

UNIVERSIDADE DE UBERABA

CURSO DE FISIOTERAPIA

LARISSA CRISTINA PEREIRA RAMOS FERNANDES

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA DOENÇA DE ALZHEIMER:

Revisão Bibliográfica

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade de Uberaba como parte dos
requisitos para obtenção do título de Bacharel em
Fisioterapia

Orientador: Profª Ms. Lidiana S. M. Rocha

UBERABA – MG

2017

UNIVERSIDADE DE UBERABA

CURSO DE FISIOTERAPIA

LARISSA CRISTINA PEREIRA RAMOS FERNANDES

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA DOENÇA DE ALZHEIMER

UBERABA, MG

2017

Larissa Cristina Pereira Ramos Fernandes

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos
Para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.
Orientador: Prof.(a) Msc. Lidiana Simões M. Rocha

Uberaba, MG _____ de _____ de 2017

BANCA EXAMINADORA

Orientador

Membro da banca examinadora

Membro da banca examinadora

Dedico a minha família e amigos pelo apoio e carinho, e a minha orientadora Prof(a)
Msc. Lidiana Simões M. Rocha pela confiança, paciência e colaboração para este
trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me deu forças e resignação para chegar até aqui, por superar todos os momentos difíceis. Ao meus pais, por todo amor, carinho e apoio incondicional. Ao meu esposo por toda atenção e incentivo. Aos meus mestres por toda atenção, e apoio, por me proporcionar amplificação de meus conhecimentos que levarei por toda vida. Aos meus amigos dessa longa prazerosa jornada, por toda torcida e orações pelo o fim deste ciclo. A minha orientadora pelo incentivo e todo apoio que tornou possível a conclusão deste trabalho.

RESUMO

A doença de Alzheimer é uma doença degenerativa que destrói células do cérebro de forma lenta e progressiva; que incide em pessoas idosas. Afeta o funcionamento mental das pessoas (memória atenção, concentração, linguagem, pensamento) e também afeta seu comportamento. A fisioterapia tem como papel obter a prevenção de contraturas articulares, atrofia, encurtamento muscular, manutenção da massa muscular, mobilização das secreções pulmonar, visando um prolongamento do tempo de independência do paciente. Reabilitar tanto as funções motoras e cognitivas do paciente de forma segura no ambiente em que ele vive. Objetivo deste trabalho realizar uma revisão bibliográfica sobre as estratégias de intervenção fisioterapêutica em pacientes com Doença de Alzheimer. Alguns critérios foram adotados para a seleção dos artigos, monografias, dissertações e teses e livros – textos para a revisão de literatura: artigos que abordam Alzheimer e fases, Alzheimer e Fisioterapia e Alzheimer e avaliação. Buscar estudos para prevenção e tratamento no atraso da Doença de Alzheimer. Para a realização desse trabalho foram consultadas nas bases de dados: Bireme, Google acadêmico, Lilacs, Medline, SciELO e Pubmed sobre Alzheimer, Fisioterapia e Alzheimer. Livros – texto sobre Doença de Alzheimer e biblioteca virtuais. De acordo com este estudo foram encontrados poucos artigos sobre o tratamento da doença de Alzheimer na fisioterapia.

Palavras-chave: Avaliação e Alzheimer. Fisioterapia e Alzheimer. Doença de Alzheimer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1-Áreas de cérebro afetadas pelo mal de Alzheimer_____	13
FIGURA 2- Doença de Alzheimer sintomas, causas e tratamento_____	13

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 DOENÇA DE ALZHEIMER.....	12
3.2 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO.....	15
3.3 PROPOSTA FISIOTERAPÊUTICA PARA CUIDADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	19
3.3.1 ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA.....	19
3.3.2 HIGIENE PESSOAL.....	19
3.3 VESTUÁRIO.....	20
3.3.4 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL.....	21
3.3.5 CUIDADOS COM PACIENTES ACAMADOS.....	22
3.3.6 PROPOSTA FISIOTERAPÊUTICA DE UM PROGRAMA TERAPÊUTICO DOMICILIAR.....	23
3.3.7 EXERCÍCIO E ALONGAMENTO.....	23
3.3.8 EXERCÍCIO PARA MELHORA DA MOBILIDADE.....	24
3.3.9 COORDENAÇÃO MOTORA.....	24
3.3.10 TRANSFERÊNCIAS.....	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer é uma doença do cérebro degenerativa, isto é uma síndrome que causa um comprometimento da memória com mudanças de comportamento e personalidade, ou seja, presença de declínio cognitivo. A doença é afetada ao indivíduo de forma funcional e social levando a lesão de estruturas cerebrais responsáveis pelos processos cognitivos (KAUFFMAN, 2001).

O Alzheimer foi descoberta por um neurologista e psiquiatra alemão Dr Alois Alzheimer, que em 1906 observou alterações no tecido cerebral de uma mulher que consideravam ter morrido por uma doença mental rara e deu o seu próprio nome para a doença (ELY; GRAVE, 2008).

A fase pré- clínica da Doença de Alzheimer pode ser descoberta na quarta década de vida, que ocorre o acúmulo progressivo de placas senis, decorrentes do depósito de proteína amiloide produzida e de emaranhados neurofibrilares, fruto da hiperfosforilação. As áreas mais afetadas nesse processo neurodegenerativo são o hipocampo e o córtex entorrinal, com perda de volume do hipocampo nas fases mais precoces da doença, nessas fases as lesões não são suficientes para causar alterações morfológicas e funcionais; na fase leve da D.A os estudos demonstraram que é possível, o portador já apresenta sintomas subjetivos, como a perda da memória e déficit cognitivo mensurável, mais sem perceber nas atividades do dia a dia (BURNS, 2009).

A causa da doença de Alzheimer ela apresenta sintomas que afetam o estado da vida diária, pois o paciente apresenta uma memória confusa, problemas comportamentais, mudanças de personalidade, dificuldades na linguagem, razão perturbada, e muitos outros sintomas que só serão descobertas no dia a dia; e com todas as características dessa doença o paciente causa uma total dependência da família por não conseguir desempenhar de forma adequada as funções (SHIMODA et al., 2007).

A doença se subdivide em três estados: inicial, intermediário e grave ou final. Na primeira fase o paciente apresenta distração, dificuldade em lembrar nomes e palavras simples, esquecimentos recentes, dificuldade em aprender novas informações. Na fase intermediária ocorre uma perda mais marcante da memória e das atividades cognitivas, apresenta alterações comportamentais como: frustração,

impaciência, inquietação, agressão verbal, também são comuns alucinações e delírios. O último estágio é o grave ou final, nessa fase a fala torna-se monossilábica progredindo para a perda total da fala, afasia, os delírios se tornam mais constantes, transtornos emocionais e de comportamentos, perda do controle da bexiga e do intestino, piora da marcha levando o paciente a permanecer mais assentado ou na maca, onde pode apresentar úlcera de pressão em várias regiões da pele, enrijecimento das articulações, dificuldades em engolir alimentos onde pode evoluir para o uso de sondas (MELO; DRIUSSO, 2006).

A doença de Alzheimer não tem cura, e nem é reversível, mais existe maneiras de amenizar o sofrimento do paciente, e atrasar a progressão da doença, mais somente com tratamentos que possa aliviar os sintomas com a colaboração dos familiares (RIBEIRO, 2008).

A fisioterapia contribui no tratamento e tem o objetivo e a função de prevenir contraturas articulares, atrofia, encurtamento muscular, manutenção da massa muscular, mobilização das secreções pulmonares, ajudando no prolongamento da vida e a independência do paciente (CARVALHO et al., 2008).

Para uma boa avaliação e um bom resultado a fisioterapia dependerá do comportamento do paciente, e o grau das fases da doença; todos os objetivos são importantes no prolongamento da vida do paciente, pois a fraqueza muscular, a perda da amplitude de movimento, as dores articulares, as dificuldades para realizar suas tarefas diárias são sintomas marcantes da doença assim, ajudando a mantê-los mais aptos e mais fortes para realizar as tarefas da vida diária, e o fisioterapeuta é muito importante. Deve-se respeitar os limites do paciente levando em consideração de cada fase da doença e a história clínica. A fisioterapia é incontestável e ocupa um papel indispensável no tratamento para a doença de mal de Alzheimer (MENDONÇA; NASCIMENTO, 201_).

Diante do envelhecimento populacional, a doença de Alzheimer surge como um problema de grande impacto para a família, provocando sobrecarga ao familiar cuidador. Alguns familiares e cuidadores não sabem o que está acontecendo, o que identifica o desconhecimento sobre a doença. Outros assumem tudo, o que identifica elementos do cotidiano que representam sobrecarga de demandas para o familiar e ou cuidador.

Há relatos na literatura que boa parte da população idosa do país não sabe que possui a doença de Alzheimer, assim há a necessidade de mobilizar a

população para a necessidade de um diagnóstico precoce, prevenção e cuidados necessários. Ações educativas para a população também são necessárias além do processo da reabilitação, com isso o interesse a comunidade vão surgindo, e a prevenção aumenta cada vez mais.

Desta forma, é importante o fisioterapeuta conhecer as fases da doença, o impacto na qualidade de vida e a realidade do cotidiano enfrentado pela família e ou cuidador do idoso com doença de Alzheimer, para auxiliá-los nas suas atividades de vida diária.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre as estratégias de intervenção fisioterapêuticos em pacientes com Doença de Alzheimer.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Em alguns critérios foram adotados para a seleção dos artigos, monografias, dissertações e teses e livros – textos para a revisão de literatura: artigos que abordam Alzheimer e fases, Alzheimer e Fisioterapia e Alzheimer e avaliação.

Artigos indexados nas bases de dados: Bireme (Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde), Google acadêmico, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Literatura em Ciências da Saúde Internacional), SciELO e Pubmed sobre Alzheimer, Fisioterapia e Alzheimer. Livros – texto sobre Doença de Alzheimer, Fisioterapia na Doença de Alzheimer.

Artigos foram publicados em periódicos de fisioterapia nacionais, dentro do período de tempo delimitado de 2006 a 2017 sobre Fisioterapia e Alzheimer, Fases da doença de Alzheimer e publicados em português. Artigos e textos extremamente utilizados com datas inferiores serão acrescentados. Artigos localizados na Biblioteca da Universidade de Uberaba e em bibliotecas virtuais das seguintes universidades de Minas Gerais: UNIUBE, UFTM, UFMG e UFU e das Universidades de São Paulo: Unicamp e USP ou em acervos particulares. Serão lidos selecionados e fichados catalograficamente antes da escrita no trabalho. Palavras-chave: Avaliação e Alzheimer, Fisioterapia e Alzheimer, Kabat e Alzheimer, Bobath e Alzheimer e Fases do Alzheimer.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer é uma demência crônica degenerativa que acontece em idosos onde afeta a substância cerebral e tem como característica perda de função cognitiva assim como distúrbios afetivos e comportamentais. (Nascimento, 2008). Esta demência é progressiva que interfere na vida do indivíduo diariamente, a perda da célula é um processo natural, mais em doenças que conduzem ocorre em ritmo mais rápido e faz com que o cérebro não funcione de uma forma normal (RIBEIRO, 2008).

O predomínio da doença em países desenvolvidos afeta pelo menos 1,5% dos indivíduos com mais de 65 anos e até 30% acima de 80 anos (MEDEIROS et al.,2015).

Existem alguns fatores que podem ser relacionadas com o aparecimento da doença como idade maior ou igual a 65 anos, sexo feminino doenças cardiocirculatórias como (hipertensão, acidente vascular encefálico e dislipidemias), diabetes, mau alimentação, nível educacional baixo, meio ambiente hostil e histórico de doenças familiar genético (MEDEIROS et al .,2015).

Os sintomas na Doença de Alzheimer são apresentados conforme a doença vai progredindo. No primeiro estágio inicial, pode se encontrar perda de memória de acontecimentos mais recentes, dificuldade de realizar novas habilidades, dificuldades com cálculos e raciocínio, prejuízos em funções de julgamento. No estágio intermédio, afasias e apraxias no estágio terminal apresenta-se alterações no ciclo sono-vigília,sintomas psicóticos, irritabilidade, agressividade e dificuldades para deambular, falar, e realizar atividades diárias. Na fase inicial da doença são as que podem gerar mais frustrações ao paciente devido os déficits de memória (MEDEIROS et.al.,2015).

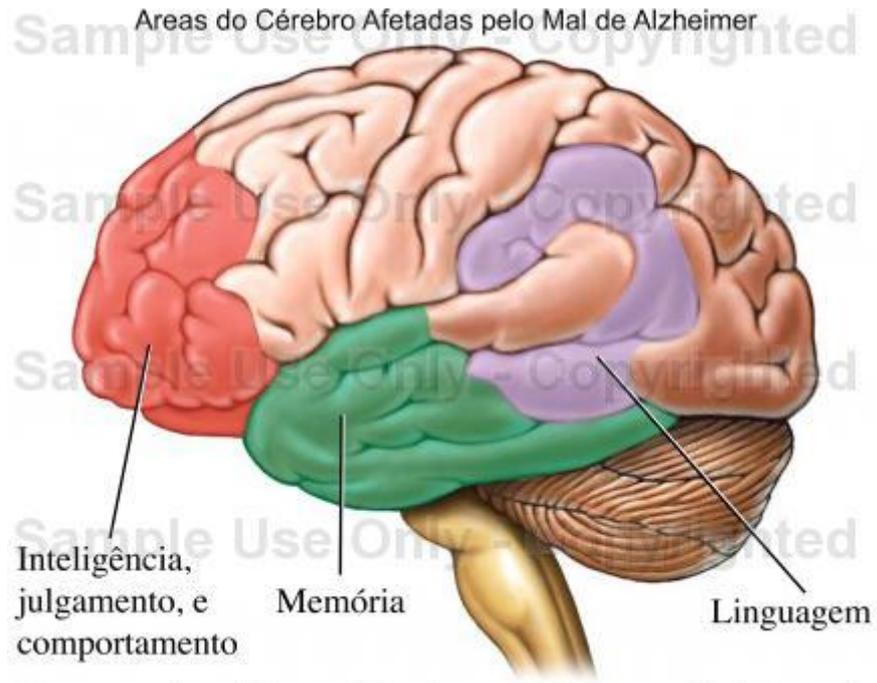


Figura 1. Áreas do cérebro afetadas pelo mal de Alzheimer.

FONTE: <http://rosentlc.medicalillustration.com/generateexhibit.php?ID=27638>

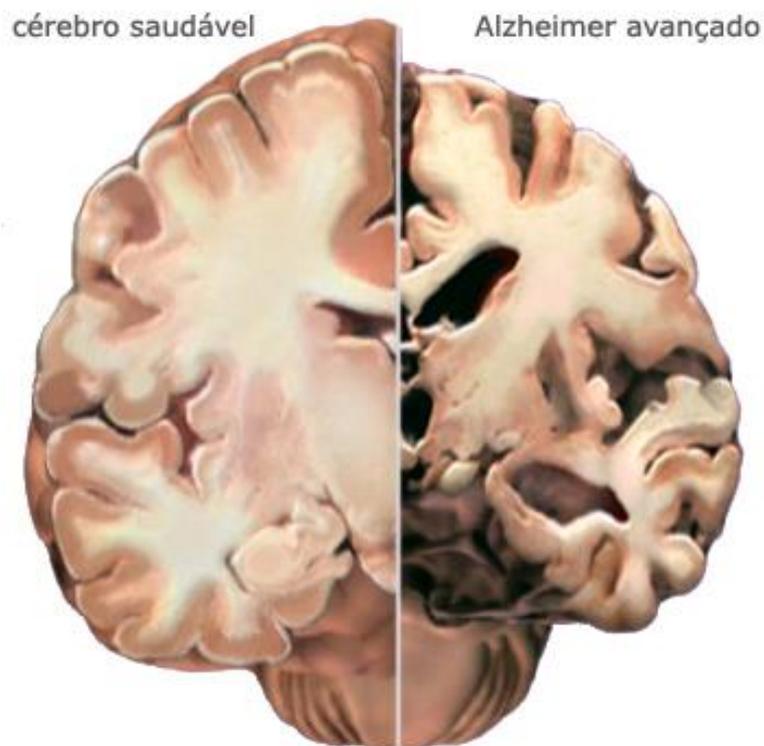


Figura 2. Doença de Alzheimer sintomas e causas e tratamento.

Fonte: <http://www.mdsaude.com/2011/03/mal-alzheimer.html>

Para Molari (2011), os sintomas é dividido em três classes: cognitivos, não cognitivos e funcionais. Cognitivos se relacionam com a perda da memória, apraxia, agnosia, desorientação (dificuldade na percepção temporal e a incapacidade de reconhecer família e amigos) e insuficiência de executar funções. Os não cognitivos estão relacionadas a depressão, sintomas psicóticos e distúrbios comportamentais (hiperatividade motora, agressão verbal e física). E os funcionais estão relacionadas a incapacidade de progredir atividades para cuidar de si mesmo como se vestir, cuidar da própria higiene e se alimentar sozinho. (MEDEIROS et.al .,2015) A afasia é o distúrbio da linguagem ocasionando alterações nos componentes do vocabulário, da linguagem falada e da fonologia (LIMA; SERVELHERE; MATOS, 2012).

Podem haver sinais e sintomas neurológicos grosseiros, como hemiparesia espástica, rigidez importante e a deterioração corporal que é surpreendentemente rápida, apesar do apetite preservado. Com a idade do paciente os fatores de riscos vão havendo diferentes tipos de neurodegeneração que acometem regiões cerebrais distintas. As principais alteração que afetam o cérebro tem características da doença são as placas senis ou neurolíticas e os emaranhados neurofibrilares. Uma caractérisitca dessa da doença de Alzheimer é o declínio da memória decorrente da depleção da acetilcolina nos núcleos basais de Meynert e da atrofia do lobo temporal, com o principio do neurofibrilares (ARAÚJO;NICOLI, 2010).

A fase terminal do paciente com Alzheimer é descrita como fase das perdas significativas, diminui-se vocabulário, apetite e peso, e aparecem descontrole urinário e fecal, dependência exclusiva do cuidador (POLTRONIERE;CECCHIETTO;SOUZA, 2011).

O diagnóstico da Doença de Alzheimer pode ser realizado por exame do tecido cerebral obtido por biópsia ou necropsia. Neste caso, o diagnóstico da doença é feito excluindo por outras causas de demência pela história da (depressão, perda de memória associada pela a idade), exames de sangue (hipotireoidismo, deficiência de vitamina b), tomografia ou ressonância (múltiplos infartos, hidrocefalia) e outros exames (RIBEIRO, 2008).

O tratamento da Doença de Alzheimer tem dois aspectos: inespecífico que são alterações de comportamento como, ansiedade, agitação,

agressividade, mudança de humor, depressão, alucinações, confusão e insônia, que não deve ser feito apenas por medicamentos mais também com orientações de profissionais da área da saúde. Tratamento Específico; é feito com drogas que podem corrigir o desequilíbrio químico no cérebro como os ansioléticos (benzodiazepínicos), neurolépticos (haloperidol, tioridazina), hipnóticos, antidepressivos; estes tratamentos funciona melhor na fase inicial da doença e o efeito deles são temporários pois a doença continua se progredindo (RIBEIRO, 2008).

Nas últimas décadas tem ocorrido uma mudança importante sobre a revelação diagnóstica, passando de uma postura paternalista para uma maior autonomia dos pacientes. Algumas clínicas médicas orientam a revelação da doença de quadros demências aos pacientes sempre que possível, porém é importante levar em consideração fatores culturais, individuais e regionais. Para a família dos pacientes diagnosticado com Alzheimer desejariam que fosse revelado ao paciente varia entre 17 a 76% dependendo do país do estudo. No Brasil foi observado que 58% dos familiares foram a favor à revelação do diagnóstico (FROTA et al., 2011).

Pessoas bem instruídas, que praticam atividade física, faz uma boa leitura, ativam e exercitem o cérebro, têm mínimas chances de desenvolver placas e emaranhados no cérebro no futuro, diminuindo assim a chance de ter o Alzheimer quando idoso. E é importante dizer que a maioria dos idosos portadores da doença de Alzheimer são cuidados em casa com ajuda de cuidadores sendo eles da família ou não, eles se tornam essenciais para a progressão da doença, eles perdem a capacidade de se expor suas vontades e necessidades, tendo então o cuidador tendo que interpretar fatos e sinais para se compreender; assim, a família desenvolve um papel fundamental para o equilíbrio, a segurança e estímulo do paciente, garantindo a manutenção da auto estima e qualidade da vida do idoso (ALMEIDA;LAZARIN, 2014).

3.2 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Sabendo dos comprometimentos causados na Doença de Alzheimer desde a sua primeira fase até etapas mais avançadas é importante a realização das atividades físicas, a fisioterapia tem o papel de tentar realizar o processo com a preservação de funções motoras mais próximas do normal, evitar encurtamento e deformidades, incentivar a independência do paciente, além de oferecer juntamente com outros profissionais da saúde, orientações e esclarecimentos à família (MEDEIROS et al., 2015).

A fisioterapia será realizada de acordo com os sinais, sintomas e limitações que o paciente apresentar, desta forma é importante realizar uma avaliação individualizada sendo que as fases iniciais serão observados itens como amplitude de movimento ADM, força muscular, desvios posturais e capacidade respiratória. Elementos relacionados à psicomotricidade como coordenação, equilíbrio, imagem corporal e funções da vida diária devem ser analisadas com mais cautela. Nas fases mais tardias o comprometimento é maior, assim muitas vezes a mobilidade será avaliada com movimentos passivos e a avaliação pulmonar torna-se mais crítica (MEDEIROS et al, 2015).

A prática de atividade física pela a doença de Alzheimer leva a uma melhor retenção das habilidades motoras, melhora da qualidade do sono, melhora da circulação sanguínea e prevenção de algumas lesões ortopédicas, e também que a realização de um treino aeróbico tem mostrado uma melhora das funções mentais. Por meio de um estudo com portadores da doença, a prática de caminhada e de bicicleta tem uma melhora de comportamento, na nutrição e diminui o risco de quedas; a prática de caminhar nos idosos produz melhora da marcha, da força muscular nos membros inferiores e também ajuda na manutenção do equilíbrio (MELO; DRIUSSO, 2006).

Tratamento fisioterapêutico também pode ser realizado através de cinesioterapia e hidroterapia associando no padrão respiratório diafragmático. Para cardiorrespiratória, caminhada todos dias com o acompanhante. Existem alguns exercícios que podem ser realizados como: padrão diagonal do Kabat para tronco; Frenkel- diversidades de marchas com ou sem resistências e uso imaginário com marcadores, linhas e matérias associando a coordenação e equilíbrio cognitivo. Trabalhar coordenação, cognição, e

movimentos finos. Mobilização passiva em todas as articulações; estímulo de movimentos podendo usar tapping, gelo e etc.; Para pacientes acamados o terapeuta realiza o método de Kabat através dos padrões agonistas e antagonistas primitivos, associados com o tapping e outro estímulo proprioceptivo. Na fase terminal do paciente deve ser acompanhado por atendimento de fisioterapia respiratória devido a grande incidência de distúrbios respiratórios como principal, pneumonia (RIBEIRO, 2008).

O paciente quando permanecer acamado, começam as dificuldades para a transferência, para posicionamento e para evitar escaras, e nessa fase é importante o cuidador ser orientado sobre como cuidar desse paciente a fim de evitar complicações; e para a prevenção das diversas complicações motoras é necessário além da assistência fisioterapêutica, um programa domiciliar que pode ser visto como uma continuação do tratamento, e para isso é importante conhecer o local, no qual será realizado e qual será a participação dos cuidadores (KISNER; COLBY, 1998).

Enquanto não existem uma cura para a Doença de Alzheimer e ficamos no aguardo, é preciso reconhecer que não é impossível de tratar e pode –se verificar benefícios consideráveis quando se valorizam os pormenores no tratamento diário do paciente (RIBEIRO, 2008).

O fisioterapeuta tem o objetivo de prevenir contraturas articulares, atrofia, encurtamento muscular, manutenção da massa muscular, mobilização das secreções pulmonares, visando um prolongamento do tempo de independência do paciente (MENDONÇA,200_).

A avaliação a se realizar dependerá do comportamento do paciente, considerando as fases da doença. No princípio da doença a avaliação serão a amplitude de movimento articular, força muscular, alterações posturais e capacidade pulmonar, coordenação motora, equilíbrio, auto percepção, marcha, habilidade, imagem corporal e as funções a qual o paciente exerce durante a vida diária deve ser valorizada e avaliada de maneira mais cautelosa. Na fase terminal por conta do comprometimento físico ser bem maior a avaliação de mobilidade é realizada em movimentos passivos, nessa fase a avaliação pulmonar torna-se mais críticas (MENDONÇA,200_).

Na fisioterapia existem técnicas na fisioterapia que participam do tratamento dessa doença. A cinesioterapia é utilizada com o intuito de manter

ou até mesmo melhorar a amplitude de movimento e manter a massa muscular ou melhorar a força muscular do paciente. A cinesioterapia tem como objetivo manter, corrigir, e recuperar dos movimentos, tendo efeitos de melhoria da força, resistência, flexibilidade, relaxamento, coordenação motora, e alcançar seus objetivos a partir de técnicas baseadas em anatomia, fisiologia, e biomecânica (GUIMARÃES, 2003).

Caminhadas diariamente (com acompanhante) ajuda a melhorar o sistema respiratório, evitando complicações posteriores. O acompanhante na fisioterapia respiratória é indispensável na ultima fase da doença, pois nessa fase existem grandes incidências de doenças respiratórias. Existem também outros métodos que podem ser utilizados para a melhora da doença, como o método de Kabat (CARVALHO et al.,2008).

O método de Kabat foi criada pelo Dr. Herman Kabat na década de quarenta, foi utilizada como “ Técnica de Facilitação Proprioceptiva e “Reabilitação Neuromuscular”; hoje o termo mais utilizado é “ Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP)”. Durante o desenvolvimento desse método foi realizado aplicação de resistência máxima na área dos movimentos, utilizando muitas combinações de movimentos relacionada aos padrões primitivos e ao empregando reflexos de postura endireitamento., os movimentos levavam em conta dois componentes de ação muscular, elem de permitir e ocorrer em duas ou mais articulações. Essas técnicas puderam ser aprimoradas com o passar do tempo (CARVALHO et al., 2008).

A fisioterapia tem como importante papel prevenir quedas dos pacientes com doença de Alzheimer, o treinamento físico, fortalecer os músculos dos membros com faixas elásticas, treino proprioceptivo com superfície de diferentes texturas, treino de equilíbrio com obstáculos e aumento de flexibilidade, tem o objetivo de aumentar significamente a marcha, mobilidade e flexibilidade, diminuindo conseqüentemente o número de quedas, auxiliando a manutenção da independência (PIERMARTIRI;BEZERRA;HOELLER,2008).

O tratamento fisioterapêutico é proporcionar uma maior independência funcional ao paciente, empregando técnicas que visam manter a força, o tônus e a elasticidade muscular, além de exercícios capazes de promover maior destreza e funcionalidade durante execução da marcha e atividades da

vida diária do idoso. O uso da órteses pode ser eventualmente indicado, atentando para o fato de que a má utilização desta pode conduzir a quedas suplementares e agravamento das patologias associadas como dores articulares e encurtamento muscular (PIERMARTIRI;BEZERRA;HOELLER, 2008).

3.3 PROPOSTA FISIOTERAPÊUTICA PARA CUIDADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER

3.3.1 Atividade de Vida Diária

Á doença de Alzheimer progride e ocorre o aumento de perda cognitiva e o portador passa a ser independente do seu cuidador para realizar atividades mais básicas; passará a precisar de ajuda para realizar higiene pessoal, se vestir-se , alimentar-se, além de perder a continência urinária e fecal. E também por conseqüência da doença o paciente perderá a capacidade de sorrir, sustentar –se a cabeça e ficará acamado necessitando de cuidados especiais para prevenir contraturas, encurtamentos, dores e desenvolvimento de escaras (LURDERS;STORANI, 2002).

3.3.2 Higiene Pessoal

O banho pode haver estresse e medo no paciente do Alzheimer, ele pode apresentar resistência ou esquivar-se de tomar banho ou de como fazê-lo (MELO; DRIUSSO,2006).

Sugestões para o cuidador:

- Sempre manter uma rotina: o banho deve ter sempre um horário pré determinado (de manhã, a tarde ou a noite) para que o paciente adquira o hábito; (BORGES 2000).

- Antes do banho, o cuidador deve preparar todos os objetos necessário para que não tenha que interromper o banho deixando o paciente sozinho ou confuso; (BORGES, 2000).
- Sempre controlar a temperatura da água do banho devido a cauda da perda de sensibilidade e da alteração cognitiva; (SPINOSA, 2001).
- Durante o banho, o cuidador deve inspecionar a pele do idoso à procura de lesões que possam estar escondidas; (BORGES, 2000).
- Não esquecer da higiene oral, que deve ser feita sempre depois das refeições com escova de dentes macias, e se não for possível o uso da escova usar uma espátula de madeira envolta com a gase, as próteses dentárias dever ser higienizadas depois das refeições; (SPINOSA, 2001).
- Tornar o banheiro seguro com o uso de barras, tapetes antiderrapantes e cadeiras de banho; (BRUCKI;ABRISQUETA).
- Deve- se deixar o paciente realizar as tarefas diárias com o Maximo de independência possível, e se necessário o cuidador pode dar o comando de verbal de forma clara e pausada como “ agora vamos tirar a blusa” , “ passe o sabonete sobre os pés” e sempre elogiar quando a tarefa for realizada de forma adequada. Da mesma forma devem ser feitas as atividades de enxugar-se e de vestir-se novamente; assim, conseguiremos melhorar o auto-estima do paciente sendo que ele consegue realizar atividades menos dependente, além de estimular a movimentação ativa, prevenindo diversas alterações como fraqueza muscular ou encurtamentos (BRUSCKI; ABRINQUETA,).
- Os idosos que adoram tomar banho, esta atividade pode ser o recurso para acalmar quando se encontrar agitado. Quando o paciente ainda apresentar resistência quando a tomar banho, deve –se evitar confrontos e discussões e de necessário, procurar ajuda especializada da enfermagem (BORGES,2000).

3.3.3 Vestuário

Os pacientes com doença de Alzheimer esquecem de como se vestir, não sabendo colocar as roupas corretamente. Sugestões para cuidador:

- Evitar roupas com muito botões, cinto, fivelas, pois esses acessórios podem atrapalhar tanto o paciente quanto o cuidador. O melhor a ser utilizado é velcros, elásticos e roupas com zíper na parte da frente (SPINOSA, 2001).
- Evitar de utilizar sapatos com cadarços e chinelos, usar sapatos com solas antiderrapantes (ABRAZ, 2000).
- Colocar as peças em ordem de colocação e sempre dar o comando verbal de forma que seja clara e pausada e deixar que o paciente realiza a atividade de modo mais independente possível (GWYTER, 1985).
- Sempre acompanhar o idoso enquanto ele se veste e não oferecer muitas opções de roupas (BORGES, 2000).
- Na hora de utilizar os agasalhos devem ficar de responsabilidade do cuidador pois o paciente não percebe a capacidade de frio ou calor (MELO; DRIUSSO, 2006).
- Enquanto o paciente estiver se vestindo, sempre utilizar a cama ou uma cadeira segura para evitar quedas MELO;DRIUSSO, 2006).

3.3.4 Incontinência Urinária e Fecal

Na fase mais avançada da doença de Alzheimer ocorre incontinência urinária e fecal, a incontinência urinária é mais comum e pode ocorrer no início da doença, e a incontinência fecal só ocorre em fases mais avançada. Na doença de Alzheimer o paciente pode perder a capacidade de perceber quando precisa ir ao banheiro e não saber onde fica e do que fazer ao ir (ABRAZ,2003).Sugestões para o cuidador:

- Não causar constrangimento ao paciente quando ele apresentar algum episódio de incontinência (BORGES,2003).
- Organizar os horários para levar ao banheiro, e observar os horários das eliminações e levar o paciente sempre nesses horários para criar um hábito (BRUCKI,ABRINQUETA)

- Vestir o paciente com roupas mais fáceis para serem tiradas (BRUCKI, ABRINQUETA)
- Durante a noite deixar a luz do banheiro acesa ou do caminho a ser percorrido, ou utilizar fraldas geriátricas (BORGES, 2003).
- Colocar barras de segurança próximas ao vaso sanitário (SPINOSA, 2001).
- Se mesmo com todas essas medidas o paciente apresentar continuar apresentando perdas de urina ou fecal, o ideal é fazer o uso de fraldas geriátricas durante o dia todo ou então de sondas (GWYTHER, 1985).
- Não deixar o paciente com fraldas molhadas por muito tempo e a cada troca fazer a higienização com água e sabonete neutro (SPINOSA, 2001).
- Alguma agitação do paciente pode significar que ele quer urinar ou evacuar ou então avisar q a fralda esta suja (BORGES, 2003).

3.3.5 Cuidados com pacientes acamados

Com a continuidade da doença o paciente passa a ficar restrito à cadeira de rodas ou acamado e isso traz complicações como escaras de decúbito e hipotermia quando estiver muito frio, o que causa desconforto e agitação. A profilaxia para o aparecimento de escaras de decúbito é a mobilização. Sugestões para o cuidador:

- Deve-se realizar uma higiene adequada ao paciente no leito (NICOLA, 1986).
- Não deixar vincos nos lençóis do paciente para evitar escaras (GWYTHER, 1985).
- Realizar mobilização do paciente no leito, mudá-lo de decúbito de duas em duas horas, sempre alternando decúbito lateral, dorsal, cadeira de rodas e poltrona) fazendo com que o paciente não permaneça somente no leito durante o todo o tempo, levando-o sempre que puder tomar banho no chuveiro e tomar banho de sol) (SILVA, 1999).
- Utilizar colchão de ar com pressões alternadas e, se não for possível, utilizar luvas com ar nas proeminências ósseas (NICOLA, 1986).
- Manter sempre a pele hidratada (SPINOSA, 2001).

- Observar se há algum tipo de lesão na pele para que possam ser tratadas adequadamente evitando o aparecimento de escaras (GWATHER, 1985).

SE O PACIENTE APRESENTAR ESCARAS:

- Limpar com solução neutra , como soro fisiológico 0,09% (SILVA, 1999).
- A alimentação deve ser rica em proteínas e vitaminas (NICOLA, 1986).
- Deve –se procurar orientações médica para o uso de medicamentos, locais, antibióticos e tratamento das doenças associadas (NICOLA, 1986).
- Raios ultravioletas- os raios solares são eficazes para o tratamento de escaras, então deve-se expor o local da escara ao sol logo pela manhã (SILVA,1999).

3.3.6 Proposta fisioterapêutica de um programa terapêutico domiciliar

O programa do atendimento domiciliar tem grande importância quando se trata de uma extensão de tratamento fisioterapêutico. Tem como importância melhorar a qualidade de vida tanto do portador como do cuidador pois trata a independência do doente e complicações como perda de força muscular, dores devido ao encurtamento, imobilidade e deformidades, aparecimento de escaras, e etc. O programa domiciliar tem como metas: mobilidade, flexibilidade, equilíbrio, estabilidade, coordenação motora e transferências. O paciente tem que sempre se sentir motivado ao realizar exercícios propostos, não insistir e deixar para mais tarde, evitando discussões (BORGES, 2003).

3.3.7 Exercícios e alongamento

O Alongamento é uma manobra terapêutica que visa aumentar o comprimento de tecidos moles e melhorar a flexibilidade da articulação (KISNER; COLBY, 1998).

- Alongamento da musculatura cervical (flexão, extensão e inclinação);

- Alongamento dos membros superiores (extensores, adutores, abdutores do ombro, músculos peitorais e de flexores e extensores de cotovelo);
- Alongamento do tronco superior (flexão, extensão e rotação);
- Alongamento do tronco inferior (flexão, e rotação);
- Alongamento dos membros inferiores (glúteo máximo, isquiotibiais, reto femoral, adutores, abdutores, flexores plantares e dorsiflexores);

É Necessário que cada movimento seja mantido por quinze segundos e repetidos três vezes; o paciente não deve sentir dor.

3.3.8 Exercícios para melhora da mobilidade

Os exercícios para mobilidade podem ser realizados de forma ativa quando o paciente consegue realizá-los sozinho, assistido quando o paciente necessitar de algum auxílio ou passivo quando o paciente já não for capaz de realizar o movimento.

A mobilização das articulações melhora a rigidez e a dor, por isso ela é muito importante para o portador da doença de Alzheimer, já que mantém a amplitude de movimento, o que facilita a realização de atividade de vida diária e de transferências (KISNER; COLBY, 1998)

- Flexão, extensão rotação e inclinação da cervical;
- Mobilização escapular (elevação, depressão, adução e abdução);
- Flexão, extensão, adução e abdução de ombro;
- Flexão, e extensão de cotovelos, punhos e dedos;
- Flexão, extensão e rotação de tronco;
- Flexão e extensão de quadril e joelho simultaneamente associando e adução e abdução de quadril;
- Flexão plantar e dorsiflexão;
- Exercício de ponte.

Devem ser realizadas duas séries de dez repetições em cada exercício.

3.3.9 Coordenação Motora

A coordenação motora é a base do movimento eficiente e é a capacidade de usar os músculos com intensidade exata para a realização de um movimento. Realizar a prática de caminhada com atividades dos membros superiores com auxílio de um bastão realizando flexão de ombros ou rotação de tronco simultaneamente à marcha (KISNER; COLBY, 1998).

3.3.10 Transferências

Como já foi citado anteriormente, com a progressão da doença de Alzheimer o portador passa a não conseguir realizar tarefas simples, como por exemplo as atividades diárias e as transferências. Eles se depende de uma pessoa para se levantar, se virar na cama, e etc. Para evitar as deformidades e escaras de decúbito, é necessário que o paciente mude de posição a cada duas horas (MELO;DRIUSSO, 2006).

Serão descritas abaixo formas de auxiliar ou até mesmo de realizar a transferência do paciente. Deve-se dar o auxílio suficiente para que o paciente consiga de transferir quando ele ainda o consegue, e quando ele não conseguir deve ser realizada pelo o cuidador (MELO;DRIUSSO, 2006).

- Decúbito dorsal para lateral: o paciente deve flexionar o mesmo inferior do lado oposto ao lado que irá deitar e com ajuda do mesmo superior oposto que fará adução virar para o lado. Se o paciente não for capaz, o cuidador deve usar de pontos-chave como o quadril e ombro. Para voltar ao decúbito dorsal, realizar a extensão dos membros inferiores e rodar o tronco.
- Decúbito lateral para sentado: colocar os membros inferiores para fora da cama e com auxílio do membro superior que está em baixo elevar o tronco para sentar. Para voltar ao decúbito lateral apoiar o membro superior o qual se deitará em cima e conforme o tronco se aproximar da cama é que deverá elevar ou deitar o tronco e colocar ou tirar os membros inferiores da cama.

- Sentado para em pé: pedir que o paciente apóie suas mãos no ombro do cuidador, levar o tronco do idoso bem à frente, pedindo para que ele estenda seus membros inferiores. Entanto o paciente pode ser transferido para a cama, cadeira e etc. com passos com auxílio do cuidador. Caso o paciente já não for capaz de ficar em pé, a transferência deve ser feita por dois cuidadores, um apoiando os membros inferiores sob os joelhos e outro apoiando o tronco sob as axilas e segurando os membros inferiores do paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste trabalho foi possível constatar-se que a doença de Alzheimer não é curável, mais existem tratamentos para minimizar/retardar os sintomas. O tratamento é feito por diferentes profissionais da área da saúde e acompanhado com medicamentos com indicação médica. O fisioterapeuta faz parte dessa equipe multidisciplinar ocupando um papel indispensável no tratamento, pois esse profissional tem como maior objetivo prevenir contraturas articulares, atrofia, encurtamento muscular, manutenção da massa muscular, mobilização e secreções pulmonares, visando o prolongamento da independência do paciente, mantendo funções motoras e cognitivas do paciente e também incluí-los de forma segura no ambiente em que ele vive.

As condutas fisioterapêuticas serão realizadas de acordo com as alterações apresentadas pelo paciente e essas alterações dependerão do estágio da lesão. Os exercícios propostos não precisam, necessariamente serem feitos todos os dias. O melhor é que as atividades sejam alternadas, ou seja reabilitar um dia os alongamentos, no outro a caminhada e etc.

REFERÊNCIAS

- ABRAZ- Associação Brasileira de Alzheimer – Alzheimer. 2000. Disponível em: <http://www.coderp.com.br/ssaude/Doencas/Alzheimer/l16ABRAz.htm>. Acesso em: 17 mai.2017
- ALMEIDA, M. F; LAZARIN, V. Doença de Alzheimer: Um impacto na vida do idoso e seus familiares. Campo Mourão, v. 01, n. 01, p.155-159, jun. 2014. Disponível em: <http://faculdadeunicampo.edu.br/ojs/index.php/saberesunicampo>. Acesso em: 03 mai.2017
- APOLINÁRIO, D; ARAÚJO, L. M. Q; CHAVES, M.L.F; et al. Doença de Alzheimer: Diagnóstico. **Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar**. p. 1-24, 2011.
- BORGES M F- Manual do Cuidador, 2000. Disponível em: <http://members.tripod.com/marcioborges/Alzheimer/manual.htm>. Acesso em: 03 mai.2017.
- BRUCKI S M D, ABRISQUETA J- Manual do Cuidador . São Paulo, Novartis, s/data.
- BURNS, A; LLIFFE, S. Alzheimer's disease. **British Medical Journal** , p. 467, v.338, b.158, 2009.
- CARVALHO, K. R. O Método Kabat no tratamento Fisioterapêutico da doença de Alzheimer. **Kairós**, São Paulo, p. 181-195, 2008.
- ELY, J. C; GRAVE, M. Estratégias de intervenção fisioterapêutica em indivíduo portador de doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.5, n.2, p. 124-131, 2008.
- FROTA, Norberto Anízio Ferreira et al. Critérios para o diagnóstico de doença de alzheimer. **Dement Neuropsychol**, Fortaleza Ce, v. 10, n. 5, p.5-15910, 5 jun. 2011.
- GUIMARÃES, Layana de Souza; CRUZ, Mônica Cardoso da. Exercícios terapêuticos: a cinesioterapia como importante recurso da fisioterapia. Lato & Sensu, Belém, v.4,n.1,n.1,p.3-5,out,2003.
- GWYTHER L P- Cuidadores com portadores de doença de Alzheimer: um manual para cuidadores e casas especializadas. Trad de Alicke L. Editado originalmente em **American Health Care Association e Alzheimer's Disease and Related Disorders Association**. São Paulo, Novartis, 1985.
- KAUFFMAN, T.L. **Manual de Reabilitação geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

KISNER C, COLBY L A- Introdução ao exercício terapêutico e amplitude de movimento. In.: Kisner C, Colby L A- **Exercícios Terapêuticos**, 3ª Ed. São Paulo, Manole, 1998, p. 3-54.

LIMA; SERVELHERI; MATOS. O perfil das Apraxias na Doença de Alzheimer. **Anhanguera Educacional Ltda**, Anhanguera, v. 16, n. 1, p.159-166, 08 out. 2012.

LUDERS S L A, STORANI M S B- Dêmemcia: Impacto para a família e a sociedade;. In: Netto PN (Ed). Gerontologia- A velhice e o envelhecimento em visão globalizada 1ª Ed. São Paulo, Atheneu, 2002; p;146-159.

MEDEIROS, I. M. P. J et al. A influencia da fisioterapia na cognição de idosos com doenças de alzheimer. **Ruep: Revista Unilus ensino e pesquisa**, Santos, v. 29, n. 12, p.15-21, dez. 2015.

MELO, M.A; DRIUSSO, P. Proposta fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer. **Revista Envelhecimento e Saúde**, São Caetano do Sul, , p. 11-18, dez. 2006. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/240617862_Proposta_Fisioterapeutica_para_os_cuidados_de_Portadores_da_Doenca_de_Alzheimer. Acesso: 02 mar.2016.

MENDONÇA, G. M. S; NASCIMENTO, M. B. C. **Mal de Alzheimer e a atuação fisioterapêutica**. Trabalho de conclusão de curso (graduação em fisioterapia) – Universidade Tiradentes, 201_. 11p.

MOLARI. Alzheimer:**Evidências Fisiopatológicas ,diagnóstico e Terapia**, Criciúma, p.1-33, 06 jun. 2011.

PIERMARTIRI, Tetsadê Cb; BEZERRA, Naaraí Camboim; HOELELR, Alexandre Ademar. Efeito Preventivo da fisioterapia na redução da incidência de quedas em pacientes com doença de alzheimer. **Rev Neurocienc**, Santa Catarina, p.1-5, dez. 2008.

Poltroniere S, Cecchetto FH, Souza EM. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2011 junh;32(2):270-8.

RIBEIRO, R. Alzheimer – que doença é essa?. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 91, 2008. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/091/91ribeiro.pdf>. Acesso: 02 mar.2016..

SHIMODA, M.Y et al. O exercício e a doença de Alzheimer. **Centro de Estudo da Fisiologia do Exercício**. p. 311-319, 2003.

SPINOSA M R- Proposta de manual de orientações para familiares/ cuidadores dos portadores da Doença de Alzheimer. São Bernardo do Campo; 2001; p.3-14 Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade Metodista de São Paulo.

