ser incorporada em diversos processos, como por exemplo, o funcionamento físico e a memória, e em diferentes domínios, como por exemplo, o bem-estar subjetivo. A

existência e funcionalidade desses mecanismos podem ser compreendidas em experiências pessoais e culturais (NERI, 2006).

Mesmo com todas as alterações ocorridas com o processo de envelhecimento já citadas, observamos que existem recursos para que a velhice seja bem sucedida. Palacios (2004) cita que nesta fase também pode haver ganhos, aquisições, conquistas, acréscimos e reorganizações, sendo esta considerada uma etapa tão evolutiva quanto pode ser a infância ou adolescência.

Sendo assim, compreendemos que a velhice pode se caracterizar de diferentes maneiras, e estes diferentes padrões se dão por características pertinentes aos idosos, já que o envelhecimento é um processo diversificado e heterogêneo; o início, o ritmo e o produto final do envelhecimento são determinados pela ação conjunta da hereditariedade, do estilo de vida, das condições socioeconômicas e da subjetividade. Dentre os padrões da velhice temos a velhice normal, a velhice ótima ou bem sucedida, e a velhice fragilizada ou patológica (NETTO, 2007; NERI, 2014).

Netto (2007) relata que a velhice considerada normal apresenta alterações e perdas biológicas, psicológicas e sociais comuns ao envelhecimento. A velhice normal é uma condição inerente à vida e é universal, ou seja, semelhante em todos os indivíduos.

Os idosos que se inserem em suas atividades cotidianas de maneira mais independente e ativa são considerados idosos “ativos/saudáveis” (ASSIS, 2005). Sendo assim, compreende-se que a velhice ativa/saudável enfrenta possíveis alterações biopsicossociais que são esperadas com o processo de envelhecimento, mas com a possibilidade de manter o cotidiano sem alterações funcionais significativas. Já a velhice fragilizada apresenta um agravamento das patologias e acabam por trazer mudanças que são limitantes ao seu cotidiano (FRANCESCHINI, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar a velhice como uma experiência positiva, acompanhada de saúde, participação e segurança, englobando também o bem-estar físico, social e mental. Ainda segundo a OMS, o idoso ativo participa constantemente de atividades sociais, culturais, civis, econômicas, espirituais, podendo ou não praticar atividades físicas e trabalhar e tem relações intergeracionais saudáveis. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A velhice bem sucedida apresenta a possibilidade de se manter ou se comparar aos padrões de vida de indivíduos mais jovens; este padrão de velhice reflete condições de boa saúde, baixo risco para doenças ou que as doenças sejam compensadas, envolvimento social, recursos psicológicos, continuidade da atividade/produktividade, bem estar físico e mental.

Teixeira E Neri (2008) apontam que envelhecer bem é uma questão pragmática de valores particulares que permeiam o curso de vida. Metas pessoais realistas estabelecidas no curso de vida contribuem para alcançar o envelhecimento ativo ou bem sucedido, e tais metas se expandem em um continuum multidimensional com ênfase na resiliência para as alterações comuns do envelhecimento ou outras condições associadas. Desta maneira, o envelhecimento é envolvido por fatores individuais, sociais e ambientais, bem como fatores determinantes e modificadores de saúde.

As teorias que foram citadas anteriormente em conjunto com o conceito de resiliência são de extrema importância para a velhice bem sucedida, pois elas nos mostram que existe a possibilidade de continuar com a funcionalidade e qualidade de vida mesmo com algumas alterações do processo de envelhecimento. Além destas, os conceitos “autonomia” e “independência” são importantes dentro deste contexto. Isso para que se compreenda e associe as variáveis de funcionamento do ser humano no que se refere a ser ativo e saudável (FRANCESCHINI, 2014).

Entende-se por autonomia a capacidade de tomar decisões pessoais, e por independência, a habilidade de realizar as atividades de vida diárias (TEIXEIRA E NERI, 2008). Sendo assim, considera-se que preservar a autonomia e a independência é de suma importância para o envelhecimento ativo.

Camarano (2006) entende que os idosos que apresentam patologias e/ou síndromes típicas da velhice, ou o agravamento de doenças pré-existentes que acabam por alterar as suas atividades cotidianas, são considerados idosos “fragilizados”. Desta maneira, a velhice fragilizada compreende as síndromes típicas da velhice e/ou o agravamento das doenças preexistentes, alterando o funcionamento cotidiano da pessoa idosa.

A velhice fragilizada traz alterações na capacidade funcional para o funcionamento das atividades de vida diária e geralmente é associada à dependência

(CAMARANO, 2006). Ao alterar o funcionamento cotidiano da pessoa idosa, compreendemos que ocorrem alterações em sua autonomia e sua independência.

Uma parcela da população idosa é considerada fragilizada e adquire incapacidade funcional. As capacidades funcionais que podem interferir na vida do idoso são: 1- A capacidade física (engloba o desempenho aeróbio, força, resistência, equilíbrio, flexibilidade e afetam tarefas básicas como andar, sentar, correr, carregar objetos, etc). 2- As capacidades cognitivas (envolvem a memória, atenção, concentração, compreensão e resolução de problemas). 3- As atividades de vida diária (envolvem atividades para a manutenção da vida individual e na sociedade, como a auto higiene, fazer compras, vestir-se, cozinhar, etc). (CAMARANO, 2006).

Desta maneira, ocorre a dificuldade para viver sem o apoio de terceiros, uma vez que é demandado o seu cuidado integral; ademais, a falta dos cuidados necessários para estes idosos pode contribuir para a evolução de quadros de dependência (CAMARGOS et al, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 1994 citado por CONVERSO e IARTELLI, 2007). Deste modo, como consequência ocorre a institucionalização de alguns dos idosos.

A assistência prestada aos idosos que apresentam incapacidades funcionais pode ocorrer de diversas formas, através de instâncias intermediárias ou do atendimento integral institucional. Veras (1997) trazem como exemplos de tais instâncias os centros de convivência, centros de cuidado diurno (hospital dia e centro dia), casas lares, oficinas abrigadas de trabalho, programas de atendimento domiciliar, entre outras formas de atendimento.

O Ministério da Previdência e Assistência Social traz algumas definições sobre tais serviços de atenção ao idoso na instância intermediária. A começar, a residência temporária é um serviço em regime de internação temporária que atende ao idoso dependente em seus aspectos biopsicossociais o cuidado pelo período máximo de 60 dias. Seus objetivos são oferecer moradia provisória adequada às suas condições funcionais, oferecer cuidados de saúde específicos ao idoso, oferecer serviço especializado de reabilitação, oferecer apoio à família ou ao cuidador e orientá-los sobre os cuidados pós-alta do idoso (BRASIL, 2014).

Outra alternativa apresentada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social de residência para os idosos são as repúblicas, sendo estas organizadas em grupos conforme o número de usuários. É co-financiada com recursos da aposentadoria, benefício de prestação continuada, renda mensal vitalícia, entre outras. Seu objetivo é de proporcionar ao idoso integração social e participação efetiva na comunidade (BRASIL, 2014).

Ainda é demonstrado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social que os centros de convivência são espaços destinados aos idosos e seus familiares, onde são desenvolvidas, planejadas e sistematizadas ações de atenção ao idoso, de forma a elevar a qualidade de vida, promover a participação, convivência social, cidadania e integração intergeracional. Seu objetivo é de promover o encontro de idosos e seus familiares (BRASIL, 2014).

O atendimento em centro-dia oferece atenção integral aos idosos que, por carência familiar e funcional, não podem ser atendidos em sua residência. Desta maneira, proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto à família e reforça os aspectos de segurança, autonomia, bem-estar e socialização. O centro dia é caracterizado por ser um espaço que atende idosos que possuem limitações para a realização das Atividades de Vida Diária, e que convivem com seus familiares, porém os mesmos não dispõem de tempo integral na residência. Seus objetivos são de prestar atendimento aos idosos nas áreas de assistência, saúde, psicologia, fisioterapia, atividades ocupacionais, lazer e apoio sócio-familiar (BRASIL, 2014).

O documento do Ministério (BRASIL, 2014) também considera que as casas lares são residências participativas destinadas a idosos que vivem sós ou estão afastados do convívio familiar, bem como apresentam renda insuficiente para sobrevivência. Compreende-se como uma modalidade de atendimento que rompe práticas tutelares e assistencialistas. Tem como objetivos propiciar aos idosos condições de moradia de acordo com sua condição econômica e maximizar sua economia pelo maior tempo possível (BRASIL, 2014).

A definição dada para o atendimento domiciliar é a prestação de atendimento aos idosos com algum nível de dependência, visando a promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio e reforço dos vínculos familiares/da vizinhança. Pode ser permanente ou provisório, diurno e/ou noturno (BRASIL, 2014).

Partindo para a modalidade do Atendimento Integral Institucional, consideramos o mesmo como uma alternativa para a realização dos cuidados permanentes para estes idosos fragilizados, envolvendo este os abrigos, asilos e casas de repouso, tendo atualmente a denominação de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's); dentro destas é fornecido o suporte básico nas atividades cotidianas nos diferentes segmentos biológicos, psicológicos e sociais durante 24 horas, para as pessoas que não tem ou são impossibilitadas de viver com suas famílias e que, portanto passam a ter como moradia esses espaços (BRASIL, 2004).

A situação da institucionalização, nesse modelo asilar é, geralmente, acompanhada da necessidade de um rearranjo na vida de alguns idosos, já que as ILPI's estabelecem várias exigências para permanência dos idosos, especialmente no que diz respeito às atividades cotidianas. Os idosos institucionalizados precisam se adaptar aos horários determinados para alimentação, banho, sono, lazer e convívio social e familiar, bem como se adaptar a novas relações interpessoais, fazendo com que, como dito por Cortelletti et al(2002), a institucionalização represente muito mais do que uma simples mudança de ambiente. De acordo com Corrêa (1997), estes fatores podem ser o ponto de partida para a desestruturação psíquica do indivíduo, e neste cenário a depressão surge como um dos mais importantes agravos à saúde da terceira idade, e o mais prevalente (SHMUELY et al, 2001).

A depressão é classificada como uma doença psiquiátrica, crônica e recorrente que produz uma alteração do humor, trazendo tristeza profunda associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, dentre outros (CANALE, FURLAN, 2006). Segundo Fenell (1997), a depressão é causada pelo déficit no metabolismo da serotonina, o neurotransmissor responsável pelo equilíbrio do humor e da sensação de bem estar do indivíduo.

Potter e Steffens (2007) mostram que a depressão pode influenciar diretamente nos declínios cognitivos; isto nos faz pensar que os idosos que foram institucionalizados e sofreram grandes mudanças em seu cotidiano podem ficar depressivos e, assim, têm grandes chances de apresentar declínios cognitivos. A cognição é composta por diversas funções mentais, englobando assim a memória, atenção, aprendizagem, percepção, compreensão, raciocínio, entre outros (LEITE, 2004).

Além de a depressão poder interferir na cognição, o próprio processo do envelhecimento, como já citado do ponto de vista biológico, traz algumas alterações no Sistema Nervoso que ocasionam o envelhecimento cerebral, acarretando a morte neuronal, atrofia cerebral, presença de placas senis, formação de placas beta-amilóides e emaranhados neurofibrilares (CANCELA, 2007; NORDON et al,2009); isto também contribui para que ocorram alterações cognitivas nos idosos.

As alterações cognitivas podem então trazer prejuízos na inteligência, atenção, função executiva, memória, linguagem, nas habilidades visuoespaciais e funções psicomotoras. Estes prejuízos podem variar de pequenos déficits cognitivos como o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) (comprometimento cognitivo não grave o suficiente para ser considerada demência), a problemas cognitivos mais graves como as demências (INOUYE, 2009).

As demências são consideradas síndromes que tem o efeito de acometer o funcionamento cerebral, bem como tem natureza crônica e progressiva (BURLÁ et al, 2013). Dentre as demências, a mais comum é a Doença de Alzheimer (síndrome de declínio cognitivo crescente, degenerativa e irreversível) como mostra Petersen, (2006) citado por Inouye (2009), chegando a corresponder a até 60% dos casos, seguida por demência vascular, demência por corpos de Lewy e demência frontotemporal (BURLÁ et al, 2013; FARLOW, 2010).

Neste sentido, o crescimento desta parcela da população com o envelhecimento populacional terá como consequência o aumento da prevalência de demências (CHARCHAT-FICHMAN et al, 2005). A porcentagem de idosos de até 65 anos de idade com algum transtorno cognitivo corresponde a cerca de 5%, sendo que aos 80 anos ou mais a porcentagem afetada é de 20%, pois após os 65 anos de idade a prevalência de demências dobra a cada cinco anos (SCAZUFCA et al, 2002; REYS et al, 2006). Estes números são preocupantes, já que idosos com demência são considerados pessoas vulneráveis – ou seja, têm sua condição de saúde em risco. Além disso, o comprometimento da cognição provoca impacto negativo na qualidade de vida do idoso, visto que mesmo quando “leve” compromete a aprendizagem, a memória e a capacidade funcional, podendo levar a uma perda no funcionamento de vários aspectos da vida social e ocupacional, prejudicando o desempenho das atividades de vida diária, do trabalho, do lazer e da vida social (FORLENZA; CARAMELLI, 2002). Outra

preocupação é que os quadros de CCL evoluam para demências, que acarretariam ainda mais fatores negativos na vida do idoso, comprometendo segundo Moraes, Marino e Santos (2010), também a linguagem, praxia, gnosia e a função tempo-espacial.

Rabelo (2009) buscou refletir sobre os fatores associados ao declínio cognitivo leve em idosos e constatou, em consonância com o exposto anteriormente, que os estudos indicam que o aumento da prevalência de déficits cognitivos/demências é diretamente proporcional ao aumento da idade; em contrapartida, verificou que os idosos que possuem: maiores níveis de escolaridade, suporte e engajamento social, histórico de saúde e estilo de vida positivos, melhor saúde percebida, menos queixas de memória e menos sintomas depressivos, acabam por apresentar menor declínio cognitivo.

A autora ainda trouxe que existem estratégias de intervenções para os idosos com CCL e potencial risco para demência que ajudam a evitar a evolução do declínio, destacando a reabilitação (RABELO, 2009).

Além de Rabelo, também é citado por Palácios (2004) que as perdas de memória podem ser compensadas com estratégias cognitivas. Ademais, o autor relata que não é só na velhice que se tem perda de memória, mas também na idade adulta podem ocorrer pequenas perdas e explica isso além dos fatores biológicos, mas também fatores ambientais como mudanças em hábitos de vida ou nas motivações e déficits do processamento da informação.

Observamos a importância de realizar intervenções com este público alvo já que o processo de envelhecimento pode trazer alterações cognitivas em alguns idosos, e a institucionalização em modelo asilar pode ser um fator que pode levar à depressão. Como a depressão é interligada com a cognição, temos a preocupação que estes idosos apresentem algum tipo de comprometimento cognitivo.

Comprometimentos cognitivos interferem em fatores como aprendizagem, memória e capacidade funcional, e os mesmos acabam por trazer prejuízos na vida do idoso e podem até evoluir para demência, o que ressalta a necessidade da intervenção cognitiva.

Os idosos conservam boa capacidade de aprendizagem. Nem sempre tal aprendizagem é realizada pela educação formal, e atribuímos diversos fatores a isso; por

exemplo, o passado do indivíduo, que às vezes pode ser de experiências negativas na escola ou até mesmo a falta de oportunidade de frequentar uma, e também situações atuais, como a necessidade de adaptação do espaço, etc. Mesmo que não seja formal, estes indivíduos podem aprender através de situações de aprendizagem controladas ou atividades incidentais da vida diária (PALACIOS, 2004).

Uma maneira não-formal de intervenção cognitiva com os idosos e que pode influenciar até em seus sintomas depressivos é com a Terapia Assistida por Animais (TAA), pois segundo Martins (2006), os animais podem ser importantes elos de aprendizagem, além de trazerem sensação de bem estar e alegria (DOTTI, 2006).

1.2 Terapia Assistida por Animais

Dotti (2006) define a TAA como a prestação de serviços por profissionais da área da saúde utilizando o animal como parte do trabalho e do tratamento; conta com objetivos claros e dirigidos visando a promoção da saúde física, social emocional e/ou das funções cognitivas. A TAA é um processo terapêutico de caráter formal, contando com procedimentos e metodologia, sendo amplamente documentado, tabulado, medido e com seus resultados avaliados. Os benefícios desta modalidade terapêutica podem ser inúmeros como mostra o autor, englobando os aspectos emocionais, espirituais e até mesmo biológicos, como a elevação dos níveis de serotonina, contribuindo assim para a sensação de bem-estar, o afastamento do estado de dor, o estímulo à memória, a possibilidade de comunicação e convivência, a alegria, diminuição da ansiedade, dentre outros benefícios, devendo ressaltar que estes continuam mesmo após a terapia, visto que são deixadas lembranças e experiências positivas para os participantes.

Estudos mostram que a TAA nos idosos envolve três grandes benefícios, sendo o primeiro a socialização, na qual o animal é o facilitador, visto que o contato geralmente é iniciado com algum assunto em sua referência; o segundo é a noção de responsabilidade trazida pelo animal para o idoso, fazendo com que o indivíduo passe a se cuidar melhor para poder cuidar do animal; o terceiro grande benefício envolve a saúde física, pois os animais mantêm a pessoa ativa. Pelo fato de os domínios físicos, sociais e emocionais estarem interligados, a melhoria nestes três itens acaba promovendo também resultados cognitivos positivos (ARACELI, 2003; DOTTI, 2006).

Leite (2006) considera a cognição como um complexo conjunto de funções mentais, englobando memória, atenção, percepção, linguagem, raciocínio, entre outros atributos que possibilitem a obtenção de conhecimento para relacionar-se com o mundo e seus elementos. Pensando nas funções cognitivas, podemos ver como contribuições da TAA a melhora nas habilidades motoras, o estímulo a memória e melhora nas interações verbais e contato físico (DELTA SOCIETY, 2007).

A TAA já é reconhecida e muito utilizada em outros países, como por exemplo, países europeus, Estados Unidos, Austrália e até mesmo o Egito (PEREIRA *et al*, 2007); teve seu início em 1792 na Inglaterra, na York Retreat - um centro de tratamento para pacientes com alterações mentais -, e os estudos científicos começaram a partir da década de 1960 nos Estados Unidos (TUKE, 1964; JULIANO *et al*, 2006).

O Brasil demonstrou interesse acerca da TAA também nos anos 60 com a Dra. Nise da Silveira, porém apenas ao final da década de 90 foram implantados os primeiros estudos científicos no país, e foi nesta mesma década que Nise publicou seu livro “Gatos, a emoção de lidar” (JULIANO *et al*, 2006). Nise foi uma médica psiquiatra que não aceitava o modo violento como os doentes eram tratados, por exemplo, com o choque cardiazólico, coma insulínico, eletrochoque e lobotomia, além do uso exagerado de fármacos antipsicóticos; desta maneira, buscou criar um ambiente acolhedor e não repressor, tendo como parte deste ambiente as pessoas, animais e objetos e tudo que fosse agente catalisador de afeto (CARVALHO, AMPARO, 2006).

Atualmente são inúmeras as possibilidades de execução da TAA, a depender do objetivo de tal intervenção e do animal de interesse. No livro de Dotti, *Terapia & Animais* (2006) são trazidos muitos exemplos sobre os animais e seu uso.

O uso de cavalos na TAA é conhecido como equoterapia. Esta modalidade é reconhecida como atividade terapêutica pelo conselho federal de medicina desde 1997 e é regularizada pela Associação Nacional de Equoterapia (ANDE), sendo que a mesma considera que nesta modalidade o cavalo é empregado como agente promotor de ganhos a nível físico e psíquico. É muito comum sua realização com pessoas com síndrome de Down, e seus benefícios são os estímulos motores obtidos com o balanço do cavalo, o estímulo da sensibilidade tátil, visual e auditiva, melhora do equilíbrio e da postura, etc. Além disso, a interação com o cavalo (desde os primeiros contatos até o ato de montar) desenvolvem, a socialização, autoconfiança e autoestima.

Pássaros são utilizados na TAA visando melhorar o desempenho na motricidade fina (capacidade para executar movimentos finos com controle e destreza), isto por serem animais pequenos e frágeis que exigem um cuidado/atenção maior. Já os escargots são utilizados visando diminuir a ansiedade e hiperatividade; são animais lentos e que tem seu tempo, então seu uso na terapia estimula a diminuição do ritmo das pessoas (DOTTI, 2006).

Os cães são considerados os animais mais utilizados na TAA, isto por serem considerados de fácil socialização com os seres humanos e de fácil aceitação por parte das pessoas. Quando estes animais são os escolhidos para a TAA, a mesma recebe a denominação de cinoterapia. Tem o benefício de apresentar o processo facilitado pelo fato da relação homem-cão ser muito antiga e mais comum, e também a facilidade de transportar o animal e o mesmo se adaptar a diversos ambientes e a diversas atividades (DOTTI, 2006).

Os peixes também são utilizados na TAA, muitas vezes como animais introdutórios ao contato com outros animais, visto que os mesmos não podem sair do aquário. O aquário tem efeito calmante e diminui a ansiedade e o stress, podendo desenvolver atividades como limpar o aquário, dar comida para os peixes, etc.

A literatura refere-se ao uso de gatos principalmente em Atividades Assistidas por Animais, já que estes apresentam caráter independente e são considerados animais mais difíceis de lidar. Mas, também é possível que ocorra seu uso na TAA, pois estes podem ter boa socialização se acostumados desde filhotes com o contato com humanos (DOTTI, 2006).

Existem ainda diversas possibilidades de execução para a TAA, incluindo também coelhos, tartarugas, hamster, porquinho da índia, répteis, etc. (DOTTI, 2006). Desta maneira, observamos que não existem muitas restrições quanto à espécie do animal, mas sim de suas condições de saúde, higiene e socialização.

Tais dados introdutórios sobre a TAA em campo científico estimularam a busca pelo conhecimento sobre esta modalidade terapêutica, contando também com o interesse sobre seu uso com a população idosa. Desta maneira, realizou-se uma revisão de literatura sobre a TAA com esta população, com o objetivo de compreender a forma como o assunto foi abordado e analisado em estudos anteriores. Foram pesquisados

artigos internacionais e nacionais, livros/capítulos, monografias, teses e dissertações nas bases de dados Scielo, Medline, e Scholar Google.

A revisão de literatura não teve delimitação temporal, visando que fosse feita uma ampla revisão, sendo encontrados artigos entre o período de 1974 e 2014. Foram utilizadas palavras-chave em português e inglês, sendo elas: terapia assistida por animais (animal assisted therapy), vínculo homem-animal de estimação (bonding human-pet), pet terapia (pet therapy) e terapia facilitada por animais (facilitated pet therapy).

Pode-se encontrar um total de n=252 artigos. Destes, n=152 eram internacionais e n=100 nacionais. Como o foco desta pesquisa é a população idosa, foram buscados os artigos que falavam sobre a mesma.

Para a seleção dos artigos com a população idosa utilizou-se como critério que o mesmo citasse o público alvo em seu título e/ou objetivo. A partir deste critério, dos n=252 artigos encontrados, n=30 tratavam sobre o tema entre o período de 1974 a 2014, e; destes artigos, n=17 eram internacionais e n=13 eram nacionais.

Além de artigos, também foram encontrados livros, monografias, teses e dissertações. Com relação aos livros, foram encontrados (n=7), sendo que n=6 eram nacionais e n=1 internacional, porém traduzido. Nenhum tratou especificamente dos idosos.

Foram encontradas n=5 monografias, mas nenhuma tratava sobre a TAA para as pessoas idosas. Já em relação às teses e dissertações, foram publicadas n=10, e n=2 delas tratavam sobre idosos; destes n=2, n=1 era tese e n=1 era dissertação.

Para a melhor compreensão sobre a execução da TAA com idosos, e a fim de trazer um panorama sobre os trabalhos já realizados, a seguir serão descritos todos os possíveis artigos encontrados dentro do n=35 que tratam sobre o tema e o público alvo, visto que nem todos os artigos encontrados eram de livre acesso. Os artigos estão ordenados de maneira cronológica, dos mais atuais para os mais antigos.

Berry et al (2012) desenvolveram um estudo piloto na Itália com o objetivo de verificar a importância da Intervenção Assistida por Animais no aumento da qualidade de vida de idosos. Participaram do estudo 19 idosos (homens e mulheres) residentes de uma ILPI e a intervenção foi feita com cães. As intervenções foram feitas durante 5

meses, com 2 sessões semanais, e foram mensuradas utilizando como instrumento o Mini Exame do Estado Mental, a Escala de Depressão Geriátrica, e avaliaram o comportamento por meio de filmagens, e os níveis de cortisol por meio de amostras de saliva. Os resultados mostraram melhora no comportamento social, porém o mesmo não pode ser observado numericamente na GDS; as interações influenciavam positivamente no nível de cortisol, aumentando o mesmo. Concluem que a intervenção com animais são ferramentas promissoras para melhorar as habilidades sociais e enriquecer as atividades diárias de idosos institucionalizados.

No artigo de Stumm et al (2012) foi relatada a experiência com a TAA, com um projeto desenvolvido em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos no sul do Brasil. As participantes eram da ala psiquiátrica e tinham patologias como esquizofrenia, depressão e transtorno bipolar. Para a realização da TAA os pesquisadores usaram quatro cães da raça Pastor Alemão e fizeram visitas semanais durante um ano. Foi percebido que a TAA foi efetiva no aspecto de apoio emocional e a mesma mostrou-se como uma nova e eficaz alternativa para melhorar a qualidade de vida.

Foi objetivo do estudo de Carvalho, Assis e Cunha (2011) realizar a AAA em uma ILPI do estado de Minas Gerais para melhorar a autoestima e qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Participaram da pesquisa 80 idosos, recebendo visitas semanais durante 1 ano. Para as visitas utilizaram cães, gatos, coelhos, pássaros e hamsters em atividades recreativas que promovessem a distração. O comportamento dos idosos foi acompanhado pelas terapeutas ocupacionais da instituição e também pelos pesquisadores, e a observação de tal comportamento permitiu afirmar que houve nítida melhora no humor, autoestima e qualidade de vida dos idosos.

No estudo de Moretti et al (2011) desenvolvido na Itália, a Pet Terapia teve o objetivo de verificar os efeitos da mesma na cognição, humor e qualidade de vida percebida de idosos com demência, depressão e psicose. Os idosos foram divididos em grupo experimental e grupo controle, e ambos foram submetidos aos questionários Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica e um questionário breve que abrangia a qualidade de vida percebida nas últimas duas semanas. A intervenção era semanal e teve duração de dez semanas, sendo esta feita com cães. Como resultados, ambos os grupos tiveram melhoras nos resultados dos instrumentos citados, porém no

grupo experimental tal melhora foi mais significativa. Os pesquisadores concluíram que a pet terapia é eficaz na melhoria dos sintomas depressivos e cognitivos em idosos residentes em instituição de longa permanência.

Foram realizadas por Carvalho et al (2011) sessões terapêuticas com cães em duas ILPIS do estado de Minas Gerais com o objetivo de trazer benefícios na função física, social, emocional e/ou cognitiva. As sessões eram semanais e tiveram duração de dois meses, sendo feitas com 23 idosos. Eram observados comportamentos como sorriso, vontade de acariciar o animal, brigas e discussões entre eles, vocalização e interação/socialização com os cães; ao longo do período da TAA observaram que aumentaram os comportamentos positivos como sorrisos e vontade de acariciar o animal e diminuíram os comportamentos negativos como brigas e discussões e, sendo assim, concluíram que a TAA foi positiva.

Marx et al (2010) objetivaram avaliar profundamente o empirismo da eficácia da TAA em idosos institucionalizados, nos Estados Unidos da América. Participaram do estudo 56 idosos residentes em instituição de longa permanência, e os mesmos foram avaliados no quesito de desempenho nas atividades de vida diária e funcionamento cognitivo (com o Mini Exame do Estado Mental); o estímulo relacionado aos cães foi avaliado por meio da observação sistemática do envolvimento com os mesmos. Neste estudo foram feitas diferentes intervenções, sendo estas feitas com um vídeo que tratava sobre filhote de cachorro, a atividade de colorir um cão, interação com um cão robô e interação com cães de pequeno, médio e grande porte. Como resultado tiveram que as melhores respostas à intervenção foram dos participantes que interagiram com os cães reais, e as menos significativas foram em relação a coloração de cães e interação com cão robô; sendo assim, os resultados “neutros” foram tidos com o vídeo. Os pesquisadores concluem que as instituições de longe permanência para idosos deveriam considerar a realização da TAA, ou, ao menos como alternativa, os outros estímulos relacionados à cães.

O estudo de Oliva et al (2010) teve como objetivo observar e identificar alterações físicas, emocionais, sociais e comportamentais em idosos institucionalizados do estado de São Paulo com a Atividade Assistida por Animais (AAA). Para isso, realizaram a AAA com cães junto a 36 idosos num total de 144 vezes ao longo de quatro anos. Realizaram como avaliação um questionário com quatro domínios, sendo

interação com o animal, prazer demonstrado durante as atividades, disposição em caminhar com o animal ou escová-lo e comunicação com a equipe do projeto, sendo tal questionário preenchido em todas as visitas por no mínimo dois e no máximo dez idosos, e posteriormente foi feita a comparação do desempenho. Além disso, os funcionários também respondiam um questionário que avaliava a percepção dos mesmos sobre a melhora/piora/não influência da AAA na saúde, convivência social, aspectos emocionais e felicidade dos idosos, bem como a importância e a influência da AAA para a vida dos idosos. Os resultados demonstraram possibilidade de melhora da qualidade de vida física e emocional dos idosos pela prática constante e sistematizada da AAA, e concluíram que esta atividade estimula a prática de atividade física leve e facilita as sessões de fisioterapia para os idosos.

Pongelupe et al (2009) objetivaram analisar a autopercepção dos efeitos da AAA na qualidade de vida de um grupo de idosos de uma Universidade do estado de São Paulo. Para isto, dividiram o grupo de nove participantes em grupo AAA e grupo controle, e realizaram as atividades com cães em sessões semanais, totalizando 12 semanas. Para avaliar os efeitos da AAA na qualidade de vida dos participantes, os pesquisadores elaboraram um questionário baseado no Programa de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL), abrangendo as dimensões físicas, emocionais e sociais que foi aplicado em ambos os grupos para comparação de resultados. A análise dos resultados demonstrou que a percepção de melhora nas dimensões avaliadas foi maior no grupo AAA do que no grupo controle, permitindo assim propor a AAA como uma alternativa para a promoção da qualidade de vida do idoso.

Pecelin et al (2007) realizaram um levantamento bibliográfico para verificar quais os reais benefícios da fisioterapia assistida por animais para os idosos, e se a mesma traz melhora no declínio cognitivo. Pesquisaram a literatura dos últimos quinze anos da época nas bases de dados BIREME, Scielo, PubMed, Medline e Lilacs. A revisão permitiu concluir que este tipo de fisioterapia tem influência positiva para a melhora da cognição dos idosos, porém os autores verificaram que existe a necessidade de desenvolver outros estudos para comprovar os reais benefícios. O estudo foi realizado no estado de São Paulo.

Mendonça (2006) realizou uma revisão bibliográfica abrangendo a TAA e a gerontologia. Em seu estudo, trouxe os pontos passíveis de contribuição para executar uma intervenção de terapia ocupacional junto a cães com idosos, ressaltando que é uma maneira de expandir e enriquecer o campo dos terapeutas ocupacionais junto aos idosos. O estudo foi realizado no estado do Maranhão.

No estudo de Kawakami e Nakano (2003) foi feito um trabalho de TAA junto a quatro instituições de saúde no estado de São Paulo, sendo uma delas um abrigo para idosos. Após as visitas dos animais, os autores observaram que os pacientes sentiram-se mais alegres, motivados e socializavam mais; além disso, relataram que foi possível possibilitar aprendizado aos pacientes.

Kaiser et al (2002) realizaram uma comparação dos comportamentos pró-sociais de idosos de um asilo nos Estados Unidos da América em relação à visita de uma pessoa feliz e de um cão; para isso, realizaram visitas semanais de cinco minutos, durante três semanas, e observaram os comportamentos verbais e não verbais dos idosos. Foram observados 159 comportamentos pró-sociais para os cães em relação a 72 comportamentos pró-sociais para as pessoas. Apesar disto, atribuíram a possibilidade desta discrepância ter ocorrido ao fato de ser mais socialmente aceitável ter certos comportamentos com os cães do que com as pessoas, bem como ao fato de existir uma necessidade de toque para satisfazer a sensação de conforto, sendo que esta necessidade pode ser sanada mais facilmente com os cães, pois os mesmos provêm a necessidade de tocar e serem tocados; desta maneira, concluíram que a visita dos cães é benéfica de maneira semelhante à das pessoas felizes.

Edwards e Beck (2002) realizaram um estudo nos Estados Unidos da América, onde investigaram 62 idosos com Alzheimer e verificaram a influencia da TAA em sua nutrição, devido ao baixo peso que os mesmos se encontravam pela doença. Os autores dividiram estes idosos em grupo controle e grupo experimental, submetendo apenas o grupo experimental às atividades com animais – sendo estes peixes -, e o grupo controle a observação da figura de um oceano. Após as atividades, constataram que o grupo experimental teve aumento significativo em seu peso, e o grupo controle não obteve diferença.

Kanomori et al (2001) realizaram um estudo no Japão com 27 idosos com demência em um hospital-dia, a fim de verificar se a TAA exercia influencia sobre os

mesmos. Para isto, separaram os idosos em grupo experimental e grupo controle, porém submeteram apenas o grupo experimental às atividades com os animais. Os dados obtidos apontaram que a TAA influenciou os idosos, bem como diminuiu seu nível de estresse; porém, questionaram a possibilidade de intervenção de outras atividades do hospital.

Ory e Goldberg (1983) realizaram um estudo nos Estados Unidos da América com idosas que moram sozinhas. Para isto, compararam os relatos das idosas que moravam sozinhas e das idosas que moravam sozinhas, mas possuíam animais de estimação. As idosas que não possuíam animais de estimação se relataram infelizes, ao contrário das que possuíam: relataram ser afeiçoadas aos animais e se consideravam felizes.

Mugford e M'Comisky (1974) verificaram a questão social de possuir um animal de estimação. Deram aos idosos que moravam sozinhos uma planta ou um pássaro e observaram qual grupo recebia mais visitas. Como resultados, tiveram que os idosos com o pássaro receberam mais visitas que os idosos com uma planta.

Como pôde ser observado com o número de artigos nacionais e internacionais, as publicações são advindas em maior parte do exterior, e as publicações estrangeiras tiveram seu ano de início em data muito anterior ao início das pesquisas no país.

No Brasil os estudos científicos se iniciaram na década de 1990, e a primeira publicação encontrada foi no ano de 2003. Observa-se que alguns anos após o início das publicações houve um crescimento significativo nas pesquisas sobre o tema, chegando até a ter um número de publicações comparável com o do exterior.

Atualmente são realizadas muitas intervenções com animais no país buscando trazer benefícios para o ser humano, mas tais intervenções são feitas com pouco rigor metodológico e nem sempre são publicadas posteriormente, sendo retratadas principalmente em reportagens na mídia (JULIANO et al,2006; CAPOTE, 2009).

Especialmente no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial (PPGEEs), programa no qual o presente estudo foi desenvolvido, existe um único estudo encontrado na temática da TAA, sendo o de Capote (2009). O objetivo deste estudo foi de verificar se a TAA trazia efeito para o desenvolvimento psicomotor de crianças com Deficiência Intelectual. A pesquisadora separou os participantes do estudo

em Grupo Experimental e Grupo Controle, e realizou a intervenção apenas com o Grupo Experimental; para avaliar os resultados da intervenção utilizou instrumentos relativos ao desenvolvimento psicomotor e um diário de campo, e posteriormente comparou os dados de ambos os grupos. Obteve como resultados que a TAA trouxe benefícios para os participantes em relação ao desenvolvimento motor, motivação e cuidado aos seres vivos.

Além disso, os estudos com idosos no PPGEs ainda não foram muito explorados, sendo encontrados somente os estudos de: Sartori (2008) que investigou se os idosos com Doença de Alzheimer poderiam aprender novas discriminações e o quanto a aprendizagem e lembrança dos estímulos diminuem na velhice sem a Doença de Alzheimer (DA); Faleiros (2009), que analisou os efeitos de um grupo psico-educacional para cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer; Inouye (2009) que objetivou identificar as diferenças na percepção sobre Qualidade de Vida (QV) entre um grupo de idosos com Doença de Alzheimer (DA) e um grupo de seus cuidadores familiares; Por fim, o de Mecca (2011), sendo que neste, o objetivo foi de avaliar se a composição da dieta dos idosos influencia sobre as alterações cognitivas.

Conforme exposto, ainda existem poucos estudos acerca da temática da TAA com idosos, e existe a demanda da execução da TAA com este público devido aos benefícios que a mesma pode proporcionar. Sendo assim, é importante a expansão destes estudos.

A expansão dos estudos sobre a TAA propiciará maior conhecimento sobre esta modalidade terapêutica, bem como sobre seus benefícios. Além disto, quando expandimos os estudos sobre a TAA com os idosos acabamos por beneficiar os participantes da pesquisa, tendo em vista que os idosos sofrem algumas alterações com o envelhecimento, ainda mais quando institucionalizados, e então apresentam a necessidade de intervenções para manter e/ou estimular sua cognição. Isto justifica a relevância deste estudo.

Além disso, este irá contribuir com a ampliação dos estudos com idosos e com a Terapia Assistida por Animais no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial (PPGEs) da Universidade Federal de São Carlos, já que existem quatro estudos já realizados na temática dos idosos, sendo três com foco principalmente na Doença de

Alzheimer, e apenas um estudo na temática da TAA, relacionando esta a deficiência intelectual em crianças.

No caso, o presente estudo trata de uma proposta diferenciada de intervenção para o desenvolvimento cognitivo, através da execução da TAA.

Portanto, este estudo tem como objetivo avaliar a eficácia da TAA, mais especificamente a cinoterapia, no desenvolvimento cognitivo das pessoas idosas, bem como os sintomas depressivos, por meio da aplicação de um pré-teste anterior à intervenção com os animais e um pós-teste após a intervenção.

O enfoque cognitivo deste estudo deve-se ao grande número de idosos que apresentam algum comprometimento neste aspecto, e pela preocupação de estabilizar ou reabilitar o nível cognitivo dos participantes, a fim de evitar que os quadros evoluam para demências.

Pelo fato de “cognição” ser um conceito muito amplo, envolvendo diversas funções cerebrais, neste estudo foram avaliadas algumas dessas funções, como por exemplo, orientação temporal, orientação espacial, memória, atenção, cálculo, linguagem e capacidade viso-espacial.

2 MÉTODO

2.1 Desenho do Estudo

Esta pesquisa apresenta delineamento experimental de tipo pré-teste-pós-teste, de acordo com o referencial de Gil (2002) e Cozby (2003).

Um estudo experimental consiste em determinar um objeto de estudo, selecionar as variáveis capazes de influenciá-lo e definir as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto (GIL, 2002). No caso deste estudo, foi determinada como objeto a cognição dos idosos institucionalizados, foi selecionada a TAA como variável capaz de influenciá-la e as formas de controle foram realizadas com os instrumentos do pré-teste-pós-teste, e as formas de observação com anotações no diário de campo.

De acordo com Cozby (2003), o delineamento experimental visa estudar a relação entre as variáveis; neste estudo, será analisada a relação entre a TAA e o

desempenho cognitivo de idosos institucionalizados com a utilização de um grupo experimental e um grupo controle.

Existem duas formas as quais se pode assumir um estudo experimental: pós-teste e pré-teste-pós-teste; ambos verificam o desempenho do grupo individualmente no domínio a ser avaliado, porém com o pré-teste é possível medir o grau de mudança em cada indivíduo (COZBY, 2003). Tendo em vista que este estudo pretende medir o grau de mudança dos participantes com a intervenção a ser realizada, e não somente verificar o desempenho, será utilizado o tipo pré-teste-pós-teste. Desta maneira, serão aplicados instrumentos relativos aos aspectos cognitivos no momento anterior à intervenção, e, após as sessões da TAA, os mesmos foram reaplicados.

2.1.1 Hipótese

A execução da TAA junto aos idosos residentes da Instituição de Longa Permanência do município irá trazer melhorias no desempenho cognitivo dos mesmos.

2.2 Aspectos éticos

Primeiramente foi contatada a ILPI do município a qual se pretendia realizar o estudo, esclarecendo o dirigente da mesma sobre seus objetivos e procedimentos. Mediante autorização (APÊNDICE 1), foi dada continuidade aos processos desta pesquisa.

A fim de garantir a integridade e dignidade desta pesquisa e de seus participantes, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Foi aprovado com o parecer de número 981.319.

Os possíveis participantes do estudo também foram esclarecidos sobre esta pesquisa em relação aos seus objetivos e procedimentos e o estudo foi realizado somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2) pelos participantes, no qual consta que os dados serão utilizados somente para fins científicos, e garantia da privacidade e confidencialidade.

Outra questão de ética que deve ser ressaltada é a garantia da vacinação atualizada dos animais e o cuidado periódico destes por um médico veterinário, pois isto

garantirá a saúde dos animais, conservando assim a saúde dos participantes e não oferecendo risco para os mesmos.

2.3 Local do estudo

O local de estudo foi uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) do município de São Carlos-SP.

2.4 Participantes do estudo

Participaram do estudo 13 idosos com declínio cognitivo que residem na ILPI. Participou também um animal (para a realização da intervenção), sendo este uma cadela de porte pequeno, mansa, com a vacinação atualizada e acompanhamento periódico por um médico veterinário.

Os idosos participantes foram divididos em dois grandes grupos que são próprios do delineamento experimental, sendo estes os níveis da variável independente como proposto por Cozby (2003). Tais grupos são o Grupo Experimental (GE) e Grupo Controle (GC).

O Grupo Experimental foi composto por sete idosos escolhidos aleatoriamente, e os mesmos foram submetidos à intervenção (TAA). O Grupo Controle foi composto por seis idosos, também escolhidos aleatoriamente, porém estes não foram submetidos à intervenção.

A escolha aleatória ocorreu após os treze idosos terem concordado em participar da pesquisa e assinado o TCLE, e consistiu em solicitar que a equipe do local distribuisse números aos indivíduos. Por meio de um sistema online eram sorteados esses números e a cada número sorteado era incluído um participante em cada grupo (experimental ou controle), respectivamente.

O procedimento de Grupo Controle e Grupo Experimental é utilizado, pois existe a necessidade de uma condição de comparação para que seja possível interpretar os resultados. Desta maneira, em estudos experimentais é feita a utilização de tais grupos a fim de garantir que as diferenças entre os resultados dos mesmos sejam devidas à variável manipulada, ou seja, a intervenção, permitindo assim que seja realizada uma interpretação precisa dos dados obtidos (COZBY, 2003).

2.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Para incluir os participantes na pesquisa os critérios utilizados foram apresentar 60 anos ou mais, ser residente na Instituição de Longa Permanência do estudo, apresentar declínio cognitivo indicado pelos instrumentos aplicados.

Os critérios de exclusão dos participantes foram os seguintes: apresentarem menos de 60 anos e não terem a indicação de declínio cognitivo.

2.5 Materiais e equipamentos

Foram utilizados como materiais aqueles demandados para a execução da TAA, como alguns utensílios e objetos que fazem parte do ambiente e da rotina dos animais, por exemplo: escova para pentear pêlos, coleiras, ração, petiscos, comedouro e vasilha de água, presilhas. Por questão de saúde e higiene, foi necessário também torneira, sabonete e toalha, para que após o contato com os cães os participantes desinfetassem as mãos.

Torna-se necessária também a utilização de um diário de campo, sendo que de acordo com Lima, Miotto e Prá (2007), este é utilizado para registrar atividades de pesquisa e/ou processo de trabalho. Desta maneira, optou-se por seu uso para controlar e monitorar as atividades a serem realizadas na intervenção, e também para assegurar a confiabilidade dos dados a serem obtidos.

O diário de campo possibilitou uma medida comportamental em relação ao desempenho dos participantes. As medidas a serem analisadas foram o comportamento dos idosos, tanto verbais quanto não verbais; relatos dos profissionais da instituição sobre os idosos em relação ao seu comportamento e estado de saúde, bem como auto-relato dos idosos. Também foi registrado para análise no diário de campo o desempenho dos idosos em cada atividade, sessão após sessão, a fim de verificar se com o decorrer da intervenção os mesmos aprenderam e aprimoraram as atividades.

2.6 Instrumentos

Para verificar o estado cognitivo dos idosos e selecionar os participantes foram utilizados como instrumentos o Mini Exame do Estado Mental (Mini-mental) (Anexo 1) e o teste de Fluência Verbal pela categoria de animais (Anexo 2).

O Mini-mental é um teste neuropsicológico para rastreamento das funções cognitivas criado por Folstein et al em 1975; trata-se de um instrumento aberto, contando com 19 itens que variam entre perguntas e solicitações que abordam funções cognitivas como orientação temporal, orientação espacial, memória, atenção, cálculo, linguagem e capacidade construtiva visual. Seu escore varia de 0 a 30 pontos, sendo que originalmente a nota de corte é 24 pontos, sugerindo déficit cognitivo em pontuações menores que esta.

Este instrumento foi traduzido por Bertolucci et al (1994), os quais observaram a sensibilidade dos resultados ao nível de escolaridade e realizaram adaptação utilizando notas de corte específicas de acordo com a escolaridade para poder apresentar o diagnóstico genérico de declínio cognitivo. Desta maneira, o escore mínimo sugerido de acordo com a escolaridade é de 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para indivíduos com baixa a média escolaridade e 26 pontos para indivíduos com alto nível de escolarização.

Posteriormente foram desenvolvidos outros diversos estudos e adaptações acerca deste instrumento, e, para a realização desta pesquisa, foi escolhida a versão de Brucki et al (2003), que apresenta as notas de corte de 14 pontos para analfabetos, 22 pontos para um a três anos de escolaridade, 24 pontos para quatro a sete anos de escolaridade e 26 pontos para mais de sete anos de escolaridade.

Outro teste utilizado, o teste de Fluência Verbal pela categoria de animais, tem o objetivo de avaliar a linguagem e a memória semântica. Os testes de fluência verbal podem ocorrer em diversas categorias; estes tipos de teste surgiram pelo questionamento sobre os testes de inteligência serem preditores cognitivos, como por exemplo os testes de QI. Em 1938, Thurstone sugeriu essa nova modalidade de teste, pois o autor considerava a linguagem como uma função diferenciada dentre as funções cognitivas.

Originalmente o teste (então nomeado Thurston Word Fluency) consistia em duas fases, na qual a primeira era solicitada escrever em cinco minutos o maior de palavras iniciadas com a letra S, e em quatro minutos o maior número de palavras iniciadas com a letra C e contendo quatro letras. A pontuação era obtida a partir da soma de todas as palavras corretas. A partir disto, foram surgindo variações e adaptações do teste e, uma das suas variações é a utilização pela categoria “animal”,

pois se acredita que esta seja menos vulnerável à variável escolaridade (SANTOS, SANTANA, 2015).

Atualmente o teste de fluência verbal é utilizado em diversas baterias de exames neuropsicológicos, dentre eles o Boston Diagnostic Aphasia Examination, Clinical Evaluation of Language Fundamentals, Woodcock Johnson III Tests of Cognitive Abilities, Consortium of the Establishment of a Register of Alzheimer's Disease, etc (BRUCKI et al, 1997; SANTOS, SANTANA, 2015).

O presente teste foi normatizado no Brasil em 1997, por Brucki et al. Neste teste, é solicitado ao indivíduo que diga todos os animais que se recordar ao decorrer de um minuto; os escores da média são baseados de acordo com a escolaridade, variando entre 9 animais para analfabetos e 13 animais para 8 anos ou mais de escolaridade.

Sabe-se que a depressão é muito comum em idosos institucionalizados e que esta tem relação com a cognição, portanto foram avaliados os sintomas depressivos dos idosos por meio do instrumento Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – versão 15 pontos (Anexo 3). A GDS é uma escala de rastreio dos transtornos de humor em idosos elaborada por Yesavage et al, 1986, originalmente com 30 perguntas.

Em 1986 Sheikh e Yesavage elaboraram a versão curta da GDS, contanto agora com 15 pontos. Em 1999 Almeida e Almeida validaram a escala no Brasil, após aplicarem a mesma com 64 idosos em um ambulatório psiquiátrico e a considerarem confiável. Em suma, a GDS-15 trata de um questionário fechado, com 15 perguntas que evitam a esfera da queixa somática, às quais o indivíduo deve responder sim ou não.

Para contabilizar o resultado no instrumento são somados os pontos de acordo com as respostas e a pontuação indica se há ou não sintomas depressivos e sua intensidade, sendo que quanto mais pontos somados, mais sintomas depressivos são encontrados. O escore é dado por: 0 a 4 pontos – sem sintomas depressivos; 5 a 10 pontos – apresenta sintomas depressivos; 11 a 15 pontos – sintomas depressivos severos.

2.7 Procedimentos da coleta de dados

Primeiramente foram realizadas as avaliações cognitivas com os instrumentos citados junto aos participantes, a fim de verificar seu estado cognitivo e selecionar os participantes.

Após a posse dos dados foi feita a familiarização dos participantes com os animais em duas visitas, tendo o contato de aproximadamente uma hora em cada uma delas. Posteriormente, foi realizada a intervenção com a TAA; a intervenção ocorreu durante dez semanas, com duas sessões por semana com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. Após a intervenção foram feitas outras duas visitas para que os idosos pudessem desenvolver atividades livres com os cães e se despedir dos mesmos.

As atividades da TAA foram feitas com base no estudo de Capote (2009), sendo alguns exemplos de seu estudo: passeio por trajeto fixo, no qual os participantes executam as seguintes atividades: 1) colocar a coleira no cão; 2) iniciar o passeio com a guia na mão direita, e no meio deste trocar a guia para a mão esquerda; 3) tirar a coleira do cão; outras atividades foram encher os copos descartáveis de água e colocar a água na vasilha de água do cão; colocar 20 grãos de ração no comedouro do cão, um a um, primeiramente com a mão direita e posteriormente com a mão esquerda (10 grãos para cada mão) e oferecer ao cão; pentear o cão 10 vezes com a mão direita e 10 vezes com a mão esquerda; colocar 20 presilhas no pêlo do cão, sendo 10 presilhas com a mão direita, e as outras 10 presilhas com a mão esquerda.

Durante a intervenção foi realizado o uso de um diário de campo, no qual todas as atividades foram descritas e o desempenho dos participantes foi registrado individualmente, bem como foram coletadas informações com os profissionais da ILPI sobre o comportamento dos idosos nos momentos posteriores às atividades da TAA. Isto proporcionou uma medida de comportamento alternativa, possibilitando avaliar se houve melhora ou não no desempenho dos participantes em relação às atividades, e se houve mudança ou não na conduta dos mesmos de acordo com os profissionais.

Tendo em vista que este é um estudo de tipo pré-teste-pós-teste, os instrumentos citados foram reaplicados após as sessões da TAA visando verificar se houve mudança no estado cognitivo dos idosos e medir o grau da mesma, buscando assim cumprir com

os objetivos deste estudo, que são o de verificar a eficácia da TAA no desempenho cognitivo dos idosos.

2.8 Análise dos dados

A análise dos dados era pretendida ser quali-quantitativa, mas devido ao baixo número de participantes ao final da pesquisa não foi possível realizar análise estatística e, desta maneira, foi feita apenas a análise qualitativa. De acordo com Cozby (2003), a abordagem qualitativa é descritiva, expressa em termos não numéricos, utilizando linguagem e imagens. Sendo assim, foram descritos os resultados e o processo que levou aos mesmos de maneira aprofundada; até porque, os dados que foram obtidos com o diário de campo propiciaram este tipo de análise.

3. RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada de acordo com a metodologia aplicada e após o consentimento de todos os envolvidos, seguindo o cronograma pré-estabelecido. A seguir serão especificados os dados obtidos do Grupo Experimental, bem como do Grupo Controle.

3.1 Grupo Experimental

O Grupo Experimental contou com sete idosos residentes de uma Instituição de Longa Permanência. Dos sete idosos, três eram do sexo masculino, e quatro do sexo feminino. Tinham idade entre 71 e 92 anos. Os participantes serão descritos no quadro a seguir com nomes fictícios, a fim de propiciar familiarização com os mesmos e associar ao seu gênero, ainda preservando sua identidade.

QUADRO 1 – Descrição dos Participantes

NOME	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE
Guilherme Bueno	Masculino	71	Superior completo
Raíssa Braga	Feminino	88	Médio incompleto
Tatiana Inácio	Feminino	91	Fundamental completo
Gabriela Campos	Feminino	89	Fundamental Incompleto
Joana Batista	Feminino	82	Fundamental Incompleto
Otávio Oliveira	Masculino	92	Fundamental Completo
Julio Moreira	Masculino	90	Fundamental Incompleto

Para a coleta, primeiramente foram aplicados alguns instrumentos junto aos idosos, sendo estes o Mini Exame do Estado Mental, a Escala de Depressão Geriátrica versão 15 pontos e o Teste de Fluência Verbal pela categoria animais. Os resultados do pré-teste serão descritos no quadro 2, lembrando que os resultados nos testes cognitivos apresentam nota de corte de acordo com a escolaridade.

QUADRO 2 – Resultados no pré-teste

PARTICIPANTE	MINI-MENTAL		GDS-15		FLUÊNCIA VERBAL	
	Obtido	Corte	Obtido	Depressão	Obtido	Corte
Guilherme Bueno	22	26	3	Ausente	12	13
Raíssa Braga	22	24	1	Ausente	9	12
Tatiana Inácio	6	22	3	Ausente	1	12
Gabriela Campos	3	22	7	Leve	1	12
Joana Batista	17	22	2	Ausente	10	12
Otávio Oliveira	17	22	7	Leve	4	12
Julio Moreira	7	22	3	Ausente	3	12

Após a aplicação dos instrumentos foi feita a familiarização do cão terapeuta com os idosos. A familiarização consistiu em visitas onde ocorria uma interação entre os participantes, a pesquisadora e o animal, de maneira descontraída, a fim de que o animal ficasse acostumado com os participantes e vice-versa, para a melhor execução da terapia.

A etapa seguinte foi a execução da Terapia Assistida por animais, porém alguns participantes não realizaram a mesma, sendo estes: Gabriela Campos (desistência por motivos pessoais), Joana Batista (desistência por motivos pessoais), Otávio Oliveira (desistência por motivos de saúde – internação) e Júlio Moreira (óbito).

Para a realização da TAA foram elaboradas sete atividades que tinham o objetivo de exercitar a atenção, memória e a coordenação motora dos participantes. As atividades que foram aplicadas são descritas a seguir:

1. Pentear o animal num total de 20 vezes, sendo 5 com a mão direita, 5 com a mão esquerda e novamente 5 com a mão direita, e 5 com a mão esquerda.

2. Colocar 20 presilhas no animal. Eram colocadas 5 presilhas com a mão direita, 5 com a mão esquerda e novamente 5 presilhas colocadas com cada mão do até completar o total. A segunda etapa da atividade era retirar as presilhas desta mesma maneira de contagem.
3. Esta atividade foi uma combinação entre a 1ª e a 2ª. Consistiu em pentear o animal e colocar presilhas. Penteia-se um total de 20 vezes e coloca-se 4 presilhas, mas em etapas: pentear 5 vezes com a mão direita e colocar uma presilha com a mesma mão, pentear 5 vezes com a mão esquerda e colocar uma presilha com a mesma mão, e revezar até completar o total de 20; ao completar o total, o participante penteia 5 vezes e retira uma presilha no mesmo sentido que a etapa anterior.
4. Colocar 20 presilhas no pelo do animal, sendo que eram colocadas 2 presilhas simultaneamente com a mão direita e a mão esquerda, e depois retirar as 20 presilhas, também simultaneamente com a mão direita e a mão esquerda.
5. Pentear e contar com os dedos. Conforme penteava o animal, o participante levantava os dedos; foram feitas 5 contagens progressivas subindo os dedos e 5 contagens regressivas baixando os dedos, tanto com a mão direita quanto com a mão esquerda.
6. Colocar presilhas e contar com os dedos. Conforme colocava presilhas no animal, o participante levantava os dedos; foram feitas 5 contagens progressivas subindo os dedos e 5 contagens regressivas baixando os dedos, tanto com a mão direita quanto com a mão esquerda.
7. Pentear contando de 1 a 10 de maneira acumulativa. O participante penteava uma vez com a mão direita, 2 vezes com a mão esquerda, 3 vezes com a mão direita, 4 vezes com a esquerda, e da seguinte maneira até atingir o número 10. Após atingir o número era feita a regressiva, penteando 10 vezes com a mão direita, 9 vezes com a mão esquerda, 8 vezes com a mão direita, 7 vezes com a mão esquerda, e da seguinte maneira até atingir o número 1.

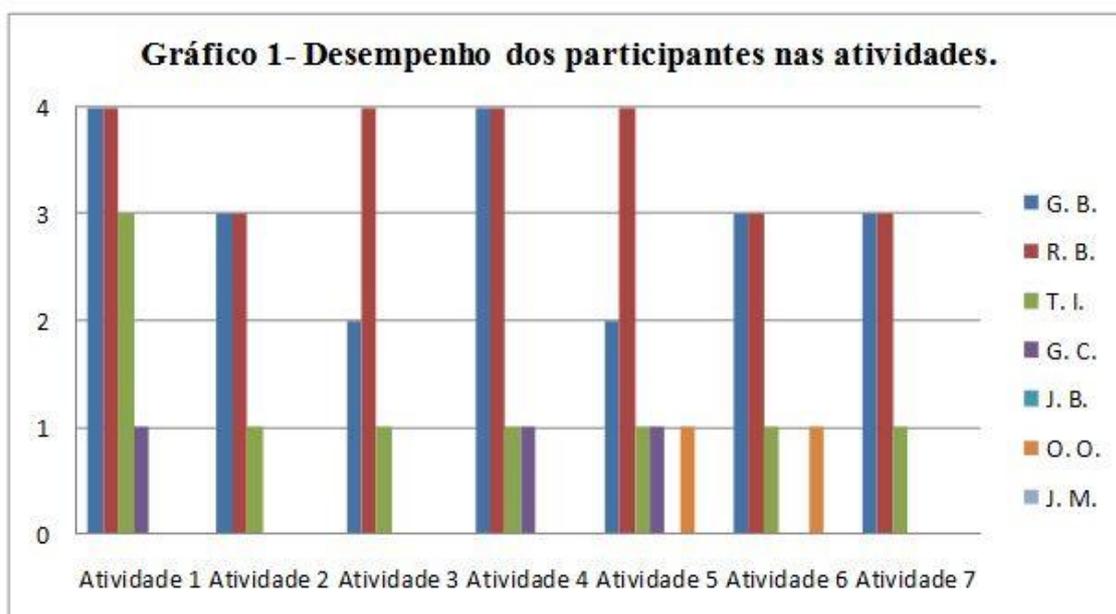
Foi analisado o desempenho dos participantes na primeira execução das atividades, e este foi descrito através das variáveis: facilidade para execução; execução correta; dificuldade para execução e execução incorreta. Isto pode ser observado no

quadro 3. A partir do desempenho na primeira execução era analisada a necessidade de realizar a atividade novamente ou não, a fim de que a mesma ocorresse totalmente correta; vale ressaltar que algumas atividades foram executadas mais de uma vez.

Quadro 3 - Descrição do desempenho nas atividades do Grupo Experimental.

Participante	Desempenho na Atividade						
	1	2	3	4	5	6	7
Guilherme Bueno	Facilidade	Correto	Dificuldade	Facilidade	Dificuldade	Correto	Correto
Raíssa Braga	Facilidade	Correto	Facilidade	Facilidade	Facilidade	Correto	Correto
Tatiana Inácio	Correto	Incorreto	Incorreto	Incorreto	Incorreto	Incorreto	Incorreto

O quadro anterior pode ser mais bem visualizado no gráfico 1. Este gráfico descreveu o desempenho numericamente, no qual 0 corresponde a não participação, 1 corresponde a incorreto, 2 corresponde a dificuldade, 3 corresponde a correto e 4 corresponde a facilidade.



Após as sessões da TAA foi feito o pós-teste, aplicando novamente os instrumentos referidos junto aos participantes que concluíram todas as etapas da coleta,

já que houve duas desistências após o início da TAA, um caso de afastamento por motivos de saúde e uma morte.

Os resultados foram descritos individualmente no Quadro 4.

Quadro 4 - Descrição dos dados do Grupo Experimental

Participante	Mini Exame do Estado Mental		Escala de Depressão		Estado de Fluência Verbal		Observação
	Pré-Teste	Pós-Teste	Pré-Teste	Pós-Teste	Pré-Teste	Pós-Teste	
Guilherme Bueno	22/26 pontos	24/26 pontos	3 pontos	4 pontos	12/13 pontos	12/13 pontos	Participou de todas as atividades.
Raíssa Braga	22/24 pontos	24/24 pontos	1 ponto	2 pontos	9/12 pontos	14/12 pontos	Participou de todas as atividades.
Tatiana Inácio	6/22 pontos	10/22 pontos	3 pontos	6 pontos	1/12 pontos	2/12 pontos	Não executava as atividades corretamente.

A seguir temos a descrição detalhada da participação dos integrantes do Grupo Experimental, com base em algumas descrições do diário de campo.

Guilherme Bueno:

- 1ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 22/26 pontos.
- 1ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 3 pontos (sem sintomas depressivos)
- 1ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 12/13 pontos.

- Participação nas atividades: Todas as atividades foram executadas, e em caso de dificuldade houve insistência para que saísse corretamente. Guilherme demonstrou gostar de participar da TAA.
- 2ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 24/26 pontos.
- 2ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 1 ponto (sem sintomas depressivos).
- 2ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 12/13 pontos.
- Observação: Guilherme participou de todas as atividades e após a execução das mesmas foi observado melhora no estado cognitivo; sendo assim, é possível associar tal melhora à TAA.

Raíssa Braga:

- 1ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 22/24 pontos.
- 1ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 1 ponto (sem sintomas depressivos).
- 1ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 9/12 pontos.
- Participação nas atividades: Raíssa se mostrou muito interessada e executava as atividades corretamente; quando havia dificuldade eram feitas tentativas até que saísse corretamente.
- 2ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 24/24 pontos
- 2ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 2 pontos (sem sintomas depressivos).
- 2ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 14/12 pontos.
- Observação: Nota-se que houve uma melhora no estado cognitivo da participante após a TAA, e considera-se que haja relação entre os fatores devido à participação e interesse nas atividades.

Tatiana Inácio:

- 1ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 6/22 pontos.
- 1ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 3 pontos (sem sintomas depressivos).
- 1ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 1/12 pontos.

- Participação nas atividades: Tatiana não executava as atividades corretamente, pois tinha dificuldade com a atenção e até força, mas houve empenho da participante para ao menos pentear algumas vezes (colocar presilhas exigia muito esforço da participante).
- 2ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 10/22 pontos.
- 2ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 6 pontos (sintoma depressivo leve).
- 2ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 2/12 pontos.
- Observação: A participante relatou gostar muito de cachorro, fato confirmado pela sua irmã. Apesar de não ter executado corretamente as atividades, o esforço e a interação com o animal podem ter colaborado para a melhora no estado cognitivo da mesma, porém houve uma piora nos sintomas depressivos.

A seguir temos a apresentação de um relato com base nas anotações do diário de campo. Este relato está ordenado pelas visitas realizadas e tem anotações como a interação dos participantes, desempenho na atividade e alguns relatos da equipe.

VISITA 1

A visita 1 consistiu na apresentação da pesquisadora aos 13 participantes (tanto do grupo experimental quanto do grupo controle). Aqui nos conhecemos e os mesmos foram orientados quanto aos procedimentos da pesquisa, e foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinatura do mesmo, caso os participantes concordassem com a pesquisa.

Como foram muitos procedimentos para apenas uma visita, não houve muito tempo disponível para conhecer melhor os participantes. Inclusive, houve a necessidade de uma outra visita para que pudesse terminar de ler o TCLE junto a todos os participantes.

VISITA 2

Na segunda visita foi feita a leitura junto aos demais participantes e também foram colhidas as assinaturas caso os mesmos concordassem em fazer parte da pesquisa. Nela também foi iniciada a aplicação dos instrumentos que foram utilizados na pesquisa.

VISITA 3

Esta visita teve a continuidade da aplicação dos instrumentos, onde foi possível finalizá-la junto aos participantes.

VISITA 4

A visita 3 consistiu na separação dos participantes entre grupo experimental e grupo controle. Essa separação foi feita aleatoriamente junto à equipe da Instituição, como já citado anteriormente.

Após os grupos definidos, os participantes foram informados se fariam ou não a intervenção com o animal. Alguns participantes como Guilherme e Raíssa demonstraram muita alegria em fazer parte do grupo experimental, devido à presença do cão. Gabriela demonstrou certo incômodo e foi ressaltado para a participante que ela poderia desistir.

VISITA 5

Nesta visita foi o real início da intervenção junto ao Grupo Experimental. Nela se deu início a familiarização do animal junto aos participantes.

Guilherme relatou que sua irmã tinha um animal e que ele gostava muito do mesmo, um cão da raça Schnauzer. Ficou muito feliz e fez muitos elogios ao animal.

Raíssa demonstrou afeição à cadela, porém relatou não ter tido outros animais.

Tatiana gostou muito da visita, e disse que já teve outros cães. Quando fui tirar a cadela para levar à outra participante a mesma pediu para deixar o animal mais um pouco.

Gabriela resistiu a fazer carinho, mas elogiou que a cadela era muito bonitinha. Disse que não tinha animais, mas que seus filhos tinham, e que na casa deles não gostava que os mesmos ficassem dentro da residência.

Joana demonstrou gostar do animal e pediu para pegar no colo; disse que tinha 11 gatos antes de ir para a instituição e que já teve cães também.

Otávio fez carinho no animal, mas não disse muitas coisas sobre tal interação. A equipe do local relatou que ele tinha dificuldade para falar.

Julio elogiou a cadela, mas não fez muito carinho. Mostrou ser reservado e não falou muito sobre seu passado.

VISITA 6

A sexta visita também consistiu em realizar a familiarização da cadela com os participantes. Antes de iniciar o contato com os participantes, a equipe do local relatou que após a primeira familiarização alguns idosos se mostraram empolgados em realizar as atividades da TAA e elogiaram a instituição por terem colocado tais atividades.

Tatiana foi a primeira a querer ver o animal; logo que avistou a cadela já abriu um sorriso e esticou a mão chamando “cachorrinho” (não recordava o nome).

Gabriela estava logo ao lado de Tatiana e pediu para não aproximar muito com a cadela. Disse que preferia ir aos poucos para pegar confiança. Isso foi respeitado e, à distância, foi feita a interação com a participante.

Raíssa também não recordava o nome do animal, mas lembrou da visita anterior. Fez carinho na cadela e pediu para pegar no colo. Demonstrou preocupação, perguntando se era preciso mais água para o animal e se a mesma já tinha se alimentado.

Guilherme pediu para pegar a cadela no colo e fez vários elogios para a cadela. Também perguntou mais a respeito do animal, como quantos anos tinha, se fazia muita bagunça, etc. Novamente recordou do cão de sua irmã.

Joana não demonstrou muita alegria com a visita e até contestou se isso não traria desconforto para o animal, se referindo à questão de tirá-la de casa. Informei que não e que a cadela gostava de passear. Joana concordou e relatou “verdade, ela está abanando o rabinho”. Conversou um pouco, mas não quis acariciar o animal.

Julio acariciou a cadela dessa vez, mas não se recordava da visita anterior. Manteve-se um pouco quieto, se limitando apenas a responder algumas perguntas como “o Sr. Passou bem a semana? O que o Sr. Achou do almoço? o Sr. Achou a Kitty (nome da cadela) bonita?”, etc.

Otávio já não estava mais presente pois foi internado com alguns problemas de saúde e, portanto, foi excluído como participante da pesquisa.

VISITA 7

Na sétima visita foi dado o início às atividades da Terapia Assistida por Animais.

Na primeira atividade, já descrita anteriormente, o desempenho dos participantes foi bom.

Guilherme já passou a recordar a pesquisadora e a cadela, lembrando inclusive de nossos nomes. Interagiu bem conosco e executou a atividade com facilidade.

Raíssa executou a atividade com facilidade e lembrava-se da pesquisadora e da cadela das outras visitas, porém ainda não recordava nossos nomes. Teve boa interação conosco.

Joana não quis executar a atividade e quis desistir da TAA; porém, pediu para que continuasse a levar o animal para ela interagir. Isso foi respeitado e as próximas visitas passaram a ser somente para seu bem-estar e socialização e Joana foi excluída como participante da pesquisa.

Tatiana não recordava das visitas anteriores, porém novamente demonstrou muita alegria em nos receber. Executou a atividade corretamente.

Gabriela também não recordava das visitas anteriores, mas interagiu conosco. Em um primeiro momento não quis participar da atividade, mas depois de observar os demais participantes realizando a mesma, ela pediu para tentar. Teve dificuldade para execução, não mantendo a atenção na contagem para a hora da troca.

Julio estava presente e interagiu conosco, mas não quis participar da atividade, pediu para que aguardasse até a próxima visita e aí ele iria realizá-la.

VISITA 8

Na 8ª visita foi realizada a 2ª atividade da TAA.

Gabriela recordou que havia participado da atividade anterior, porém não recordava nossos nomes. Não quis participar desta atividade, e isto foi respeitado. Apesar de não querer participar da atividade, ela interagiu conosco.

Tatiana não recordou da visita anterior e nossos nomes, mas demonstrou muita alegria por estarmos lá. Sua irmã também estava presente e a incentivou a realizar a atividade. A irmã relatou que ela adora cães e que estava pensando em levar também sua cadela para visitá-la. Tatiana executou incorretamente a atividade, pois não conseguiu colocar as presilhas com a mão esquerda; porém, a participante merece o reconhecimento de seu esforço e por ter conseguido realizar a atividade com a mão direita.

Joana recebeu a visita como solicitado por ela e interagiu conosco, mas não havia recordado nossos nomes.

Raíssa recordou da atividade anterior, mas não recordou nossos nomes. Na execução da atividade houve um pouco de confusão na hora de trocar da mão direita para a mão esquerda, porém executou a atividade corretamente.

Guilherme continuou recordando-se de nós e executou a atividade corretamente, apesar de também ter tido confusão na hora de trocar da mão direita para a mão esquerda. O participante interagiu bem conosco.

Julio infelizmente havia falecido.

VISITA 9

Na nona visita foi executada a terceira atividade da TAA.

Guilherme apresentou dificuldade na execução, sendo que a mesma era tida pois não mantinha a atenção/concentração na contagem para fazer a troca entre pentear e colocar as presilhas. O participante conversou um pouco menos conosco desta vez, e aparentava estar chateado por ter tido dificuldade na execução.

Gabriela interagiu conosco mesmo sem recordar de nós e das visitas anteriores, porém não quis participar da atividade.

Tatiana continuou sem recordar de nós, mas novamente teve boa interação e executou a atividade. A execução foi incorreta, sendo que a participante não conseguiu colocar as presilhas; apenas penteou e contou com a mão direita.

Raíssa recordou da atividade anterior e de nós, mas não recordou os nomes. Interagiu conosco e ainda demonstrou estar chateada com o falecimento de Julio. A participante teve facilidade na realização da atividade.

Joana estava na instituição, porém desta vez não quis nem receber a visita. A equipe do local relatou que a participante teve um quadro de desintéria pela manhã.

VISITA 10

Na visita de número dez foi realizada a atividade de número 4 da TAA.

Gabriela desta vez estava de bom humor, fazendo elogios a cadela e interagindo bem conosco. Desta vez até participou da atividade, porém executou de maneira incorreta, colocando apenas 18 presilhas com a mão direita.

Raíssa ainda não recordou nossos nomes, mas interagiu bem e desta vez fez muito carinho na cadela. Teve facilidade para a execução da atividade.

Guilherme interagiu bem com o animal, pedindo até para passear com a cadela na coleira pela instituição. O participante executou a atividade com facilidade.

Apesar de Joana não ter nos visto na visita anterior, ainda recordava nossos nomes. Conversou bastante conosco e disse estar melhor.

Tatiana não recordou nossos nomes, mas, depois que foi informado, a participante nos chamou corretamente durante a atividade. A participante executou a atividade de maneira incorreta, mas colocava as presilhas em cima da cadela sem afixar no pelo, e não eram colocadas simultaneamente. Um fato interessante é que a participante ao pegar as presilhas falava as cores das mesmas corretamente.

VISITA 11

Na décima primeira visita foi realizada a quinta atividade da TAA.

Nesta visita foi relatado pelo fisioterapeuta da instituição que os participantes diminuíram muito as reclamações do esforço demandado pela fisioterapia, fazendo as atividades da mesma com mais “boa vontade”.

Na presente atividade Raíssa apresentou facilidade para a execução. A participante passou a recordar nossos nomes e teve boa interação conosco.

Gabriela não recordou de nós mas interagiu bem, fazendo muitos elogios ao animal. A participante fez carinho na cadela, e começou a realizar a atividade mas desistiu durante a mesma.

Guilherme teve dificuldade para a execução da atividade, onde não conseguia fazer simultaneamente os atos de contar e pentear; ou penteava e depois contava, ou vice-versa.

Tatiana interagiu bem conosco mesmo sem recordar nossos nomes, e desta vez questionou o calor que estava fazendo. Fez muito carinho na cadela e relatou estar feliz. Executou a atividade de maneira incorreta, onde não conseguia contar com os dedos simultaneamente ao pentear (apenas falava o número, sem levantar o dedo). Teve maior dificuldade com a mão esquerda.

Joana recebeu a visita e interagiu conosco novamente.

VISITA 12

Nesta visita foi repetida a atividade nº 5 da TAA.

Desta vez, Guilherme executou com menor dificuldade a atividade. Ainda estava incorreta, mas conseguiu contar simultaneamente com os dedos ao pentear, se confundindo apenas na hora de trocar as mãos.

Raíssa continuou recordando de nós e manteve a facilidade para a execução da atividade.

Gabriela conversou conosco, mas dessa vez não se aproximou muito do animal e nem realizou a atividade da TAA.

Tatiana interagiu conosco e relatou que estava com dor neste dia, mas quis tentar realizar a atividade. Executou de maneira incorreta novamente.

Joana não nos recebeu nesta visita, pois estava com a família em seu quarto. Ao terminar a visita, a família encontrou conosco e interagiu com o animal e disse que a participante mencionou estar nos recebendo.

Nesta visita a enfermeira da instituição fez um relato acerca da refeição de alguns participantes; disse que após a TAA Tatiana estava comendo em maior

quantidade e não estava derrubando tanta comida do prato, e que Joana passou a ir ao refeitório se alimentar junto aos outros moradores em vez de se alimentar sozinha no quarto.

VISITA 13

Nesta visita foi realizada a sexta atividade da TAA.

Tatiana demonstrou preocupação com a cadela por conta do tempo de chuva que estava formando, questionando se não iria assustá-la ou se ela iria se molhar. A participante executou a atividade incorretamente, apenas colocando as presilhas sobre o animal e contando sem levantar os dedos.

Raíssa fez a atividade corretamente, mas na contagem regressiva demorou uma quantidade considerável. Tal demorava se dava pela participante sempre ter que se lembrar de abaixar o dedo.

Joana novamente teve um quadro de disenteria pela manhã, mas dessa vez ela quis nos receber. Interagiu bem conosco, mas não fez muito carinho na cadela.

Gabriela interagiu pouco conosco e relatou estar de mal humor.

Guilherme relatou ter conversado com sua irmã e que o cachorro dela estava bem, e manteve boa interação conosco. Executou a atividade corretamente.

VISITA 14

A visita de número quatorze consistiu na atividade número sete da TAA.

Joana estava um pouco quieta, mas nos recebeu. Mencionou novamente a questão de incomodar a cadela tirando a mesma de casa. Não quis pegar a cadela no colo, mas conversou conosco.

Raíssa fez a atividade corretamente, mas precisou de muita atenção para realizar a contagem regressiva.

Guilherme fez a atividade corretamente e, ao final da mesma, pediu utilizar a cadela em uma das atividades da fisioterapia, que era caminhada em um percurso pré-determinado. O fisioterapeuta concordou e a pesquisadora também.

O fisioterapeuta sugeriu que fizesse o percurso também com Tatiana, que faria fisioterapia após Guilherme. Porém, com ela a cadela foi colocada no colo e o percurso foi feito na cadeira de rodas.

Tatiana havia executado a atividade de maneira incorreta, onde penteava apenas uma vez com cada mão, não conseguindo realizar a contagem completa.

Gabriela não estava presente nesta visita.

VISITA 15

Nesta visita foi repetida a atividade número 1.

Guilherme e Raíssa fizeram corretamente. Ambos recordaram de quando tinham executado a mesma e interagiram bem comigo e com a cadela.

Tatiana interagiu mais com a cadela, não estava muito receptiva para a conversa. Fez a atividade parcialmente correta, mas não recordou que já havia executado a mesma.

Joana interagiu conosco e mencionou que iria receber novamente uma visita de sua família.

Gabriela continuou sem querer fazer a atividade, porém interagiu conosco.

Nesta visita a enfermeira do local fez um novo relato positivo, mencionando que Gabriela “apesar de nunca querer nada, concordou em receber a manicure e fazer a mão e o pé, isso porque ela não gosta de cortar a unha”.

VISITA 16

Na visita 16 houve a repetição da atividade 2 da TAA.

Gabriela relatou que neste dia não sentia vontade de nada, mas interagiu conosco.

Joana estava feliz neste dia, pois tinha recebido visita de sua família; conversou bastante e fez carinho na cadela.

Guilherme interagiu conosco e se recordou de ter feito esta atividade. Porém, desta vez, se confundiu e colocou uma presilha a mais com a mão direita, mas de maneira geral executou a atividade corretamente.

Tatiana interagiu conosco e tentou fazer a atividade, mas não conseguiu executá-la corretamente.

Raíssa recordou da atividade e fez corretamente de maneira geral, mas também se confundiu um pouco. A participante se atrapalhou na contagem para a retirada das presilhas.

VISITA 17

Esta visita realizou a repetição da atividade 3 da TAA.

Joana conversou muito e fez carinho na cadela, e mencionou que estava realizando alguns exames solicitados pelo médico da instituição.

Guilherme não recordou perfeitamente da atividade, então a mesma foi explicada detalhadamente. O participante executou com dificuldade, mas dessa vez a dificuldade não pareceu afetar seu humor. Guilherme interagiu bem conosco.

Gabriela interagiu conosco de maneira limitada, apenas elogiando a cadela; não quis maior aproximação, tampouco realizar a atividade.

Raíssa conversou muito conosco e fez carinho na cadela. Mencionou lembrar-se da atividade, mas realizou a mesma de maneira inversa durante a regressiva (primeiro retirou as presilhas e depois penteou). O desempenho da participante foi considerado bom, pois a mesma não foi lembrada dos detalhes da atividade pelo fato da mesma ter relatado recordar; ou seja, ela realizou a atividade de maneira muito semelhante a atividade elaborada previamente sem que fosse detalhado o que a participante deveria fazer.

Tatiana não recordou da atividade e realizou a mesma de maneira incorreta, apenas penteando a cadela. Manteve boa interação com o animal durante a atividade fazendo vários elogios. Sua irmã estava lá novamente e mencionou que fez outras visitas sem que estivéssemos lá e que, nessas visitas, Tatiana falava muito sobre o animal.

VISITA 18

Esta foi a última visita com alguma atividade da TAA propriamente dita, e consistiu na repetição da sétima atividade.

Tatiana interagiu conosco e realizou a atividade incorretamente, já que penteou sem realizar a contagem por completo.

Raíssa conversou muito conosco, até como maneira de desabafo, pois havia sofrido uma queda e fraturou a costela; relatava ser grata por ter acontecido “dos males o menor” e disse que isso não iria impedir que continuasse a viver sua vida, embora tivesse algumas limitações. Por questão desta fratura, a atividade não foi realizada por completo, sendo que a participante apenas concluiu a mesma com o lado oposto da fratura.

Gabriela não quis nos receber nesta visita.

Guilherme recordou da atividade e novamente realizou de maneira correta. O participante também quis passear com a cadela na coleira.

A equipe do local relatou que as próximas visitas com o animal seriam muito importantes para Raíssa, já que a mesma teria que interromper diversas atividades como a fisioterapia e a terapia ocupacional; ou seja, esta seria uma maneira de manter a participante “ocupada e ativa”, minimizando o impacto emocional de seu acidente.

VISITA 19

Nesta visita os instrumentos foram reaplicados junto aos participantes deste grupo. Após a posse das respostas, o animal foi levado até eles para que não sentissem sua falta. Guilherme e Raíssa mencionaram estar preocupados em não ver a cadela, e ficaram muito felizes em recebê-la novamente.

Gabriela e Joana se recusaram a responder as perguntas dos instrumentos.

VISITA 20

Na visita de número 20 foi feita a primeira sessão de despedida. Os participantes foram informados que as atividades haviam se encerrado e que teriam esta e mais uma outra visita para se despedirem do animal.

Guilherme novamente pediu para passear com o animal, disse que iria aproveitar para fazer atividades livres para “curtir a Kitty”. Também deu alguns petiscos para a cadela.

Raíssa aproveitou muito, apesar de sua fratura. A participante conversou com a cadela, disse que sentiria sua falta e pediu para tirar uma fotografia e que voltássemos sempre que possível.

Tatiana conversou muito com a cadela, e disse para eu cuidar bem da mesma.

Joana e Gabriela não quiseram participar.

VISITA 21

Esta foi a última visita junto ao Grupo Experimental. Os participantes demonstraram que sentiriam nossa falta, porém não se despediram com tristeza; na verdade, os participantes se despediram com alegria e gratidão.

Guilherme agradeceu muito todas as atividades realizadas e pelas visitas; disse que foram tardes muito boas junto a nós e que se precisasse novamente de outra pesquisa desse tipo seria um prazer participar.

Raíssa também fez tais agradecimentos, e nos desejou muitas felicidades e, inclusive, sucesso com a pesquisa.

Tatiana se despediu focando mais no animal, mas também me deu um abraço e agradeceu pelas atividades.

A equipe do local fez relatos positivos. Tais relatos envolviam benefícios para a fisioterapia, já que o fisioterapeuta relatou que após a TAA os participantes passaram a fazer menos críticas dos esforços demandados na atividade; a terapeuta ocupacional relatou melhor desempenho em atividades como jogos e listas e a equipe de enfermagem relatou maior cooperação por parte dos idosos nas atividades de vida diária.

Observa-se que os participantes que concluíram as atividades tiveram uma melhora, de maneira geral, no estado cognitivo; isto é baseado tanto no resultado dos instrumentos quanto na percepção dos participantes e da equipe da ILPI. Sendo assim, atribui a este fato que a TAA foi efetiva.

3.2 Grupo Controle

O Grupo Controle contou com seis idosos residentes de uma Instituição de Longa Permanência. Deste grupo, três idosos eram do sexo masculino, e três do sexo feminino. Os participantes tinham idade entre 67 anos a 93 anos. Os participantes serão descritos no quadro a seguir com nomes fictícios, a fim de propiciar familiarização com os mesmos e associar ao seu gênero, ainda preservando sua identidade.

Quadro 5 – Descrição dos Participantes

NOME	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE
Rosana Couto	Feminino	85	Fundamental completo
Magali Barbosa	Feminino	81	Fundamental Incompleto
Sergio Pires	Masculino	67	Fundamental incompleto
José Ruiz	Masculino	93	Fundamental Completo
Bruno Leite	Masculino	84	Fundamental Completo
Sueli Fernandes	Feminino	72	Fundamental Incompleto

Para a coleta, primeiramente foram aplicados os mesmos instrumentos já citados junto aos idosos. O resultado está descrito no Quadro 6.

Quadro 6 – Descrição dos participantes do Grupo Controle

PARTICIPANTE	MINI-MENTAL		GDS-15		FLUÊNCIA VERBAL	
	Obtido	Corte	Obtido	Depressão	Obtido	Corte
Rosana Couto	20	22	8	Leve	14	12
Magali Barbosa	20	22	8	Leve	2	12
Sergio Pires	19	22	9	Leve	10	12
José Ruiz	21	22	5	Leve	8	12
Bruno Leite	16	22	8	Leve	10	12
Sueli Fernandes	21	22	7	Leve	8	12

Após a aplicação dos instrumentos foram feitas a mesma proporção de visitas do Grupo Experimental, porém sem o animal. Nas visitas eram realizadas conversas informais dos assuntos de interesse dos participantes.

Durante as primeiras visitas os participantes foram se familiarizando com a pesquisadora até passar a reconhecê-la e sentirem-se a vontade. Quando isto ocorreu, eram realizadas conversas informais sobre assuntos de interesse dos participantes.

Apesar de não haver nenhuma desistência, nem todos os participantes estavam presentes em todas as visitas. Ao finalizar o período das mesmas, foram reaplicados os instrumentos. No quadro 7 segue o resultado de cada participante, contando apenas com aqueles que estiveram presentes em todas as visitas:

Quadro 7 - Descrição dos dados do Grupo Controle

Participante	Idade	Mini Exame do Estado Mental		Escala de Depressão		Estado de Fluência Verbal		Observação
		Pré-Teste	Pós-Teste	Pré-Teste	Pós-Teste	Pré-Teste	Pós-Teste	
Magali Barbosa	81	20/22 pontos	21/22 pontos	8 ponto	8 pontos	2/12 pontos	3/12 pontos	Presente em todas as visitas.
Sergio Pires	67	19/22 pontos	21/22 pontos	9 pontos	6 pontos	10/12 pontos	14/12 pontos	Presente em todas as visitas.
José Ruiz	93	21/22 pontos	18/22 pontos	5 pontos	6 pontos.	8/12 pontos	6/12 pontos	Presente em todas as visitas.
Sueli Fernandes	72	21/22 pontos	21/22 pontos	7 pontos.	5 pontos	8/12 pontos	9/12 pontos	Presente em todas as visitas.

A seguir apresentamos a descrição detalhada da participação dos integrantes do Grupo Controle, com base em algumas descrições do diário de campo.

Magali Barbosa:

- 1ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 20/22 pontos.
- 1ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 8 pontos. (sintoma depressivo leve)
- 1ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 2/12 pontos.
- Participação nas atividades: M. B. A. estava presente em todas as visitas, porém raramente se recordava da participante e dos assuntos que já haviam sido conversados. Demonstrou sentir muita falta de suas filhas.
- 2ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 21/22 pontos.
- 2ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 8 pontos (sintoma depressivo leve).

- 2ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 3/12 pontos.
- Observação: A participante teve pequena melhora no estado cognitivo, mas não nos sintomas depressivos. Para tais sintomas a visita pode não ter sido tão efetiva, pois como já descrito, a participante sente muita falta de suas filhas. Quanto a questão cognitiva, existe a dúvida da melhora ser associada às atividades, visto que a participante não recordava da pesquisadora e das visitas realizadas.

Sergio Pires:

- 1ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 19/22 pontos.
- 1ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 9 pontos (sintoma depressivo leve).
- 1ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 10/12 pontos.
- Participação nas atividades: S. P. foi receptivo para as visitas e reconheceu facilmente a pesquisadora. Nas conversas costumava abordar assuntos mais gerais.
- 2ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 21/22 pontos.
- 2ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 6 pontos (sintoma depressivo leve).
- 2ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 14/12 pontos.
- Observação: As visitas podem ter deixado o participante mais estimulado com as conversas e contribuído para se bem estar, o que pode explicar a melhora em todos os níveis avaliados.

José Ruiz:

- 1ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 21/22 pontos.
- 1ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 5 pontos. (normal)
- 1ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 8/12 pontos.
- Participação nas atividades: J.R. demorou poucas sessões para reconhecer a pesquisadora, porém foi receptivo as conversas e demonstrou recordar do passado citando seu histórico de vida em boa parte das visitas.
- 2ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 18/22 pontos.
- 2ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 6 pontos.

- 2ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 6/12 pontos.
- Observação: Apesar de estar presente nas visitas e conversar em todas, J. teve um regresso nas dimensões avaliadas. Não se pode afirmar que as visitas surtiram efeito negativo para este participante causando a piora, pois o mesmo foi receptivo, mas também não se pode afirmar que surtiram efeito positivo.

Sueli Fernandes:

- 1ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 21/22 pontos.
- 1ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 7 pontos. (sintoma depressivo leve).
- 1ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 8/12 pontos.
- Participação nas atividades: A participante mostrou-se entusiasmada com a ideia de receber visitas e poder conversar num período extenso. Passou a prontamente reconhecer a pesquisadora e sempre esteve presente.
- 2ª Aplicação Mini Exame do Estado Mental: 21/22 pontos.
- 2ª Aplicação Escala de Depressão Geriátrica: 5 pontos (normal).
- 2ª Aplicação Teste de Fluência Verbal: 9/12 pontos.
- Observação: Observa-se que a participante teve resultados estáveis no primeiro teste cognitivo, e a diferença de apenas um ponto no segundo teste. Sendo assim, observa-se que as visitas não foram totalmente benéficas para seu estado cognitivo, mas por inferência podem ter contribuído com o seu humor e, assim, trouxe melhoras no resultado do instrumento GDS deixando de ter “sintomas depressivos leves” e entrando em um estado “normal”.

4. DISCUSSÃO

Todos os participantes do Grupo Experimental que concluíram as atividades da TAA até o fim tiveram melhoras, enquanto no Grupo Controle nem todos os participantes que estiveram presentes em todas as visitas tiveram o mesmo tipo de resultado; alguns tiveram melhora, outros se mantiveram estáveis e um deles teve até uma piora.

Houve resultados positivos de maneira geral para os dois grupos, mas para o grupo experimental tal melhora foi mais significativa, pois houve melhora com todos os

participantes nos índices avaliados, ainda que nem todos os idosos previamente selecionados tenham participado completamente. Talvez se a participação fosse maior, seria possível constatar mais resultados positivos. Apesar da presente pesquisa não ter tido o n de participantes esperado, a literatura permite supor que a TAA seja significativa para a melhora no estado cognitivo e qualidade de vida dos idosos, pois os resultados da mesma se assemelharam ao estudo de Moretti et al (2011), que também teve o enfoque no estado cognitivo e a utilização de grupo experimental e controle; este estudo também encontrou melhora nos dois grupos, porém a do grupo experimental foi maior. Também é semelhante ao estudo de Pongelupe et al (2009), no qual os resultados foram melhores no grupo experimental.

Kaiser (2002) explicaria a discrepância entre o grupo que realizou a TAA (experimental) e o grupo que apenas recebeu visitas (controle) pelo fato da aceitação social de realizar alguns comportamentos ser melhor com os cães do que com as pessoas, bem como por haver uma necessidade de toque para satisfazer a sensação de conforto, sendo que tal necessidade pode ser suprida mais facilmente com os cães, já que estes também apresentam a necessidade de tocar e serem tocados.

O estudo de Kanamori et al (2001) foi desenvolvido em situação semelhante a do presente estudo, e os autores trouxeram ao questionamento sobre os resultados da TAA sofrerem influência de outras atividades desenvolvidas na instituição (por exemplo, fisioterapia, terapia ocupacional, visitas, etc). O presente estudo, através da comparação entre o Grupo Experimental e o Grupo Controle, oferece indícios que a TAA é sim eficaz; isto porque os resultados foram melhores no Grupo Experimental, e pelo fato dessas outras atividades já serem realizada há muito mais tempo que a TAA e, anteriormente não era obtido tal resultado positivo.

Além disso, foram relatados benefícios pela equipe profissional da instituição. O fisioterapeuta, por exemplo mencionou o fato de os participantes não reclamarem do esforço após o início da TAA e disse que o dia que fez o percurso do Guilherme junto com o animal o resultado foi excelente, sendo que o participante até realizou o mesmo mais rápido. Disse também que valeria a pena pensar na fisioterapia tendo um animal como facilitador, pois “pelo que ele pôde observar o animal deixa as pessoas mais confiantes e descontraídas”.

A terapeuta ocupacional observou que os participantes demonstravam mais alegria após a TAA. Além disto, também foi mencionada a questão cognitiva. “Em algumas atividades que requeriam a memória como jogos ou listas eles tiveram melhor desempenho”.

A equipe de enfermagem relatou que eles ficaram mais comunicativos e mantinham um diálogo positivo, e alguns fatores que eram difíceis, como cortar as unhas e ir ao refeitório, passou a ser corriqueiros. Disseram que “depois que a cachorra começou a vir aqui eles ficaram mais alegres; foi mais fácil de convencer a fazer algumas coisas e, depois que eles fizeram e viram que não era tão ruim assim, continuavam concordando em fazer”.

Dados alguns dos discursos da equipe compreendemos que a execução da TAA tenha tido interferência positiva na execução de outras atividades da instituição, bem como possa ter contribuído para a melhora da qualidade de vida dos participantes, já que foram tidos relatos onde é mencionado a maior disposição dos mesmos para a realização de outras atividades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados positivos obtidos pela TAA, pode-se concluir que de maneira geral a mesma foi benéfica, visto que não apresentou nenhum resultado negativo nos instrumentos, nem por relato da equipe do local. Os benefícios encontrados com a TAA confirmam os achados de outros estudiosos que consideram que o fato de os domínios físicos, emocionais e sociais estarem interligados contribui para a melhora cognitiva nos participantes. Portanto, a execução da TAA junto aos idosos residentes da Instituição de Longa Permanência do município trouxe melhorias no desempenho cognitivo dos mesmos confirmando a hipótese formulada da presente pesquisa.

Outro fator que merece ser mencionado refere-se à população de estudo, que devido à faixa etária possui uma saúde mais vulnerável. Sendo assim, nem sempre é possível concluir, como no caso desta pesquisa, o trabalho delineado.

6. REFERÊNCIAS

ARACELI, N. Pet Therapy: an affective approach to treatment. **Alternative Medicine**. v.11, 2003.

BERRY, A. et al. Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. **Psychogeriatrics**. v. 12, n. 3, p.143-150, 2012.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-psiquiat.**, v.52, p; 1-7, 1994.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consulta Pública nº 41**, de 18 de janeiro de 2004. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B7626-1-0%5D.PDF>> Acesso em: 10 de out. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/const88.htm>>. Acesso em: out. 2014.

BRASIL. Lei nº 10741, de 1º. outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. 1 ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2003. 70p. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 01 de out. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996, 1996b. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/senador/tiao/vian/atuacao/Lei_de_diretrizes_e_bases.pdf>. Acesso em: out. 2014.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil**. 2014.

BRUCKI, S. M. D. et al. Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. **Arquivos Neuropsiquiatria**, v. 55, n. 1, p.56-61, 1997.

BRUCKI, S. M. D. et al. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arquivos Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3b, p.777-781, 2003.

- BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo sobre as demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013.
- CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. p. 88-105.
- CAMARGOS, M. C. S. et al. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. v.17, n.5/6, p. 379-386. 2005.
- CANALE, A., FURLAN, M. M. D. P. Depressão. **Arq. Mudi**. v. 10, n. 2, p. 23-31, 2006.
- CANCELA, D. M. G. **O processo de envelhecimento**. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acesso em: 29 de set. 2014.
- CAPOTE, P. S. O. **Terapia Assistida por Animais (TAA) e deficiência mental: análise do desenvolvimento psicomotor**. 2009. 238f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, 2009.
- CARVALHO, C. F., ASSIS, L. S., CUNHA, L. P. C. Uso da Atividade Assistida por Animais na melhora da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Em Extensão**. v. 10, n. 2, p. 149-155, 2011
- CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**. vol.19, n.3, p. 725-733. 2003.
- CARVALHO, N. et al. Importância da relação cão-idoso para aprimoramento da qualidade de vida em instituições de longa permanência para idosos na cidade de Uberlândia – MG. **Em extensão**. v. 10, n. 1, p. 128-138, 2011.
- CARVALHO, S. M. M., AMPARO, P. H. M. Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. **Rev. Latinoamericana de psicopatologia fundamental**. a. IX, n. 1, p.126-137, 2006.
- CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. v.27, n.2, p.79-82, 2005.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. **Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n4/a05v56n4.pdf>>. Acesso em: 09 de out. 2014.

CORRÊA, A. C. O. Depressão e poliqueixas no idoso. **J. Bras. Psiquiatria**. v.46, n.1, p.6-13. 1997.

CORTELLETTI, I. A. et al. **Idoso Asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Educs/Edipuacs. 2004, 133p.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

DOTTI, J. **Terapia & Animais**. São Paulo: Noética. 2006, 303p.

EDWARDS, N. E.; BECK, A. M. Animal Assisted-Therapy and nutrition in Alzheimer's disease. **Western Journal of Nursing Research**, v. 24, n. 6, p. 697-712, 2002.

FALEIROS, D. A. M. **Cuidador de idosos com Doença de Alzheimer: efeitos de grupos psico-educacionais e suporte domiciliar**, 2009, 153f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2009.

FENELL, M. J. V. In: HAWKON, K. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos – um guia prático**. São Paulo: Martins Fontes. 1997, p. 241-332.

FOLSTEIN, M. F. et al. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v.12, p.189-198, 1975.

FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatriageriátrica**. São Paulo: Atheneu; 2000.

FRANCESCHINI, B. T. **Modelos de atenção à velhice ativa e saudável: organizações atuantes em São Carlos-SP**. Monografia de conclusão do curso de

Bacharelado em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, 2014.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

INOUE, K. **Educação, qualidade de vida e Doença de Alzheimer: visões de idosos e seus familiares**, 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: out. 2014.

JULIANO, R. S. et al. **Terapia Assistida por Animais (TAA): uma prática multidisciplinar para o benefício da saúde humana**. 2006. Disponível em: <<http://www.vet.ufg.br>>. Acesso em: 08 de out. 2014.

KAISER, L. et al. A dog and a happy person visit nursing home residents. **Western Journal of Nursing Research**, v. 24, n. 6, p. 671-683, 2002.

KALACHE, A. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Caderno de Saúde Pública**. v.23 n.10. Rio de Janeiro out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000024&lng=pt> Acesso em: 01 de out. 2014.

KANAMORI, M. et al. A Day care program and evaluation of animal-assisted therapy for the elderly with senile. **American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias**, v. 16, n. 4, p. 234-238, 2001.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Jama**, v.185, p.914-919, 1963.

KAWAKAMI, C. H.; NAKANO, C. K. Relato de experiência: Terapia Assistida por Animais (TAA) – mais um recurso na comunicação paciente e enfermeiro. **Nursing** (edição brasileira) v. 61, n. 6, p. 25-29, 2003.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v.9, n.3, p.179-186, 1969.

LEITE, C. **Terceira Idade: Agora tem terapeuta de estimação**. 2004. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net>> Acesso em: 08 de out. 2014.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T.; PRÁ, K. R. D. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Rev. Textos e Contextos de Porto Alegre**. v. 6, n. 1, p. 93-104, 2007.

MARTINS, M. F. Animais na escola. In: DOTTI, J. **Terapia & Animais**. São Paulo: Noética. 2006. p.254.

MARX, M. S. et al. The impact of different dog-related stimuli on engagement of persons with dementia. **American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias**. v. 25, n. 1, p. 37-45, 2010.

MECCA, M. S. **Influência da composição dietética nas alterações cognitivas de idosos**. 2011, 67f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, 2011.

MENDONÇA, T. A. **Terapia ocupacional assistida por animais por cães em gerontologia: uma nova proposta de intervenção**. Monografia – UNICEUMA, São Luís, 2006.

MORAES, E.; MARINO, M.; SANTOS, R. Principais Síndromes Geriátricas. **Rev. Medicina de Minas Gerais**, v.20, n.1, p.54-66, 2010.

MORETTI, F. et al. Pet Therapy in elderly patients with mental illness. **Psychogeriatrics**. v. 11, n. 2, p. 125-129. 2011.

MUGFORD, R. A.; M'COMISKY, J. G. Some recent work on the psychotherapeutic value of caged birds with old people. In: ANDERSON, R. S. **Pet animals and society**, p. 54-65, 1974.

NETTO, M. P. Ciência e Envelhecimento: Abrangência e Termos Básicos e Objetivos. In: FREITAS. **Tratado de Gerontologia**: 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. P.29-38.

NORDON, D. G. et al. Perda cognitiva em idosos. **Rev. da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. V. 11, n.3, p.5-8, 2009.

OLIVA, V. N. L. S. et al. Idosos institucionalizados e as Atividades Assistidas por Animais (AAA). **Rev. Ciência em Extensão**. v. 6, n. 2, p. 15-31, 2010.

ORLANDI, F. S. et al. Avaliação da atitude diante do envelhecimento de mulheres com 50 anos ou mais portadoras de HIV/AIDS. **Revista Kairós Gerontologia**. V. 14. N. 2. P. 63-80. São Paulo, 2011.

ORY, M.; GOLDBERG, E. Pet Ownership and life satisfaction in elderly women. In: KATCHER, A. H.; BECK, A. M. **New perspectives on our life with companion animals**. p. 803-817, 1983.

PALACIOS, J. Mudança e desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice. In: COLL, C., MARCHESI, A. PALACIO, J. (orgs). **Desenvolvimento psicológico e educação**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. P. 371-388.

PECELIN, A. et al. Influência da fisioterapia assistida por animais em relação à cognição de idosos – estudo de atualização. **ConsCientia e Saúde**. v. 6, n. 2, p. 235-240, 2007.

PEREIRA, M. J. F. et. al. Os benefícios da Terapia Assistida por Animais: uma revisão bibliográfica. **Rev. Saúde Coletiva**. v.4, n.14, p. 62-66, 2007. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201407>>Acesso em: 03 de out. 2014

PETERSEN, R. **Guia da Clínica Mayo sobre Mal de Alzheimer**. Tradução de M.J. CUNHA 1. ed. Rio de Janeiro: Anima, 2006.

PONGELUPE, T. Y. et al. Atividade Assistida por Animais em integrantes do Grupo de Bem Estar e Qualidade de Vida do Idoso de uma universidade. **Saúde Coletiva**. v. 33, n. 6, p. 212-216, 2009.

POTTER, G. G.; STEFFENS, D. C. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. **Neurologist**. v.13, n.3, p.105-117. 2007.

RABELO, D. F. Declínio Cognitivo Leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**. v. 1, n. 1, p. 56-68. 2009.

REYS, B. N. et al. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. **Rev. Associação Médica Brasileira**. v.52, n.6. nov-dez, 2006.

SARTORI, R. M. **Aprendizagem discriminativa em jovens e idosos com e sem Doença de Alzheimer**. 2008. 124 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2008.

SCAZUFCA, M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. **Rev. Saúde Pública**. v.36, n.6, p.773-778. 2002.

SHMUELY, Y. et al. Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. **Int. Psychogeriatric**. v.1, n.13, p.63-73. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994

STUMM, K. E. et al. Terapia Assistida por Animas como facilitadora no cuidado a mulheres idosas institucionalizadas. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 2, n. 1, p. 205-212, 2012.

TEIXEIRA, I. N. D'A. O. NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP**. 2008, vol.19, n.1, pp.81-94.

TUKE, S. Description of the Retreat. **Pub Med**. 1964. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1033490>>. Acesso em: 03 de out. 2014

VERAS, R. A reestruturação do abrigo Cristo Redentor: o macroasilo transformado em uma minicidade. **Revista Saúde Coletiva**. v. 7, n. 2, p. 85-104, 1997.

VERAS, R. Epidemiologia do envelhecimento na América Latina. In: FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 7-21.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**,v.57, n.2B, 1999.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e o estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Pública.** v. 42, n.2, p.302-307. 2008.
- BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**,v.61, n.3B, p.777-781, 2003.
- BRUCKI, S. M. D. et al. Dados normativos para o uso do teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**,v.55, p.56-61, 1997.
- FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface.** v.9, n.16, p.147-158. 2004.
- GALHARDO, V. A. C. et al. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Rev. Médica de Minas Gerais.** v.20, n.1, 2009. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/378>> Acesso em: 07 de out. 2014.
- GODOY, A. C. S.; DENZIN, S. S. Atividades Assistidas por Animais: aspectos revisivos sob um olhar pedagógico. **Ensaio e Ciência.** v.5, n.5, p.14-22. 2007.
- KÜCHMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidados e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. Estado.** v.27, n.1. Jan-abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922012000100010&script=sci_arttext> Acesso em: 08 de out. 2014.
- LINO, V. T. S. et al, Adaptação Transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública,** v.24, n.1, p.103-112, 2008.

MARQUES, D. T.; PACHANE, G. G. Formação de educadores: uma perspectiva de educação de idosos em programas de EJA. **Educação e Pesquisa**. v.36, n.2, p.475-490, 2010.

MENDES, E. G. **Sobre a definição da área de Educação Especial**. São Carlos: UFSCar/Departamento de Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, 32p, 2006.

PECELIN, A. et al. Influência da Fisioterapia Assistida por Animais em relação à cognição de idosos – estudo de atualização. **ConScientia e Saúde**, São Paulo, v.6, n.2, p.235-240, 2007.

QUADROS JUNIOR, A. C. et al. Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: estudo por gênero. **Brazilian Journal of Biomotricity**. v.2, n.1, p. 39-50. 2008.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **RBPS**, v.21, n.4, p.290-296, 2008.

SHEIKH, J. I.; YESAVAGE, J. A. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clinical Gerontologist**, v.5, p.165-173, 1986.

8. APÊNDICES

8.1 APÊNDICE 1

Carta de autorização do local da pesquisa

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da [REDACTED] informo que o projeto de pesquisa intitulado Terapia Assistida por Animais: Sua eficácia no desempenho cognitivo de cães com síndrome apresentado pelo (a) pesquisador (a), Priscilla Tadeuza Francisco e que tem como objetivo principal verificar se a Terapia Assistida por Animais traz melhorias no estado cognitivo de cães institucionalizados

fô analisado e considerado que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

Dados do Responsável Legal Pela Instituição na qual ocorrerá a Pesquisa:
Nome: [REDACTED]
Cargo: [REDACTED]
Telefone para contato: [REDACTED]
Email (se possuir): [REDACTED]

SÃO CARLOS, 09 de fevereiro de 2015

Assinatura: [REDACTED]

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar | Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-906 - São Carlos - SP - Brasil.
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cepshumanos@ufscar.br

8.2 APÊNDICE 2

Modelo de TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS)

TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS: SUA EFICÁCIA NO DESEMPENHO COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Terapia Assistida por Animais: sua eficácia no desempenho cognitivo de idosos institucionalizados”.

O objetivo deste estudo é verificar se há relação positiva entre a Terapia Assistida por Animais e o desenvolvimento cognitivo de indivíduos idosos que residem em Instituição de Longa Permanência. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ter idade igual ou superior a 60 anos e residir nesta instituição. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por cinco questionários e pelas atividades da Terapia Assistida por Animais. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação. Em seguida, serão realizadas duas avaliações cognitivas. Posteriormente serão avaliados os sintomas depressivos e, por último, serão realizadas avaliações da capacidade funcional. O tempo para coleta dos dados será de aproximadamente sessenta minutos. Estes questionários serão reaplicados após as sessões da Terapia Assistida por Animais.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor(a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Após a coleta destes dados serão realizadas sessões de terapia com animais; esta modalidade terapêutica será realizada com dois cachorros de pequeno porte e tem o

objetivo de trazer um desenvolvimento cognitivo e, portanto, pode lhe trazer benefícios. A participação nesta terapia não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), pois os animais são vacinados e têm acompanhamento de um médico veterinário, bem como são adestrados, porém, considera-se a possibilidade de um risco subjetivo como medo dos animais ou não gostar dos mesmos. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Seus dados serão tratados de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo.

O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Belinda Talarico Franceschini
(Pesquisadora Responsável)
Universidade Federal de São Carlos
e-mail: be.franceschini@hotmail.com
Fone: (16) 3351-8357

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e data: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

9. ANEXOS

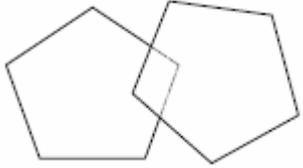
9.1 ANEXO 1

Mini-Exame do Estado Mental

Data:

Grau de escolaridade:

AVALIAÇÃO	NOTA	VALOR
ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
. Que dia é hoje?		1
. Em que mês estamos?		1
. Em que ano estamos?		1
. Em que dia da semana estamos?		1
. Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
. Em que local nós estamos? (consultório, enfermaria, andar)		1
. Qual é o nome deste lugar? (hospital)		1
. Em que cidade estamos?		1
. Em que estado estamos?		1
. Em que país estamos?		1
MEMÓRIA IMEDIATA		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir, preste atenção, pois depois você terá que repeti-las novamente. (dê 1 ponto para cada palavra) Use palavras não relacionadas.		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5 séries de subtrações de 7 (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorriger). Ou: Soletrar a palavra mundo ao contrário		5
EVOCAÇÃO		
Pergunte quais as três palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada palavra)		3
NOMEAÇÃO		
Peça para o sujeito nomear dois objetos mostrados (1 ponto para cada objeto)		2

REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. (considere somente se a repetição for perfeita)		1
COMANDO		
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). (Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas)		3
LEITURA		
Mostre a frase escrita: FECHÉ OS OLHOS. E peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. (Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando)		1
FRASE ESCRITA		
Peça ao indivíduo para escrever uma frase. (Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos)		1
CÓPIA DO DESENHO		
Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.		1
		
TOTAL		

Fonte: Brucki et al (2003).

9.2 ANEXO 2

Teste de Fluência Verbal por animais.

Objetivo: avaliar a linguagem e memória semântica.

Avaliação dos Resultados: pontuação de acordo com escolaridade: analfabetos = 9 animais; 1 a 7 anos = 12 animais e 8 anos ou mais = 13 animais.

Referências:

BRUCKI, S.M.D.; MALHEIROS, S.M.F.; OKAMOTO, I.H.; BERTOLUCCI, P.H.F. Dados normativos para o uso do teste de fluência verbal categorias animais em nosso meio. *ArqNeuro-psiquiatr.*, v. 55, p.56-61, 1997.

ISAAKS, B.; KENNIE, A.T. The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *Brit. J. Psychiat.*, v.123, p.467-470, 1973.

Instruções: Não atribua pontos a palavras repetidas. Tudo o que não é vegetal ou mineral é animal. O nome de espécies ou de qualquer raça dentro das espécies é pontuável (por exemplo, cão, terrier, poodle). Redundâncias óbvias (por exemplo, cão preto, cão castanho) só serão pontuadas uma vez. Espécies cujos nomes dos machos e das fêmeas sejam diferentes (por exemplo, boi e vaca), se referidos, são ambos pontuados.

“Vou referir-lhe uma categoria e pretendo que me nomeie o mais rápido que consiga coisas que pertençam a essa categoria. Por exemplo, se lhe disser ‘ARTIGOS DE VESTUÁRIO’, poderá dizer camisa, gravata ou chapéu. Consegue lembrar-se de outros artigos de vestuário?”.

Depois de ser ter assegurado que o indivíduo compreende o exercício e disse palavras referentes a artigos de vestuário, diga: “Está correto. Agora quero que me nomeie coisas que pertençam a outra categoria. Que é ANIMAIS. Vou-lhe dar um minuto. Quero que me diga todos os animais que conseguir lembrar em um minuto. Pode começar!”.

Intervalo de tempo	Animais
0 a 15 segundos	
15 a 30 segundos	
30 a 45 segundos	
45 a 60 segundos	

TOTAL: _____

Fonte: Brucki et al (1997).

9.3 ANEXO 3

Escala de Depressão Geriátrica - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio (a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão

Fonte: Almeida e Almeida (1999).