

**FACULDADE CIDADE DE JOÃO PINHEIRO – FCJP  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**GEILIANE TAVARES DE JESUS**

**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA MOTORA EM  
IDOSOS COM ALZHEIMER**

JOÃO PINHEIRO – MG

2019

**GEILIANE TAVARES DE JESUS**

**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA MOTORA EM  
IDOSOS COM ALZHEIMER**

Artigo de pesquisa apresentado a Faculdade Cidade de João Pinheiro – FCJP como pré-requisito na obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp. Eliana C. M. Vinha.

**GEILIANE TAVARES DE JESUS**

**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA MOTORA EM  
IDOSOS COM ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 05 de novembro de 2019, pela  
Comissão Organizadora constituída pelos professores:

Orientadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Esp. Eliana C. M. Vinha.  
Faculdade Cidade de João Pinheiro

Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Me. Giselda Shirley da Silva  
Faculdade Cidade de João Pinheiro

Examinador: \_\_\_\_\_

Prof. Me. Alex Rodrigues Borges  
Faculdade Cidade de João Pinheiro

Dedico esse trabalho a Kemilly Fabielly, aos meus pais, meus amigos, e todos que estiveram presentes comigo durante o processo de estudo e aprendizagem.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Eliana C. Martins Vinha, por todo o aprendizado que me proporcionou.

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por me proporcionar condições físicas e emocionais para a realização desses sonhos e finalizar este estudo sobre a doença de Alzheimer.

Agradeço a meus pais, irmãos e minha filha pela paciência, compreensão e apoio durante os muitos períodos em que fiquei afastada deles por causa dos muitos trabalhos e pesquisas para realizar o sonho de fazer Fisioterapia.

Agradeço de coração aos colegas, que juntamente comigo, vivenciaram momentos de alegrias e de angustias, medos e certezas, nos apoiando e nos amparando mutuamente.

Não posso deixar de agradecer a Professora Me. Giselda Shirley por ter me acompanhado e por ter passado todo o seu conhecimento para que pudéssemos ter uma base sólida, tanto do ponto de vista teórico, quanto no prático, para que tornemos profissionais competentes naquilo que propusermos fazer.

De forma especial agradeço, a minha orientadora a Professora Esp. Eliana Vinha pela paciência e capacidade de orientar da teoria à prática, tudo o que precisava para desenvolver bem as minhas ideias, colocando no papel aquilo que precisava para o meu crescimento profissional e social.

A todos vocês, incondicionalmente, os meus sinceros agradecimentos!

Da mais simples criança, aos mais idosos dos homens tenho muitas lições de vida que posso aprender com eles.

Vanildo Barreto

# A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA MOTORA EM IDOSOS COM ALZHEIMER

Geiliane Tavares de Jesus<sup>1</sup>  
Eliana Conceição Martins Vinha<sup>2</sup>

**RESUMO:** A Doença de Alzheimer – DA é degenerativa, progressiva, lenta e irreversível ocorre em determinadas áreas do cérebro, sendo as mais acometidas o tronco encefálico, cérebro e cerebelo. Esse artigo tem como objetivo identificar a contribuição da fisioterapia motora para a melhoria do paciente com a DA. A metodologia adotada foi uma pesquisa bibliográfica qualitativa. O estudo foi baseado em uma revisão bibliográfica realizada em livros, revistas, monografias, artigos em bases de dados eletrônicas. As pesquisas foram realizadas entre os anos de 1994 a 2019. A fisioterapia desempenha um papel importante em pacientes neurológicos e doenças degenerativas, ressaltando também a importância do tratamento logo na fase inicial da doença para proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso.

**Palavras – chaves:** Fisioterapia. Motora. Idosos. Alzheimer.

**ABSTRACT:** The Alzheimer disease AD is degenerative, progressive, slow and irreversible, occurs in certain areas of the brain, the most affected being the brainstem, brain and cerebellum. This article aims to identify the contribution of motor physical therapy to improve the patient with AD. The methodology adopted was a qualitative bibliographic research. The study was based on a bibliographic review performed in books, magazines, monographs, articles in electronic databases. Research was conducted between 1994 and 2019. Physiotherapy plays an important role in neurological patients and degenerative diseases, also highlighting the importance of treatment early in the disease to provide better quality of life for the elderly.

**Key Words:** Physiotherapy. Motor. Seniors. Alzheimer's

## 1 INTRODUÇÃO

Esse estudo tem como objeto de pesquisa a doença de Alzheimer em idosos e a perspectiva de melhorar a sua motricidade antes do estágio final da patologia utilizando o conhecimento científico, os recursos e técnicas utilizados pela fisioterapia.

---

<sup>1</sup>Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Cidade de João Pinheiro (FCJP). Contato: geilianetavares7@gmail.com.

<sup>2</sup> Orientadora, Professora da FCJP, Fisioterapeuta, Bióloga e profissional da Educação Física. E-mail: elianafisio@gmail.com

O envelhecimento tem sido um dos principais fatores da doença, porém outros fatores que podem desenvolver a doença têm sido sugeridos, com base em dados obtidos através de pesquisas. Por exemplo, o Alzheimer é mais acometido em homens de cor negra, associado também, à depressão, ao alto nível de escolaridade, traumatismo craniano, síndrome de *Down*, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, tabagismo e fatores ambientais. O paciente com a doença tem a necessidade de muitos cuidados da família, juntamente com o auxílio dos médicos e tratamento fisioterapêutico, a fim de oferecer uma melhor qualidade de vida e aumenta a sobrevivência destes pacientes (PIVI et al, 2012).

DA causa degeneração progressiva, irreversível e lenta dos neurônios, há o comprometimento das funções cognitivas e motoras, também afeta a fala, audição e a atenção. A pessoa começa a perder a habilidade de lidar com dinheiro e negócios pessoais, não pode dirigir um carro com segurança, perde a habilidade de distinguir o tempo. A família ou amigos devem ser informados sobre a real situação do paciente (ALMEIDA, 1997).

O Alzheimer progride em 03 estágios, tais como: I) dura de 2 a 4 anos e envolve uma perda pequena da funcionalidade e da orientação, embora o indivíduo ainda conseguir exercer as Atividades de Vida diária II). Ocorre uma perda progressiva de memória e uma variedade de outros sintomas (já perde o caminho de casa, tem dificuldades para fazer tais movimentos como bater as mãos, a marcha já fica mais larga ou lenta, diminuição do apetite, dificuldade para mastigar entre outras; III) é a fase mais avançada do Alzheimer, nesta fase pode ocorrer o esquecimento dentro dos cômodos da própria residência, parar de comer, ficar mudo, desenvolver convulsões e então pode vir a óbito (UMPHRED, 1994).

A DA está relacionada principalmente pela perda da memória, que ocorre aos poucos, lentamente surgem outros sintomas, como a alteração do humor, a agressividade, a dificuldade de realizar algumas atividades de vida diária, e ao chegar ao seu estágio mais grave, há o desligamento total da realidade em que se vive. Por ser uma doença degenerativa e que não há evidências de cura, a sua progressão é diária, por isso a importância da fisioterapia motora nesses casos, pois com ela irá trabalhar o paciente como um todo (STAHL, 2002).

É comum o acometimento da DA em pacientes idosos, pois é a forma de demência mais comum entre eles, não sendo conhecida a causa do aparecimento em pessoas jovens. Não há evidências que haja cura, por ser uma doença



degenerativa, que progride a cada dia, mas há estudos que comprovam melhora na parte motora e psicológica, incluindo uma equipe multidisciplinar que irá trabalhar o paciente (BOTTINO, 2002).

O papel da fisioterapia quanto à aceitação da doença é fundamental para o paciente, por ser degenerativa. Os exercícios físicos adequados, ajuda no melhor condicionamento físico do paciente acometido pela DA. A atuação da fisioterapia de modo geral é promover a ajuda que é realmente necessária para que o paciente continue a realizar sozinho as atividades de vida diária. O paciente necessita ter sua independência, conseguir identificar objetos (exemplo: escova de dente) e continuar utilizando as funções motoras (ALMEIDA, 2014).

A DA por ser uma doença que deixa sequelas importantes no paciente dificultando a sua convivência social e familiar, despertou o interesse em esclarecer alguns questionamentos a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para o paciente, principalmente em idosos antes que a doença evolua para o estágio final. Como a DA muitas vezes é deixada de lado pelos próprios familiares por falta de conhecimento, esse estudo vem ao encontro da relevância social como fonte de estudo aos que lerem, com o intuito de despertar o senso de pesquisar e continuar com novas buscas sobre o tema abordado (BOTTINO, 2002).

A pesquisa abordada se dá pela necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o Alzheimer em idosos proporcionando novos conhecimentos e esclarecimentos para os futuros leitores. Podendo também ajudar os profissionais da área da saúde compreender melhor a evolução da patologia e para aqueles que se interessem pela realidade em que a população idosa vive (PIVI et al, 2012).

Para nortear esse estudo foram levantadas as seguintes argumentações: Como a fisioterapia motora pode contribuir para a melhoria do paciente idoso com a DA? Os sinais e sintomas apresentados no Alzheimer podem ser amenizados apenas com o tratamento fisioterápico? Quais os recursos e técnicas que a fisioterapia dispõe para reabilitar o paciente com Alzheimer? Qual a importância da fisioterapia motora na melhora da qualidade vida do paciente idoso com Alzheimer?

A partir destas argumentações, colocou-se como objetivo principal identificar a contribuição da fisioterapia motora para a melhoria do paciente com a DA, além de investigar se os sinais e sintomas do Alzheimer podem melhorar apenas com o tratamento fisioterápico, descrever a importância da fisioterapia motora na melhora

da qualidade de vida do indivíduo com Alzheimer e analisar os recursos e técnicas utilizados pela fisioterapia para reabilitar o paciente com Alzheimer.

Hipoteticamente, a fisioterapia motora contribuiu para o paciente com DA, ajudando em suas dificuldades diárias, exemplo o treino da coordenação motora fina e grossa facilitará para o mesmo realizar atividades simples. O tratamento da fisioterapia motora em pacientes com Alzheimer proporcionou muitos recursos, principalmente se iniciar o tratamento logo que diagnosticado, poderá utilizar técnicas simples, tais como, alongamento muscular, evitando contraturas, treino de marcha, ajudando o paciente a manter-se equilibrado, fortalecimento muscular, para proporcionar mais facilidade nas suas Atividades de Vida Diária (AVD'S), treino da coordenação grossa e fina.

Acredita-se que a fisioterapia desenvolve o papel fundamental no tratamento de doenças neurológicas, principalmente na fisioterapia motora aplicada em pacientes com Alzheimer auxiliando na integração do indivíduo na sociedade e proporcionando mais independência ajudando-o a realizar as suas atividades de vida diária. É também papel da fisioterapia com os pacientes com Alzheimer buscar melhoria da qualidade de vida, juntamente com uma equipe multidisciplinar.

## **2 METODOLOGIA**

Esse trabalho foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica qualitativa. A pesquisa bibliográfica é um estudo aprofundado de um determinado tema da sua escolha, usando bases de dados nacionais e internacionais que contém artigos, revistas, livros, e outros documentos, com isso pode-se obter no final do trabalho em lista de referências comprovando de onde se fez a pesquisa e tirou as conclusões (NEVES; JANKOSKI; SCHNEIDER, 2013).

A pesquisa qualitativa não é baseada em representações numéricas, mas sim aprofundada na compreensão e organização de um grupo social. Os pesquisadores que usam a pesquisa qualitativa visa defender um modelo único de pesquisa para todas as ciências. A ciência social possui sua especificidade, sendo assim pressupõe uma metodologia própria, assim a abordagem qualitativa, se nega usar modelos positivistas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Essa revisão bibliográfica foi realizada em livros, revistas, teses, monografias, artigos de bases de dados eletrônicos usando a palavra chave fisioterapia- motorizados e Alzheimer. Esta pesquisa foi realizada entre o período de 1994 a 2019.

Os métodos de inclusão foram definidos como critérios artigos publicados sobre atuação da fisioterapia motora em idosos com Alzheimer entre 60 a 90 anos em ambos os gêneros.

Foram encontrados 40 artigos, dos quais 10 foram excluídos da análise, devido não apresentarem critérios sobre a atuação da fisioterapia motora em idosos com Alzheimer.

### **3 HISTÓRIA, ACONTECIMENTO E DESCOBRIMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER**

#### **3.1 Atuação da fisioterapia no Alzheimer**

O objetivo da fisioterapia em idosos com Alzheimer é regredir os efeitos e sintomas da doença; evitando e diminuindo as complicações e deformidades; manter as capacidades funcionais do paciente (sistema cardiorrespiratório), ganhar ADM das articulações (BOTTINO, 2002).

A fisioterapia como profissão surgiu nos meados do século XX, quando houve as duas guerras mundiais, quando houve um número grande de pessoas com ferimentos graves e necessitaram de intervenção fisioterapêutica para que os lesionados pudessem voltar novamente em suas vidas ativas (CREFITO 3, 2018).

De acordo com o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o tratamento DA teve início através dos voluntários, realizado ainda no campo de batalha. A fisioterapia teve mudanças e evoluções em meados do século XX. Os voluntários agregaram seus conhecimentos e descobriram novas técnicas e práticas para o tratamento sendo assim deram continuidade e aprofundaram os estudos em um campo específico para a atuação, independente das outras áreas. Ainda em busca de novos conhecimentos os voluntários da profissão continuaram abertos para evoluções em prol de favorecer ajuda para a comunidade.

Já no Brasil, a fisioterapia deu início dentro do Hospital Santa Casa de Misericórdia na cidade de São Paulo em 1929, porém só em 1951 que houve o

primeiro curso para a formação de fisioterapeutas, na época era somente cursos técnicos, com duração apenas de um ano. Em 1959 foi criada a Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF) que se filiou a WCPT (*World Confederation for Physical Therapy*) o objetivo foi buscar o amparo, novos conhecimentos para a evolução da profissão. Tornou-se profissão adquirindo seus direitos dias 13 de outubro de 1969 por meio do Decreto lei n-938/69 no qual a fisioterapia foi declarada como um curso de nível superior e assim definitivamente foi regulamentada (CREFITO 3, 2018).

Segundo os dados fornecidos pelo CREFITO 3 (2018) a história da fisioterapia é uma ciência antiga e foi evoluindo ao longo do tempo com pesquisas científicas e sofisticação surgindo técnicas fisioterapêuticas variadas e eficientes, principalmente para reabilitar pacientes neurológicos. A fisioterapia neurológica ou neuro-funcional é uma área ampla e muito procurada para a reabilitação de pacientes com distúrbios neurológicos. Alguns exemplos de doenças neurológicas são: doença de Parkinson, esclerose múltipla, hidrocefalia, paralisia cerebral, derrame cerebral, esclerose lateral amiotrófica, Alzheimer dentre outras. A fisioterapia neurológica surgiu no fim da década de 40 com alguns pesquisadores como o Rood, Kabat e Knott, Brunnstrom e Bobath.

De acordo com Plant (2000) a fisioterapia neurológica baseava apenas em informações e experiências clínicas, atualmente atua com base nos conceitos neurológicos que foram obtidos após tratamentos bem-sucedidos, pesquisas intensas e trabalho contínuo que foi direcionando o tratamento neurológico para uma recuperação mais rápida e eficaz, tanto para o paciente pediátrico quanto o adulto. Durante muito tempo no Brasil, os pacientes neurológicos eram reabilitados apenas com técnicas de cinesioterapia tradicional, assim como as crianças que tinham poliomielite. Com o aprimoramento constante na área, a fisioterapia neurológica obtém resultados importantes, como a reabilitação que restaura a identidade física dos pacientes neurológicos.

O desafio dos fisioterapeutas que trabalham com a reabilitação em pacientes com doenças neurológicas é desenvolver na prática, métodos de tratamento eficaz e requer conhecimento, dedicação e trabalho contínuo. Pacientes com doenças neurológicas são casos delicados e seus avanços são lentos. Com a ação da fisioterapia os resultados podem ser surpreendentes. A fisioterapia neurológica é o

conjunto de tratamento e técnicas, usado na reabilitação de pacientes afetados por doenças que são originadas no sistema nervoso central (PLANT, 2000).

A fisioterapia neurológica inicia assim que é diagnosticado e continua até a fase final. Ela atua em clínicas, hospitais, centro de saúde e em domicílio, cuidando de pacientes que não conseguem se locomover. Além do profissionalismo, o fisioterapeuta deve ter sensibilidade e respeito pelo seu paciente. Em cada caso neurológico, há dificuldades para definir as medidas adequadas do tratamento, pois o paciente mostra resultados, porém mais lentos, por ser uma doença neurodegenerativa, que compromete a área funcional e motora (PLANT, 2000).

A fisioterapia neurológica atua nas doenças que atinge o sistema nervoso, entre elas o Alzheimer, que é uma doença progressiva afetando todos os órgãos e sistemas gradativamente o que requer o tratamento fisioterapêutico mais precocemente possível. Alois Alzheimer, nascido em 1864, era curioso em relação ao corpo humano, sempre buscando novos conhecimentos em ciências naturais, assunto pelo qual mostrou interesse durante seus anos de estudos. Após a morte da mãe decidiu dedicar à medicina, era de seu interesse poder agregar ciências naturais e seres humanos, principalmente sobre a influência biológica das doenças mentais. Já exercendo a medicina o primeiro caso de um paciente com Alzheimer foi descoberto no ano de 1901, quando uma paciente de 51 anos chegou ao hospital, onde Alois trabalhava. O jovem médico ficou encantado com o caso, observava e anotava tudo quando percebeu a progressão da doença descrevendo de forma similar, o que é conhecido como os estágios do Alzheimer (CORREA, 1996).

Em 1906 a paciente que Alois acompanhava faleceu e ele pode estudar o seu cérebro, comparando-o com outros cérebros foi quando notou uma semelhança muito grande com o de um idoso com demência senil e a presença de alguns depósitos de placas esféricas (placas beta-amiloides) confirmando a existência de uma doença neurodegenerativa e progressiva que danificava algumas partes do cérebro, causando vários sintomas. Em seguida publicou suas descobertas usando o termo “Doença de Alzheimer” (CORREA, 1996).

Alois Alzheimer foi um cientista curioso, aplicado com seus estudos, e com determinação jamais desistiu de lutar, mesmo sendo ignorado, agregou cada vez mais seus conhecimentos a serviço da medicina.

A doença de Alzheimer progride preferencialmente em pessoas idosas, acima de 60 anos, porém suas causas ainda são desconhecidas. Alguns pesquisadores,

ainda em estudos, citam outros fatores que podem desencadear a doença, a associação entre a propensão genética e a exposição a fatores ambientais, porém nada comprovado cientificamente ainda (FREDERICK; MEINARDES, 2013).

A DA progride irreversivelmente, existe há mais de duas décadas, e há casos de pacientes com evolução rápida, que progride em apenas dois ou três anos. Não pode estabelecer uma data certa para o início dos sintomas, o que dificulta na hora de avaliar a progressão da doença. Sabe-se que uma vez diagnosticado com o Alzheimer, o paciente com a doença tem em média de vida de 03 a 08 anos. O que leva ao óbito, não é o Alzheimer em si, mas as complicações que acarretam durante os estágios da doença, como acidentes e quedas, traumatismo craniano, dificuldade em engolir, o que pode gerar a broncoaspiração e desnutrição, restrição ao leito, o que ocasiona o surgimento de futuras infecções e escaras. O desenvolvimento da pneumonia e incontinência urinária costuma ser as principais infecções que o paciente com Alzheimer desenvolve, pelo fato de ficar acamado e em lugares fechados (PIVETTA, 2008).

É importante que o diagnóstico médico seja realizado o mais precocemente possível para obter um diagnóstico da doença de Alzheimer é realizado uma biópsia do tecido cerebral durante o exame, segundo Selemes (1990), pode observar o acúmulo de placas neurofibrilares com origem de células mortas, pouca produção de acetilcolina neurotransmissora ocasiona a destruição no hipocampo que é responsável pela criação e a memória. As áreas que mais são acometidas pelo Alzheimer é o cérebro, o cerebelo e o tronco encefálico onde há também níveis altos da produção de alumínio, levando ao acúmulo de toxinas causando a doença de Alzheimer.

Em 90% dos casos, o diagnóstico é baseado em dados clínicos, como por exemplo, análise de sangue e exames de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia computadorizada por emissão de pósitrons), pois os mesmos ajudam a eliminar suspeitas de outras doenças de demência. Existem testes simples que são feitos para acompanhar se o paciente teve alguma alteração em suas funções mentais. O teste mais usado é o “mini mental”, funciona com um questionário de 30 questões. Este teste é realizado em 10 atendimentos e as seguintes características são avaliadas: avaliar se o paciente consegue reconhecer em que local está e em qual data está situado, avaliar a capacidade da atenção, a

concentração e a memória; analisar se o paciente consegue realizar cálculos simples, a linguagem e a percepção visual (FERREIRA; MEINARDES, 2013).

É essencial para o diagnóstico da doença de Alzheimer que a demência seja atestada por exames clínicos e por alguns testes, que por sua vez já são padronizados, como o mini mental, dificuldade na linguagem, raciocínio, concentração, juízo, pensamentos e disfunção progressiva no cognitivo que se inicia após os 40 e antes dos 90 anos de idade e a ausência de outras doenças neurológicas. Com esses critérios é possível identificar a presença da doença de Alzheimer (PINHEIRO, 2018).

### **3.2 Fisiopatologia da doença de Alzheimer**

A DA é uma patologia que acomete o cérebro, progride lentamente e é irreversível. A maior causa do Alzheimer é o acúmulo das placas Beta-amilóide, e os amaranhados neurofibrilares, esses amaranhados retorcem, dificultando o funcionamento das células nervosas, conforme elas aumentam, os comandos do cérebro diminuem o que faz as habilidades da memória se perder. Também causa pensamentos negativos, tornando a pessoa com a doença depressiva, podendo surgir problemas de comportamento, tais como, choro sem motivo aparente, distração e algumas vezes agitação e agressividade, dificultando a realização de tarefas simples como vestir-se, arrumar a cama, alimentar-se ou sair sozinho (PIVI; BERTOLUCCI; SCHULTZ, 2012).

O Alzheimer é caracterizado por uma série de alterações neuropatológicas que incluem a atrofia cerebral, placas cerebrais que contem o depósito excessivo de extracelulares de peptídeo B-amilóide, causando a perda das células neurais. Todas essas alterações progridem na perda da memória, distúrbios mentais afetação do julgamento, desorientação e problemas na expressão facial. Os sintomas tendem a piorar, quando a doença progride nos estágios. A proteína beta-amilóide é responsável pela montagem e estabilidade dos microtúbulos da célula neural e pelo transporte axoplasmática, quando essa proteína é produzida além do normal, resulta na interrupção do transporte axonal, o que conduz á perda das atividades biológicas e a morte celular dos neurônios (MELO, 2013).

Segundo Sullivan e Schnitz (2003), a doença de Alzheimer pode ser subdividida de acordo com cada estágio do paciente. No estágio inicial, há perda de

memória rápida, o indivíduo tem dificuldade de aprendizagem e guardar pequenas informações, dificuldade em comunicar-se, há alterações no humor e na personalidade. No estágio intermediário, o paciente já apresenta incapacidade de lembrar coisas pequenas ou memórias antigas, se perdem dentro de sua própria residência. Nessa fase o paciente necessita de certa ajuda nas suas atividades de vida diária, porém ainda conseguem fazer a deambulação há mudança do comportamento de calmo, o paciente já apresenta inquietação, ansiedade, insônia e às vezes rebeldia.

Já no estágio final da doença de Alzheimer o paciente tem a incapacidade total de se movimentar ou de desenvolver quaisquer atividades de vida diária dificuldade na deglutição e não consegue se alimentar via oral, geralmente a alimentação é feita por sonda NSG (Nasogástrica). Nessa fase é considerado terminal, o paciente desenvolve pneumonia, pelo fato de permanecer acamada e em locais fechados e com pouca umidade, necrose na pele, perda de peso apresenta mudanças faciais também.

As principais características do paciente com Alzheimer podem ser descritas como:

I) Perca da memória gradual, o que pode acometer consequências na vida diária, e podem ocorrer pequenos esquecimentos como um esquecimento total, dificultando na comunicação, comportamento perante a sociedade ou até mesmo com os próprios familiares ao seu redor; II) Memória episódica, o indivíduo pode gerar riscos para si próprio, entre espaços de tempo a memória some e depois volta, e nesses espaços de tempo em que o paciente encontra-se como um desmemoriado, quis quer objeto oferece riscos, e até o mesmo o ambiente onde se vive deixa de ser seguro para o mesmo; III) Memória se mântica, essa memória o paciente mostra confusão para distinguir certas coisas, como por exemplo, (um animal, uma flor, um objeto qualquer); IV) Memória de procedimento, o indivíduo praticamente se esquece de como usar um garfo, ou se esquece como se faz pra pentear os cabelos, o esquecimento inclui em qualquer tipo de atividade diária simples; V) Apraxia esse é um termo usado para a incapacidade de comunicar, ou de intender o que está sendo passada, dificuldade para ler e compreender; VI) Agnosia é quando o enfermo não consegue se lembrar de qual seria a utilidade de tais objetos, não se lembra de qual seria a utilidade de uma faca por exemplo; VII) Comunicação, a dificuldade de comunicar-se desencadeiam outros problemas, pode ocorrer do paciente sentir sede e não conseguir expressar, ou estar com alguma dor ou ate com necessidade de alimentar-se; VIII) Mudança da personalidade, uma pessoa com Alzheimer tem mudanças de humor repentino, se irritam com facilidade, são agressivos sem motivos; IX) Mudança



física, nessa fase é quando acontece a perda da massa muscular, perda de peso, escaras em determinadas regiões do corpo, e doenças infecciosas (SULLIVAN; SCHIMITZ, 2003 p. 85).

Entre 30 a 85% dos pacientes com Alzheimer, com diferentes graus do estágio, tem mudanças de comportamento, principalmente nos estágios mais avançados, podem ficar agressivos verbalmente e fisicamente, vagueiam sem rumo, ficam agitados, não são cooperativos, desenvolve a incontinência urinária, distúrbio da alimentação, e em alguns casos, tentam o suicídio, pelo fato da ansiedade e o distúrbio do sono excessivo (STAHL, 2002).

### **3.3 Reabilitação fisioterapêutica no paciente com Alzheimer**

O tratamento fisioterapêutico para paciente com Alzheimer na fase inicial, quando apresentam os sintomas, tais como dificuldade de locomover ou em equilibrar, deve ser realizado no mínimo 02 vezes por semana, ajudando no retardo da doença e proporcionando a autonomia do paciente por um período de tempo maior. Iniciando o tratamento fisioterapêutico assim que é diagnosticado com o Alzheimer, o paciente mantém a independência conseguindo realizar tarefas simples sozinha ou com o mínimo de ajuda possível. Como benefício regride também a constipação intestinal e problemas respiratórios (COLOMBO, 2009).

O exercício físico para pacientes com Alzheimer deve ser simples e fácil de fazer, para que ele possa conseguir aplicá-los diariamente de forma a aumentar ao mesmo tempo a atividade motora do paciente. Os exercícios devem ser feitos em breves períodos de tempo e por várias vezes ao dia, evitando que o paciente perca o interesse pelas atividades físicas e chegue à exaustão (KOTTKE; LEHMANN, 2002).

Alguns exercícios para o paciente na fase inicial ou intermediária incluem: exercícios de equilíbrio, como por exemplo, colocar algo em cima da cabeça e tentar andar. Treinar várias vezes ao dia escovar os dentes, pentear os cabelos, abotoar e desabotoar botões da própria blusa andar para os lados e ficar em pé num pé só. Também é indicado realizar exercícios com pequenas cargas para o fortalecimento muscular, natação, hidroginástica e alongamento global da musculatura. Já na fase mais avançada do Alzheimer, quando o paciente já se encontra acamado, a fisioterapia ajuda a manter o quadro, trabalhando com o paciente com exercícios

diariamente, assim evitando atrofia muscular, espasmo muscular, encurtamento dos tendões de modo a proporcionar bem-estar e conforto ao paciente (REBELATTO; MORELLI, 2004).

Pode ser incluso algumas modalidades diferenciadas para o tratamento, por exemplo, a modalidade de exercícios para o condicionamento aeróbico, influenciar o paciente executar pequenas caminhadas que seja por percursos diferentes ou iguais, trabalhando dessa forma a memória do mesmo. Exercícios em bicicletas estacionárias importante para o fortalecimento da musculatura. Incluir exercícios de proprioção no tratamento diário, atividades como ler, escrever, desenhar e colorir também estimula a memória do paciente (COMPTON et al, 2002).

Também tem a finalidade de evitar contraturas, encurtamentos musculares (imobilização no leito) e evitar atrofia muscular. Promover o melhor funcionamento motor. Orientar sobre a postura correta, treino de marcha, trabalhar os padrões do sistema respiratório (comunicação, inspiração e expiração, expansão e mobilidade torácica) e manter ou recuperar a independência funcional nas AVD's. Sendo assim cada vez mais a fisioterapia desenvolver o papel importante para o tratamento em pacientes com Alzheimer, trazendo ao mesmo a regressão dos efeitos causados pela doença. (KOTTKE; LEHMANN, 1994).

A fisioterapia em pacientes com Alzheimer na fase avançada deve ser feita todos os dias, para evitar que o paciente perca massa muscular, atrofia generalizada e encurtamento global. Mesmo que o paciente encontra-se acamado e já não consiga deambular, a fisioterapia deve atuar persistentemente, para que o paciente não se torne tão independente. É importante ressaltar que para a reabilitação do indivíduo com Alzheimer é necessário à realização de modificações do ambiente onde se vive um local mais ventilado, com mais iluminação, facilitando a visão do mesmo, barras presas nas paredes, corrimão são de suma importância (SULLIVAN; SHIMITZ, 2003).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao pesquisar sobre a atuação da fisioterapia motora em idosos com Alzheimer, foi possível notar que logo que diagnosticado com a DA, dando se início ao tratamento fisioterapêutico o paciente terá a regressão dos acometimentos da

doença, ou seja, o paciente com Alzheimer mais independência, pode-se assim conseguir realizar as atividades de vida diária, se integrar com mais facilidade a vida social, interagir com mais segurança com a sociedade. Esse tratamento baseia-se em manter e aumentar a funcionalidade, equilíbrio, estabilidade e a agilidade do paciente.

O paciente com Alzheimer apresenta diferentes sinais e sintomas, tais como, o esquecimento, dificuldade na fala, na marcha, dependência parcial ou total. A fisioterapia motora tem papel importante nesses acometimentos, porém o paciente com Alzheimer necessita do tratamento medicamentoso, pois o mesmo possui benefícios importantes no tratamento do idoso com Alzheimer, sendo assim é importante a junção do tratamento medicamentoso e fisioterápico para amenizar os sinais e sintomas do paciente com Alzheimer.

A fisioterapia desenvolve papel fundamental no tratamento do paciente com Alzheimer, é importante relatar que o tratamento terá mais eficácia se for iniciado logo no começo da doença, pois o paciente terá facilidade para executar atividades simples, e podendo ter sua independência por mais tempo, sendo assim proporcionando melhorias na qualidade de vida, manter o que se tem e recuperar o que se perdeu.

A fisioterapia dispõe de vários recursos e técnicas para a reabilitação do paciente com Alzheimer, sendo algumas delas: alongamento muscular, mobilização e tração, treino de marcha e equilíbrio, estimulação facial, treino da coordenação grossa e fina, fortalecimento da musculatura superior e inferior, treinos de marcha com obstáculos, fortalecimento da musculatura respiratória, usando técnicas de higiene brônquica e reexpansão e expansão pulmonar, o uso de eletroterapia em determinadas regiões para analgesia. É importante trabalhar o idoso com Alzheimer como um todo, proporcionando alívio, independência e melhorias para o paciente, regredindo então os acometimentos nos estágios da doença.

Algumas dificuldades foram encontradas ao realizar esta pesquisa, pois alguns artigos e sites pesquisados não havia o esclarecimento necessário para o tratamento do idoso, apesar de ser uma patologia conhecida, porém de fatores etiológicos.

Os resultados foram satisfatórios apesar das dificuldades encontradas. Os objetivos foram alcançados e todos respondidos durante a pesquisa. A problemática foi respondida apesar de haver necessidade de continuar os estudos e pesquisas

sobre o tema escolhido. Sendo assim fica em aberto o artigo para que outros pesquisadores possam acrescentar novas descobertas, aprofundando os estudos sobre a DA.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. Biologia nuclear da doença de Alzheimer: uma luz no fim do túnel **Revista Associação Médica Brasileira**, vol. 43, n. 1, p.77-81, 1997. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104423019970001000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104423019970001000)> Acesso em out. 2018.

BOTTINO, C. M. C. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. **Arquivo Neuropsiquiatria**. vol. 60, n.1. P. 70-79, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v60n1/8234.pdf>> Acesso em out. 2018.

COMPTON, A. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 2002.

COLOMBO, J, GRAVE, M. Estratégias de intervenção fisioterápica em indivíduo portador de doença de Alzheimer. **Revista RBCEH**, passo fundo, v. 5, n 2, p.124-131, jul\dez. 2008. Disponível em <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/145/253> > acesso em out.2018.

CORREA, A. C. **O Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer**. Belo Horizonte: Health, 1996.

CREFITO 3. **História da Fisioterapia**. Definição. Disponível em <<http://www.crefito3.org.br/dsn/fisioterapia.asp>> acesso em nov.2018

FERREIRA, C. D.; MEINARDES, C. C. S. **Doença de Alzheimer**: como identificar, prevenir e tratar. 2013. Disponível <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit\\_mostra/Dhuani\\_Claro\\_Ferreira.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Dhuani_Claro_Ferreira.pdf)> Acesso em out 2018.

GERHARDT, E. T.; SILVEIRA, T. D. **Métodos de pesquisa**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>> Acesso em nov.2018

KOTTKE, F. J.; LEHMANN, J. F. **Tratado de medicina e reabilitação de Krusen**. 4. Ed. São Paulo: Manole, 2002. V. 2.

KOTTKE, F. J.; LEHMANN, J. F. **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**. 4 ed. São Paulo: Manole, 1994. V. 1.

MELO, P. M. C. **Doença de Alzheimer, perspectivas de tratamento**. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina Universidade da Beira Interior. 2013. Disponível <<https://www.portaleducacao.com.br/artigos/medicina/fisiopatologia-da-doenca-de-alzheimer/5976>> Acesso em out. 2018.

NEVES, B. M. L.; JANKOSKI, A. D.; SCHNAIDER, J. M. **Tutorial de Pesquisa Bibliográfica Este Tutorial faz parte da programação de treinamentos da Biblioteca de Ciências da Saúde.** Disponível em: <[https://portal.ufpr.br/pesquisa\\_bibliogr\\_bvs\\_sd.pdf](https://portal.ufpr.br/pesquisa_bibliogr_bvs_sd.pdf)> Acesso em nov.2018.

O´SULLIVON, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento.** 3 ed. São Paulo: Manole, 2003.

PLANT, R. Bases teóricas dos conceitos de tratamento. In STOKES, M. **Fisioterapia neurologia para fisioterapeutas.** São Paulo: Premier, 2000. Pp 301-302.

PINHEIRO, P. **Neurologia.** 2018. Disponível em <<https://ww.mdsaúde.com/2011/03/mal-alzheimer.html>> Acesso em: out. 2018.

PIVETTA, M. **Na raiz do Alzheimer.** Equipe de São Paulo e da Alemanha identifica região cerebral em que surgem as primeiras lesões da doença neurodegenerativa mais comum entre os idosos. Ed 153 Nov. 2008. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/2008/11/01/na-raiz-do-Alzheimer/>>

PIVI, G.; BERTOLUCCI, P.; SCHULTZ, R. **Demência Severa,** 2012. Disponível em <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/fisiopatologia-da-doenca-de-alzheimer/5976>> Acesso em out. 2018.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica: a prática de assistência ao idoso.** São Paulo: Manole, 2004.

SELEMES, A.; SELEMES, J. **Viver com a enfermidade do Alzheimer.** Madrid: ed. Meditor, 1990. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3057.pdf>> Acesso em out. 2018.

STAHL, S. M. Ampliadores cognitivos. In: STAHL, S., M. **Psicofarmacologia: Base neurocientífica e aplicações práticas.** 2. ed. Médica e científica: Rio de Janeiro, 2002. Pp. 449-488.

UMPHRED, A. D. **Fisioterapia neurológica.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1994. Pp 669-670.