

CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO CRICARÉ
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

ANA CARLA DE JESUS SANTOS TONETE
CARLIANY DE JESUS SANTOS
RACHEL FREIRES MOURA

FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA COM ALZHEIMER

SÃO MATEUS
2022

ANA CARLA DE JESUS SANTOS TONETE
CARLIANY DE JESUS SANTOS
RACHEL FREIRES MOURA

**A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA PESSOA
IDOSA COM ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito para obtenção da Bacharel em Fisioterapia, sob a orientação de: Profº Frank Cardoso e Coorientador Profº Odirley Rigoti.

SÃO MATEUS
2022

ANA CARLA DEJ ESUS SANTOS TONETE
CARLIANY DE JESUS SANTOS
RACHEL FREIRES MOURA

**A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA
COM ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito para obtenção da Bacharel em Fisioterapia, sob a orientação de: Profº Frank Cardoso e Coorientador Profº Odirley Rigoti.

Aprovado em 25 de Maio de 2022

BANCA EXAMINADORA

**PROF. NOME COMPLETO
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
ORIENTADOR**

**PROF. NOME COMPLETO
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

**PROF. NOME COMPLETO
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

SÃO MATEUS
2022

Dedicamos este trabalho de conclusão primeiramente a Deus, por sempre está ao nosso lado. As pessoas da nossa família, aos nossos professores orientadores Frank Cardoso, Marli Quinquim e Odirley Rigoti, por sempre contribuir para que pudéssemos alcançar nossas metas e poder concluir nosso projeto.

AGRADECIMENTO

Um dos nossos momentos mais esperados está chegando que é nossa formação, e saber que nós estamos concluindo mais uma etapa importante da nossa graduação é muito gratificante.

Na faculdade passamos por diversos momentos emocionais de tristeza e alegria. Sendo assim, não podemos deixar de agradecer primeiramente a Deus por nos permitir prosseguir devido a várias dificuldades que estavam ali a serem enfrentadas com bastante garra e determinação, no começo é tudo mais difícil e desafiador, é saber como deve se adaptar aquilo para deixar tudo mais calmo em nossas mentes.

A família é também de extrema importância para o nosso processo de evolução e não poderíamos deixar de agradecer com bastante honra, certeza e absoluta todos nossos familiares pelo apoio.

Queremos também agradecer nós, umas as outras Rachel Freires Moura, Ana Carla de Jesus e Carliany de Jesus Tonete por está nessa caminhada juntas, uma imensa gratidão por nós, pela parceria e companheirismo, sempre nos dando bem e acolhendo umas as outras.

Agradecemos também em especial aos nossos Mestres Professores, Frank Cardoso, Odirley Rigoti e Marli Quinquim que foram de excelência competência e de tamanha necessidade para nossa chegada até aqui .

Somos gratas por todo acolhido e por nos proporcionar conhecimentos inerentes para a processo de formação e carreira profissional. Por fim, nós sentimos muita gratidão por todos que estiveram presente nesta jornada. Nossos mais sinceros agradecimentos.

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”

(Theodore Roosevelt)

RESUMO

A doença de Alzheimer tem uma característica evolutiva lenta e progressiva, levando a um declínio na capacidade funcional a longo prazo. Desta forma, é possível afirmar que esta doença pode ocasionar imobilidade e padrões de movimentos, assim contribuindo para o surgimento de mudanças no corpo do portador da doença. O objetivo deste estudo é trazer evidências científicas sobre a atuação do fisioterapeuta e a sua importância na doença de Alzheimer. Desta maneira, a doença de Alzheimer pode provocar alterações neurológicas, comprometendo a parte motora dos pacientes e sua atividade de vida diária a depender do grau da patologia onde existem três etapas dificultando a vivência da mesma no estado terminal tem cuidados paliativos, em outras palavras no estado vegetativo. Desta forma visando atenuar a gravidade da patologia, o fisioterapeuta pode tratar o paciente buscando prevenir a doença antes que se agrave rapidamente ou pode retardar para que não evolua tão rapidamente, o meio de prevenção também vale para o cuidador que está sofrendo junto com a vítima e precisa de acompanhamentos para que se possa cuidar da maneira adequada evitando com que o cuidador também fique doente devido à sobrecarga que é imposta sobre si. Pois, a fisioterapia tem o objetivo com esses pacientes de trazer a funcionalidade e melhora na qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Fisioterapia; Doença de Alzheimer; Reabilitação

ABSTRACT

Alzheimer's disease has a slow and progressive evolutionary characteristic, leading to a long-term decline in functional capacity. Thus, it is possible to state that this disease can cause immobility and movement patterns, thus contributing to the appearance of changes in the body of the disease carrier. The objective of this study is to bring scientific evidence about the role of the physiotherapist and its importance in Alzheimer's disease. In this way, Alzheimer's disease can cause neurological alterations, compromising the motor part of the patients and their daily life activities depending on the degree of the pathology, where there are three stages that make it difficult to live with the disease in the terminal state, in palliative care, in other words, in the vegetative state. In this way, aiming to mitigate the severity of the pathology, the physiotherapist can treat the patient seeking to prevent the disease before it worsens quickly or can delay it so that it does not evolve so quickly, the means of prevention is also valid for the caregiver who is suffering along with the victim and needs to be accompanied so that he/she can take care of it in an adequate manner avoiding that the caregiver also becomes ill due to the overload that is imposed on him/her. Physiotherapy aims to bring functionality and improvement to the quality of life of these patients.

Keywords: Physical Therapy; Alzheimer's Disease; Rehabilitation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DA Doença de Alzheimer

FN Fisioterapia Neurofuncional

AVDs Atividade de vida diárias

MIF Independência Funcional

MEEM Mini exame do estado mental

RV Realidade Virtual

GI Grupo de intervenção

GC Grupo de Controle

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIALTEÓRICO.....	14
2.1 ADOENÇA DE ALZHEIMER E SEU DIAGNÓSTICO	14
2.2 PERDAS DAS ESTRUTURAS NEUROANATOMICAS E FISIOPATOLÓGICAS E FUNÇÕES COGNITIVAS	18
2.3 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA PRESERVAÇÃO DAS FUNÇÕES MOTORAS.....	21
3 METODOLOGIA.....	26
3.1 EMBASAMENTO DO ESTUDO	26
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	27
3.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	28
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	28
4 RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS.....	29
5 DISCUSSÕES.....	43
6 CONCLUSÃO.....	44
7 REFERÊNCIAS.....	45
8 APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO.....	49

CAPITULO I

No primeiro capítulo, No capítulo I, inicia-se a introdução, discorrendo sobre a doença trazendo breve contextualização do assunto que será tratado em todo projeto e explicação dos objetivos, problemática, metodologia e uma síntese do que foi abordado em cada capítulo de modo geral.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, fenômeno presente em todo o mundo, mas de difícil definição visto a disparidade sociocultural mundial relativo à palavra, dessa forma entende-se genericamente o envelhecimento como o processo e dutor da capacidade de sobrevivência do indivíduo, devido a mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que o sujeitam mais facilmente a quadros patológicos e conseqüentemente a morte (PEREIRA *et al.*, 2016).

Nesse processo de envelhecimento, o cerebral é o sistema mais afetado, com perda do peso cerebral: 1,4 a 1,7% a cada dez anos, após os 15 anos, complicações como lentificação da velocidade da conduta nervosa, redução progressiva e irreversível dos neurônios, degeneração vascular amiloide, aparecimento de placas senis e degeneração neurofibrilar, comprometimento da neurotransmissão dopaminérgica e colinérgica, aparecimento de doenças como Alzheimer sendo a principal causa de demência em idosos (MEDEIROS *et al.*, 2015).

A Doença de Alzheimer (DA) atinge mais em pessoas idosas, devido ao envelhecimento podendo variar de pessoas e ainda depende de fatores culturais, genéticos, incidência de algumas patologias adquiridas e o histórico, possibilitando a pessoa viver 120 anos de idade (MEDEIROS *et al.*, 2015).

A Doença de Alzheimer é crônica irreversível e compromete diretamente a integridade social, física e mental dos idosos, além disso, suas funções motoras. Ainda os familiares que vivem nesse ambiente estão sob situações não confortáveis. A Doença de Alzheimer atinge pessoas acima de 60 anos e de forma precoce pessoas abaixo dessa idade (CARDOSO *et al.*, 2015, p. 71).

O entendimento da importância da fisioterapia no processo de retardar a

evolução da doença tem a capacidade de oferecer tratamentos específicos, como por exemplo, incentivar a independência do paciente, orientar seus familiares como a doença pode afetar as pessoas, relatando que todos tem que ter cuidado com a pessoa, pois essa doença atinge de forma indireta todo ambiente familiar, sendo importante que a família esteja disposta a ajudar no tratamento, facilitando e retardando a doença o mais breve possível, diminuindo a progressão (SANTOS; RODRIGUES; MONTEIRO, 2020).

A fisioterapia está conquistando cada vez mais espaço na realidade da saúde mundial. A prática da profissão baseada em evidências e estratégias científicas levam credibilidade a cada tratamento, trazendo qualidade de vida, inserir o indivíduo na sociedade e agir de forma precoce para evitar evolução de algumas doenças, destacam-se as doenças neurológicas.

Cada vez mais, doenças decorrentes do envelhecimento estão mais evidentes no Brasil, com o aumento da expectativa de vida. E o Alzheimer é uma dessas doenças que acometem os idosos. Muitas vezes, infelizmente, a família procura assistência apenas com a doença mais avançada, devido à dificuldade do diagnóstico precoce e por falta de mais informações sobre a doença.

Nessa pesquisa a escolha pelo tema é justamente para embasar a importância da Fisioterapia em cada etapa da doença, embora seja uma doença de característica progressiva, a intervenção Fisioterapêutica objetiva retardar seu processo, os pacientes diagnosticados com a Doença de Alzheimer apresentam diversas alterações cognitivas e funcionais, sendo necessária a abordagem desse profissional competente, tendo então, como objetivo de estimular a cognição, mantendo ou melhorando-a, bem como a capacidade funcional, oferecendo maior autonomia a estes indivíduos. Compreende-se que a fisioterapia sendo praticada desde a fase inicial pode demonstrar bons resultados no retardamento desta patologia.

O problema que se apresenta e que embasa toda pesquisa é: De que maneira a fisioterapia pode atuar de forma positiva na fase precoce em pacientes com Doença de Alzheimer? Com toda relevância da pesquisa, chega-se à hipótese de que a Fisioterapia inserida em um diagnóstico precoce em pacientes com Alzheimer, pode trazer respostas de forma positiva ao retardamento da doença. Podendo assim dar uma qualidade de vida e certa independência a este paciente por um tempo

maior (MACHADO, 2012).

Com isso traremos como objetivo geral: Investigar a relevância e a importância do Fisioterapeuta nessa intervenção e como ela pode retardar a progressão da doença, no mesmo enfoque propõem-se os seguintes objetivos específicos: a) Evidenciar a importância da fisioterapia na doença de Alzheimer; b) Discorrer sobre a doença; c) Descrever os protocolos fisioterapêuticos utilizados com paciente; d) Procurar os principais desafios e dificuldades em relação a integração da Fisioterapia na fase precoceda doença; e) Diagnosticar a verdadeira importância da Fisioterapia em cada fase.

Entretanto nestes objetivos específicos são importantes os interesses sobre o papel do Fisioterapeuta em ajudar retarda e amenizar os sintomas e manter as atividades diárias, trazendo qualidade de vida ao indivíduo. A Fisioterapia Neurofuncional (FN) objetiva minimizar as sequelas advindas das patologias que acometem o sistema nervoso, visando tornar o paciente o mais independente possível. Sendo assim, na avaliação fisioterapêutica de pacientes portadores de sequelas neurológicas, devem ser inseridos instrumentos que tenham acapacidade de verificar o desempenho da pessoa na realização das AVDs. Neste aspecto, a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) é uma ferramenta que avalia a capacidade do indivíduo nos aspectos motor e cognitivo/social, no desempenho das diversas atividades cotidianas (BENVEGNU *et al.*, 2008; FIGUEIREDO; MEJIA, 2011).

CAPITULO II

No capítulo seguinte, serão apresentados os referenciais teóricos que servirão com embasamento na nossa pesquisa. Será abordado o tema doença de Alzheimer e seu diagnóstico, perdas das estruturas neuroanatomias e fisiopatológicas e funções cognitivas, atuação do Fisioterapeuta na preservação das funções motoras.

2 REFERENCIALTEÓRICO

2.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER E SEU DIAGNÓSTICO

A Doença de Alzheimer foi descoberta em 1906 pelo Doutor Alois Alzheimer que após uma paciente que ele avaliava com alguns distúrbios de memória e de linguagem faleceu, o doutor começou a examinar o cérebro dela e obteve as alterações que nos dias de hoje são as características da doença (FERREIRA *et al.*, 2017).

Uma das causas mais comuns de demência é a DA e sua incidência é de 3% de idosos a partir dos 65 anos e 30% acima dos 80 anos. A sua causa é devastadora e desgastante não apenas para os que a possuem, mas para os cuidadores e a família devido a incapacidade e a dependência dos idosos. A DA dura em média desde o início até a morte de 7 a 10 anos (LOPES *et al.*, 2020).

A DA apresenta diferentes formas de manifestações o que depende em qual fase o idoso está, a sua história pregressa e as experiências vividas pelo mesmo, manifestação inicial é a perda da função cognitiva que se inicia lentamente e é gradual, acometendo assim o aprendizado, reconhecimento, raciocínio, realização de tarefas e resolução de problemas (SALVIANO, 2017).

Essa enfermidade possui dois subgrupos conforme o tempo inicial, sendo antes dos 65 anos um início precoce e após é chamado de início tardio, se ele ocorre precocemente a sua principal característica é o declínio das funções cognitivas de forma mais rápida, que é considerado um fator complicado e que pode acometer as gerações futuras dos acometidos precocemente pelo Alzheimer, devido está relacionada ao padrão de transmissão autossômico dominante que está ligado aos cromossomos (LIMA; SILVA CP; SILVA PN, 2020).

O quadro clínico se baseia em três estágios sendo eles, o primeiro que tem duração de dois a quatro anos, sua característica é perda de memória recente e dificuldade de realizar atividades diárias. O segundo tem a variação de quatro a dez anos e apresenta perda de memória, dificuldades motoras, raciocínio e linguagem. E o terceiro apresenta imobilidade, posição fetal por conta das contraturas e restrições ao leito (FERREIRA et al., 2017, p. 62).

A pré-demência é considerada o comprometimento leve da cognição, sendo assim, o indivíduo apresenta um comprometimento maior de memória recente e evoluiu quadro clínico ocasionando distúrbios da memória semântica, linguagem e atenção. Esses comprometimentos levam a um declínio não só nas atividades de vida diária, mas também na convivência entre os familiares, desempenho ocupacional e social (HERNANDEZ *et al.*, 2010).

Na fase leve o indivíduo inicialmente desenvolve a perda da memória recente e devido a isso perdem com muita frequência alguns itens pessoais, bem como celulares, chaves, carteiras, óculos, canetas, entre outros, também acabam esquecendo de atividades como fechar a porta, desligar o fogão. As alterações no comportamento, desatenção, delírios que é muito comum em alguns casos. Pode acontecer outras alterações, sendo elas músculo esquelético, o equilíbrio e a coordenação motora muitas vezes começam a apresentar alterações já de início e conforme for passando as fases ocorre uma piora (BITENCOURT *et al.*, 2018).

Na fase moderada é o momento em que o indivíduo começa a necessitar mais dos cuidados dos familiares ou cuidadores, devido apresentar um prejuízo maior na memória e com isso acompanhada nos graduais da cognição como a apraxia que é quando o indivíduo possui a capacidade e vontade de praticar, porém tem dificuldades em realizar; agnosia quando não consegue discernir os objetos ou as pessoas; mudanças visuoespaciais quando não consegue analisar, manusear e manipular mentalmente os objetos em suas dimensões; visuoconstrutivas não realiza

atividades que precisam da coordenação motora como formativas ou construtivas e distúrbio comportamental que são alterações no comportamento que acabam sendo agressivos e insensíveis (SILVA *et al.*, 2017).

E por fim, na fase final, a cognição é inteiramente afetada, não é capaz de reconhecer a família e nem os amigos, não consegue se alimentar pois não consegue lembrar mais dos alimentos e nem o que fazer com eles, geralmente nessa fase o indivíduo fica acamado, as necessidades fisiológicas são feitas através de fraldas, sonda para se alimentar e outra para urinar, o que torna se imprescindível um familiar ou cuidador constantemente presente (SILVA *et al.*, 2017).

Com o avanço da Doença de Alzheimer alguns idosos podem se perder em relação ao tempo e ao espaço, não conseguem discernir mais entre dia e noite, calor ou frio, quais os dias da semana e alguns podem apresentar perda de sono e ficarem agitados a noite com isso acabam tendo alucinações, sem contar os que se perdem dentro da sua própria casa e muitas vezes se pergunta onde está. E essa perda de tempo e espaço são uma das principais ocorrências na DA (BRISSON, 2019).

O diagnóstico da doença de Alzheimer muitas vezes é tardio por conta dos sinais iniciais que acabam sendo confundidos devido aos processos naturais do envelhecimento. Para se obter um diagnóstico fidedigno é necessário um exame microscópico no tecido cerebral após o paciente vir a óbito, pois é feito cortes histológicos. Existe apenas o diagnóstico clínico da doença e seu início é lento nos sintomas, porém é progressivo nas perdas de funções cerebrais, ainda não existem exames de laboratórios complementares que são capazes de se obter a confirmação, por isso vale ressaltar que a avaliação clínica é fundamental logo nos primeiros sintomas (BITENCOURT *et al.*, 2018).

A avaliação fisioterapêutica funcional ajuda a ter um diagnóstico, o que irá depender do comportamento do paciente, sempre levando em conta o estágio em que ele está. Os itens que são avaliados no início da doença é a amplitude articular,

alterações posturais, força muscular e também a capacidade pulmonar. A coordenação motora, habilidade, autopercepção, equilíbrio, marcha, imagem corporal e as funções que ele realiza durante o dia, devem ser avaliados de forma mais cautelosa. Já na fase em que se encontra mais tardia devido o comprometimento físico ser mais grave, a avaliação de mobilidade deve ser feita com movimentos passivos, ou seja, movimentos realizados com a ajuda do profissional (BITENCOURT *et al.*,2018).

Para avaliar as funções cognitivas específicas é utilizada um instrumento de rastreio cognitivo chamado Mini Exame do Estado Mental (MEEM), são questões em sete categorias que são: Orientação de tempo, espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade visuoespacial (OLIANI *et al.*, 2017, p. 54).

O escore da escala MEEM é de 0 a 30 pontos, valores menores indicam um déficit cognitivo como mostra no Anexo A. Apesar de a escala sofrer influência devido a questão de escolaridade, alguns autores decidiram estudar mais a escala e sugerem que os valores fossem alterados sendo analfabetos 18 pontos, escolaridade de 1 a 3 anos 21 pontos, de 4 a 7 anos 24 pontos, de 8 anos ou mais 26 pontos. É um teste simples, rápido e autoexplicativo (FERRETTI *et al.*, 2014).

Para avaliar as apraxias e ter um diagnóstico, existem inúmeros instrumentos a fim de mensurar e saber qual o tipo e saber o tratamento adequado para a melhora. Essas tarefas podem ser atividades de forma detalhada como tomar água, elevação da perna direita, escovar os cabelos, amarrar o tênis, abotoar os botões e acender uma vela; também podem ser realizadas atividades complexas como dobrar o papel e colocar no envelope e colar, digitar algo no computador, desenhos, escritas, mímica e tirar o casaco e colocá-lo em seguida (LIMA; SERVELHERE; MATOS, 2012).

A avaliação da funcionalidade é baseada na independência que o idoso tem de realizar suas atividades de vida diária, pode ser usado a Escala de Katz que avalia o tomar banho, vestimenta, utilização da toalete, alimentação, controle de esfínteres e locomoção. A pontuação pode ser variada de 0 à 6, sendo 0 classificado como independência em todas as atividades supracitadas, 1 – dependência em uma atividade, 2 - dependência em duas atividades, 3 -

dependência em três atividades, 4 - dependência em quatro atividades, 5 – dependência nas cinco atividades e 6 – dependência em todas, podendo ainda obter os resultados se o indivíduo realiza sem ajuda, com ajuda parcial ou ajuda total (HORA, 2017).

2.2 PERDAS DAS ESTRUTURAS NEUROANATÔMICAS E FISIOPATOLÓGICAS E FUNÇÕES COGNITIVAS

Os indivíduos que possuem a DA apresentam uma atrofia progressiva em várias áreas cerebrais, e são responsáveis pela perda das funções cognitivas. A princípio essa atrofia ocorre na massa encefálica, sendo mais afetado o lobo temporal nas regiões relacionadas à memória, ou seja, no hipocampo e no córtex entorrinal (DINO *et al.*, 2017).

O lobo temporal está localizado posteriormente, podendo ser dividido em giros temporais superior, médio e inferior, ele é responsável pela memória. O hipocampo se localiza no corno inferior do ventrículo lateral no lobo temporal, o mesmo tem a função do processamento da memória, formado por uma substância cinzenta (SNELL, 2019).

As funções cognitivas na DA são afetadas no centro da memória de curto prazo, que se localiza no hipocampo. No córtex entorrinal se localiza na face lateral do lobo temporal, se relaciona com hipocampo e corresponde a área de Brodmann. Sua função principal é a concentração da memória e a percepção do tempo (JOTZ *et al.*, 2017).

Existem várias teorias afim de explicar a fisiopatologia da Doença de Alzheimer, uma delas é a cascata amiloide que é considerada como ponto chave para o seu desenvolvimento devido os efeitos neurotóxicos da β A. Alguns estudos recentes mostraram que a ocorrência da produção em excesso da β A intraneuronal, que pode ocasionar uma lise neuronal e também a formação excessiva de placas senis e as tranças neurofibrilares da proteína Tau. Essas placas ativam a resposta inflamatória gerada nos depósitos da β A o que contribui para a morte neuronal (GEMELLI *et al.*, 2013).

Os depósitos de placas senis e a perda neural na DA acabam comprometendo a cognição, e no passar dos anos os sintomas se tornam mais intensos impossibilitando as atividades de vida diárias (LOPES *et al.*, 2020).

As funções cognitivas durante o envelhecimento normal diminuem de forma natural conforme a idade, e acaba ocorrendo um declínio nas funções bem como na atenção, na memória e também nas funções executivas até mesmo naqueles em que não possui nenhum tipo de patologia (IRIGARAY et al, 2012, p.12).

Compreende-se que as funções cognitivas é uma etapa do processo de informação que inclui a memória, a atenção, o raciocínio, a percepção e a aprendizagem. Também deve levar em consideração os movimentos, o tempo de uma reação, a velocidade de desempenhar as funções diárias e o funcionamento psicomotor (TESTA JUNIOR *et al.*, 2018).

As alterações cognitivas estão relacionadas a idade do indivíduo e as condições patológicas, a doença da Doença de Alzheimer possui uma alteração maior do que nas outras patologias em que possui perda de demência, dentre essas alterações cognitivas as Neurônios Normais Alzheimer Placas Senis Tranças Neurofibrilares de maior incidência são na atenção, pensamento, orientação, funções intelectuais e de memória, o que resulta na perda de funcionalidade do indivíduo (FLEIG *et al.*, 2018).

As memórias não são armazenadas completamente, embora estejam definidas e estabelecidas, não são eternas. O esquecimento é algo fisiológico e ocorre de forma contínua, esquecer é considerado uma função primordial para a boa execução da memória, pois seria ilusório recordar de mínimos detalhes que precisamos em um só dia. Na DA a perda de memória acontece em um grau excessivo prejudicando assim a vida cognitiva de forma irreversível, afetando os acontecimentos recentes e também a habilidade de obter memórias novas. Sua evolução afeta de forma que o indivíduo não consegue reconhecer a família, esquece-se das habilidades, dos hábitos e no final até mesmo sua própria identidade (GOLINOMT; GOLINOH, 2017).

A atenção é um estado da percepção que atua de forma seletiva e intensa, ela é importante para ter uma interpretação e uma compreensão do que ocorre através dos variados estímulos que são recebidos (MATIAS; GRECO, 2010).

A atenção seletiva é a capacidade mental de poder selecionar um pouco de informação em um ambiente com muitos estímulos perceptivos, já a atenção sustentada é quando o indivíduo consegue se manter atento ou focado durante um longo período de tempo e pôr fim, a atenção dividida consegue-se observar e selecionar ao mesmo tempo mais de um estímulo, a atenção nos idosos geralmente tendem a apresentar déficits em relação aos mais jovens, interferindo assim no funcionamento da cognição (SISTO et al., 2010, p. 100).

O pensamento está relacionado ao raciocínio embora não pareça, a sua relação se dá devido a capacidade em projetar possíveis situações que ainda não aconteceram, e tem como função obter um conhecimento do mundo de forma prévia, de maneira a entender quem irá estabelecer a ordem sobre os acontecimentos. Quando essa função está comprometida pode acontecer do indivíduo ter dificuldades no pensar e acabam pensando de modo geral apenas informações de forma parcial (CUNHA *et al.*, 2017).

A percepção tem como função permitir que os objetos e as coisas tenham significados, é o processo no qual a pessoa tem consciência em relação aos objetos e as relações sociais conforme a consciência do mesmo necessita e depende dos processos sensoriais. A percepção externa significa ao espaço, tamanho, forma, distancia da ação e a interna são as próprias informações do indivíduo, podendo também ser definidas em percepção temporal que é quando o idoso não sabe discernir dias, semanas, meses e anos e a espacial quando não consegue encontrar caminhos ou saber sua localização em um determinado local, a percepção está ligada as variações da memória recente (BRISSON, 2019).

A aprendizagem no processamento de informações torna-se de difícil diferenciação entre a memória, nela é desenvolvida e adquiridas novas informações e a memória funciona de forma a reter e recuperar essas informações, sendo assim a memória não pode existir se a aprendizagem não acontecer primeiro e a aprendizagem não tem sentido se não existir a memória (KATZ, 2014).

Quando a DA está em uma fase de maior avanço ocorre a apraxia, inabilidade de executar e repetir movimentos, perde as habilidades de alimentar, vestir e higiene pessoal. Também se torna perceptível a afasia que são os distúrbios de linguagem e a agnosia que é a perda do reconhecimento e identificação de objetos (SALVIANO, 2017).

As apraxias não ocorrem devido as dificuldades ou falta de coordenação e nem ao enfraquecimento muscular, mas elas acontecem pelas lesões cerebrais que tem como função o seqüenciamento e o planejamento das funções e elas procedem das áreas parietais de associação que é preparado a função motora de atos que foram aprendidos (ARAGÃO *et al.*, 2018).

A execução das funções cognitivas tem relação com as dimensões que compreendem a definição na qualidade de vida em idosos e com isso a perda dessas funções acabam resultando prejuízos no funcionamento social, físico e emocional em idosos (BECKERT; IRIGARAY; TRENTINI, 2012, p. 69).

As mudanças que ocorrem na cognição são uma etapa normal do processo de envelhecimento devido a perda biológica gradual de raciocínio, da memória e da percepção. Porém quando essas mudanças prejudicam a independência do idoso e também suas relações sociais e pessoais, acaba contribuindo para que ocorra uma diminuição da capacidade de autonomia e autocuidado, provocando sentimentos de baixa autoestima, inseguranças, isolamento social e com isso afetando a qualidade de vida (BRANDÃO *et al.*, 2020).

2.3 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA PRESERVAÇÃO DAS FUNÇÕES MOTORAS

Através de estudos obtiveram a conclusão de que as intervenções cognitivas, como o treino cognitivo pode aumentar o desempenho e a manutenção das habilidades de cognição. Esses treinos tem por sua principal função prevenir possíveis lesões cognitivas futuras e também potencializar as funções cognitivas (IRIGARAY, 2012).

A atuação da fisioterapia é prorrogar processo da Doença de Alzheimer preservando as funções motoras, o incentivo ao idoso ter independência em suas atividades. A reabilitação é conforme os sintomas, limitações e sinais que o idoso irá apresentar sendo assim se torna necessário a avaliação ser individual (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Alguns idosos que possuem o Alzheimer tem a habilidade de realizar atividades de dupla tarefa prejudicada devido ocorrer uma deterioração cortical, nas funções executiva pré-frontais, logo no início da doença. A fisioterapia com exercícios de dupla tarefa tem como objetivo melhorar a execução de estratégias de atividades funcionais com atenção dividida. É fundamental que o idoso realize as transferências

das atividades aprendidas para o seu dia a dia, afim de que seja realmente aprendida e algo automático. O ideal é o ambiente ser o mais parecido possível com a realidade do paciente, e devem ser realizadas com motivação e funcionalidade para gerar a neuroplasticidade e aprendizado motor (RODRIGUES *et al.*, 2019).

A fisioterapia na reabilitação cognitiva pode utilizar-se de recursos com atividades que envolvam recursos lúdicos, circuitos, jogos de memória, e músicas, afim de estimular a cognição do idoso na fase inicial da doença.

A prática de atividades físicas sendo isométricos, isocinéticos, isotônicos, alongamentos, treino aeróbicos que são recursos cinesioterapêuticos ajudam na manutenção das funções cognitivas, evitando assim o desenvolvimento de alterações secundárias, agravando em uma perda funcional maior (GONÇALVES; SILVA; FERREIRA, 2017, p. 80).

As atividades lúdicas tem como objetivo a melhoria na qualidade de vida e os estímulos através dessas atividades em que usam “o brincar”, ajudam na diminuição das resistências durante o contato, na interação em grupo, no movimento o que possibilita uma interação maior e um desenvolvimento melhor visando a melhora na saúde, e que apesar de ser considerado um desafio as atividades lúdicas, os resultados são sempre possíveis e positivos (MIRANDA *et al.*, 2020).

Pois os circuitos são feitos para trabalhar com o equilíbrio dos pacientes, ele tem uma função primordial que estimula o sistema somatossensorial, vestibular e visual com vários tipos de materiais sendo eles de diferentes cores, espessuras, texturas e tamanhos, afim de então realizar as atividades motoras com mais perspicácia (GROPPO *et al.*, 2012).

Os jogos de memória têm a finalidade de estimular a manutenção e o desenvolvimento das funções cognitivas e que podem ser trabalhados temas que são importantes e fazem parte da vida diária de cada indivíduo. Através dos jogos de memória pode ser desenvolver raciocínio intelectual, elevar a autoestima e melhorar a socialização (RODRIGUES *et al.*, 2017).

A música tem o poder de estimular também sensações assim como o jogo de memória, mas de uma forma diferente, pois a música geralmente tem a função de fazer lembrar de alguém ou de algo que aconteceu, melhorando a memória e o cognitivo dos idosos com Alzheimer.

A música ajuda na melhora das funções cognitivas, em especial a memória pois estimulam as lembranças e as histórias de vida pessoal são resgatadas, a música trás de forma positiva aspectos psíquicos, sociais e emocionais, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos. A música auxilia no bem estar, na melhor qualidade do sono, na distração, resquícios de sofrimento ou dor, a musicoterapia tem o intuito de diminuir, de forma não menos importante e o principal a música ajuda a estimular a imaginação e recuperar lembranças, sentimentos e emoções (CORREA et al., 2016).

Os exercícios físicos tem como função de prevenir e reduzir os riscos de agravar mais ainda a saúde com problemas secundários à doença. A prática de exercícios em treino aeróbicos auxilia delongando o avanço dos sintomas da Doença de Alzheimer, visando o bem estar funcional do indivíduo. Concluindo assim que a pratica regular irá reduzir e/ou estabilizar os sinais e os sintomas (FERRETTI et al., 2014, p. 240).

A prática de exercícios resistidos ou atividades físicas em idosos possui uma importância significativa, pois permite que ele execute bem as atividades do cotidiano que são básicas, isso acontece devido se obter um fortalecimento global da musculatura, tendão e da articulação, aumentando a disposição e ocasionando adiminuição aos riscos de quedas durante caminhadas, e especial promovendo uma vida cheia de conquistas e mais independência (SOUZA, 2021).

A realidade virtual (RV), também pode ser trabalhada na reabilitação cognitiva de forma a oferecer ao indivíduo tratamentos personalizados conforme a necessidade e a habilidade dos mesmos, podendo ter atividades repetitivas de maneira a melhorar no aprendizado, sempre aumentando a dificuldade de forma gradual e diminuindo as pistas, o feedback e o apoio das atividades conforme for adquirindo mais capacidade, como objetivo de possibilitar a participação das atividades tanto diárias como comunitárias dos idosos (KATZ, 2014).

A RV é uma tecnologia que promove a simulação de situações reais e ambientes podendo ser adaptadas de acordo com as características e necessidades de cada pessoa, facilitando a transferência para o mundo real devido o treinamento estratégico cognitivo em variados aspectos (KATZ, 2014, p.50).

Carreta e Scherer (2012) relataram que os idosos que possuem um menor risco de desenvolver doenças demenciais, até mesmo os que apresentam os sinais e sintomas de forma tardia, permanecem ativos cognitivamente, devido ter a reserva cognitiva. Melhorando o raciocínio e a velocidade do processamento mental através

da cognição.

Através de um estudo realizado clínico por Zaiou *et al.* (2012), foi verificada a fisioterapia na preservação da memória e na capacitação funcional na DA. Foi realizada a anamnese e aplicado o MEEM, mensuração da amplitude de movimento e teste de equilíbrio. O protocolo fisioterapêutico tinha duração de 60 minutos e foi feito em 5 meses, com 2 encontros semanais.

Os exercícios eram alongamentos, exercícios ativos para amplitude de movimento, fortalecimento, treino aeróbico, equilíbrio e também atividades de memória com jogos de memória, palavras cruzadas e a contagem das séries dos exercícios. Mediante a esse protocolo foi evidenciada a melhora nos fatores que foram aplicados, e no MEEM que avalia a função cognitiva sendo de 3,33%, resultando que a prática dos exercícios além de manter, pode se obter ganhos cognitivos mesmo que pequenos.

Medeiros *et al.* (2015), abordou estudos que comprovam que os efeitos dos exercícios físicos, em ênfase os treinos aeróbicos, não só melhoraram a função cerebral como também a função cognitiva. Isto ocorre devido aos mecanismos fisiológicos que melhora o fluxo sanguíneo cerebral, aumenta as demandas metabólicas e os fatores que amadurecem o hipocampo, reduzindo a perda de tecidos cerebral que ocorrem durante a fase de envelhecimento.

Segundo Carreta e Scherer (2012), obtiveram através de um estudo randomizado controlado, onde era comprovado os efeitos do treinamento em informática e internet com 240 idosos saudáveis, em treinamentos ou não, em 3 sessões de treino de 4 horas com duração de 2 semanas. Esse estudo não trouxe dados que concluíssem o mesmo e ficou aberto a possibilidade de futuras discussões.

Durante o protocolo de atendimento pode ser utilizado livros/jornais para leitura, palavras cruzadas, escrita, jogos de cartas ou tabuleiros e tocar instrumentos musicais para uma maior estimulação da cognição, também um melhor desempenho comportamental-cognitivo-social.

Bernardo (2018) observou em estudos recentes que mostraram que os treinos aeróbicos sendo corrida, natação, caminhadas, musicoterapia e ciclismo evidenciaram uma melhora na capacidade funcional, cardiorrespiratória e também apresentam vantagens na função cognitiva, o que melhora a saúde mental dos indivíduos, e em maior evidência a musicoterapia apresentou efeitos positivos na cognição em idosos que possuem a DA.

Rodrigues *et al.* (2019), realizou um ensaio clínico controlado e randomizado, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNILUS em uma casa de repouso para idosos em Santos/SP. O estudo teve duração de 3 meses sendo realizado 2 vezes na semana e duração de 1 hora cada sessão, incluídos de 65 e 95 anos, com a DA em estágio inicial, os de exclusão eram idosos que já estavam no estágio intermediário e avançado. Dos 31 idosos apenas 9 se encaixaram nos 31 critérios de inclusão. O estudo foi dividido em 2 grupos o de intervenção (GI) e o de controle (GC), 4 idosos participaram do protocolo de reabilitação em exercícios de dupla tarefa (motora e cognitiva) (GI), e no (GC) 5 idosos que participaram apenas da avaliação.

A cognição foi avaliada através da escala MEEM. As atividades realizadas foram a cognitivo – motora. Os exercícios motores foram de força muscular com pesos livres, equilíbrio com circuitos funcionais, flexibilidade com alongamentos ativos, coordenação motora com apontar alvos, agilidade com marcha e dança e exercícios de orientação as tarefas funcionais com caminhadas entre obstáculos e em forma de mimica os idosos simulavam outras tarefas funcionais como vestir, pentear, andar de bicicleta e nadar (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Os cognitivos foram realizados de forma simultânea com os motores que era olhar imagens de artistas e dizer o nome, ouvir músicas e cantar junto da época deles, manter um diálogo pelo telefone fictício, cálculos, pronunciar nomes dos familiares e memorizar o nome dos familiares dos outros, anotar recados, memorizar lista de compras e roupas que deveriam vestir, com o objetivo de estimular a conceituação, planejamento, abstração e a atenção (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Os resultados dos exercícios foram de maneira eficazes na melhora das funções cognitivas globais, frontais e na qualidade de vida do (GI), sendo assim os idosos que foram submetidos a dupla tarefa apresentaram uma melhora significativa em relação ao (GC), a melhora foram no humor, casamento, amigos e na capacidade em realizar tarefas. Pela escala MEEM, o (GI) apresentou melhora na linguagem de maneira significativa em relação ao (GC) (RODRIGUES *et al.*, 2019).

CAPÍTULO III

No terceiro capítulo trará os referenciais do projeto que serão estudados e analisados para o desenrolar da pesquisa, a fim de alcançar objetivo com resultados proposto no final desse trabalho, onde entrará os participantes da pesquisa e critérios de seleção.

3 METODOLOGIA

3.1 EMBASAMENTO DO ESTUDO

Corresponde a um conjunto de procedimentos que norteará o pesquisador a desenrolar os caminhos da pesquisa, a fim de cumprir seus objetivos. Mediar à teoria e prática no processo de investigação possibilitou o desenvolvimento desse trabalho científico.

Para a fase de sustentação ao assunto pesquisado, será realizado um levantamento do referencial teórico em que serão analisadas, dissertações, artigos científicos e pesquisa de campo. Para a elaboração deste estudo, serão empregados os seguintes relatores: “intervenção da fisioterapia”, doença de Alzheimer”, alterações neurológicas comportamentais”, a importância da fisioterapia no tratamento de idosos com Alzheimer”, em idiomas como português e inglês, a começar dos textos da íntegra e temas relacionados ao pesquisado neste trabalho. Quanto à classificação da pesquisa, essa é de cunho exploratório e descritivo, tendo em vista buscar maior familiaridade com o assunto e ainda poder descrevê-la com maior precisão possível Gil (2002).

E sabemos que existem várias técnicas para coleta de dados, porém, para a realização deste trabalho, empregaram-se as técnicas de pesquisa bibliográfica, por ser uma forma que possibilita o investigador a ter acesso a uma maior cobertura sobre o assunto e ainda por considerar que a pesquisa sobre um tema requer a coleta de uma gama de informações diferentes que dificilmente poderiam ser coletada sem apenas um trabalho de campo (GIL, 2002). Outra técnica utilizada foi a pesquisa-ação que segundo Thiollent (1985 *apud* GIL, 2002, p. 55):

[...] um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e ou participativo.

Empregando ainda a pesquisa de campo, realizaremos junto com os professores do projeto, onde iremos buscar aprofundamento nas questões propostas pelo estudo, que segundo Gil (2002, p. 53):

[...] os estudos de campo procuram muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis. Como consequência, o planejamento do estudo de campo apresenta muito maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos sejam reformulados ao longo do processo de pesquisa.

Para a coleta de dados serão usadas as fontes primárias e secundárias (ANDRADE, 2001). No que se refere aos instrumentos metodológicos foram utilizados para coleta de dados o questionário com 5 (cinco) perguntas fechadas para os profissionais de Fisioterapia. Em relação às várias características que o questionário possui, Cervo (2002, p. 48) explica:

Questionário é a forma mais usada para coletar dados, pois possibilita medir com melhor exatidão o que se deseja. Em geral, a palavra questionário refere-se a um meio de obter resposta por uma fórmula que o próprio informante preenche. [...] ele contém um conjunto de questões, todos logicamente relacionados com um problema central.

Após a coleta de dados, realizaremos o tratamento das informações por meio do programa *Excel* para tabulação dos dados, evidenciando a atuação do Fisioterapeuta no tratamento, reabilitação e prevenção da progressão da Doença de Alzheimer.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa serão Fisioterapeutas que trabalham nas Clínicas e Multiclínicas do Município de São Mateus. Nossa pesquisa tem como objetivo mapear e transformar em um quadro de perguntas (que está no apêndice B) com os dados de número de Fisioterapeutas entrevistados.

3.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Profissionais fisioterapeutas que atuam nas Clínicas e Multiclínicas do município de São Mateus-ES, que atendem ou atenderam pacientes com faixa etária entre 60 a 85 anos moradores do município de São Mateus-ES, diagnosticados com a Doença de Alzheimer.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICO

Segundo Triola, (1999), as aplicações da estatística se desenvolveram de tal forma que, praticamente todo campo de estudo se beneficia da utilização de métodos estatísticos. Sobre os procedimentos que o grupo desenvolveu ao decorrer da pesquisa de campo, chegamos a um conciliabulo de que se faz necessário mante-lo em sigilo, sendo assim assumiamos a responsabiidade e o comprometimento aos entrevistados, brevemente ao sigilo, usando meramente os dados como apoio na proposta de apresentação dos mesmos nessa pesquisa. Nós concluentes do Curos de Fisioterapia ao longo da construção desse processo de pesquisa observamos que os envolvidos fizeram jus a fato dos dados estarem em sigilo, mediante a isso colocamos em pauta o nosso comprometimento para com eles.

O referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Centro Universitário Vale do Cricaré. Após a então aprovação do mesmo, em cumprimento à Resolução 466/12, foram entregue cópias do termos de consentimentimeto (TCLE), visto que também para o pesquisador e participante foi entregue outra cópia, ambas assinada pelo devido responsável técnico legal da pesquisa. Os envolvidos na pesquisa foram comunicados que o procedimento da mesma poderia ser abdicado quando quisesse.

CAPITULO IV

O quarto capítulo trará análise de dados realizado no projeto, com resultado do profissionais entrevistados. Esses resultados foram descritos em forma de tabela e gráfico pra embasamento da conclusão do projeto.

4 RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS

Foram entrevistados 11 profissionais de Fisioterapia sobre o assunto abordado na pesquisa, obtivemos respostas muito parecidas com as entrevistas já que todos os profissionais já trabalharam com pessoas com Alzheimer, com essa pesquisa percebemos que 100% dos entrevistados responderam que o correto é fazer um tratamento contínuo com pessoas com essa doença conforme na tabela abaixo.

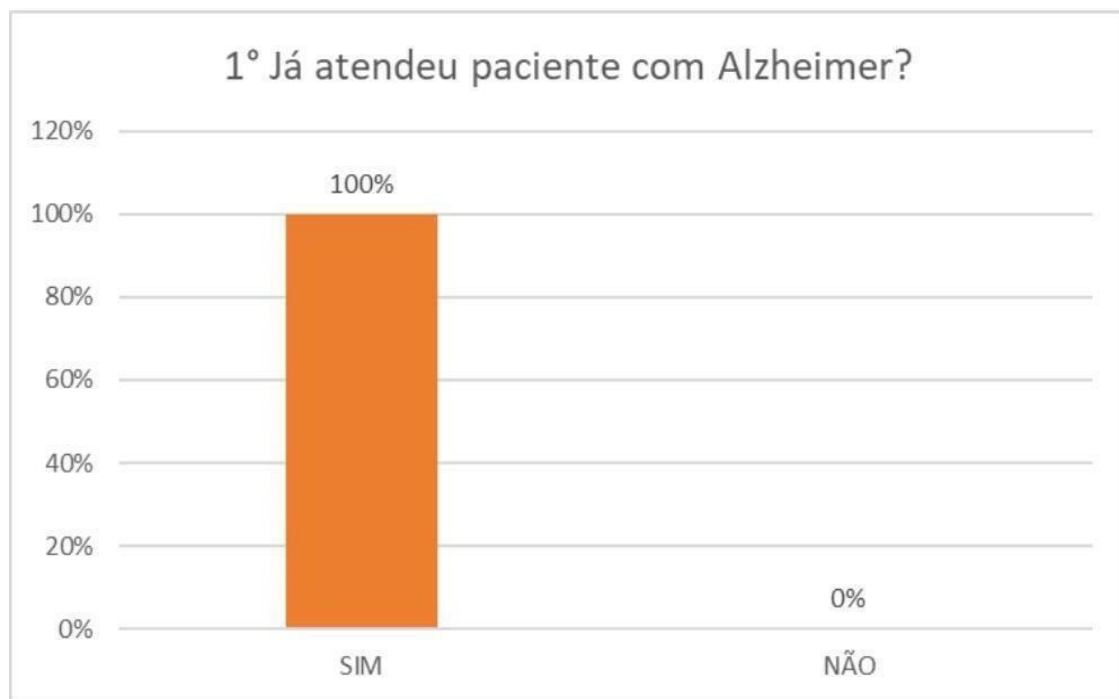
Figura 1: Pesquisas e resultados sobre a relação dos atendimentos dos fisioterapeuta, com paciente com a doença de DA.

S.NO	Submit Date	Já atendeu paciente com Alzheimer?	Quantos pacientes com Alzheimer atendeu ao longo dos anos?	No quantitativo de 0 a 10, qual a relação da Fisioterapia com a melhoria da memória desses pacientes? () 1 () 6 () 2 () 7 () 3 () 8 () 4 () 9 () 5 () 10	A fisioterapia no estágio inicial da Doença de Alzheimer realmente faz diferença no tratamento? () sim () não	Qual o ideal acompanhamento dos pacientes com o Fisioterapeuta para melhor desempenho e resultado? () até 5 sessões () 6 a 10 sessões () 10 a 20 sessões () mais de 20 sessões () atendimento contínuo	Qual faixa etária esses pacientes tinham? () até 60 anos () 60 a 65 () 66 a 70 () 71 a 76 () Acima de 77	Existe curso de especialização em Fisioterapia em pacientes com Alzheimer? () Sim () Não	A fisioterapia é de extrema importância desde o primeiro estágio até o último? () Sim () Não	Quais as atividades podem ser praticadas para estimular o cérebro do paciente com Alzheimer? Existe um protocolo específico?	Quais os principais desafios e dificuldades em relação a integração Fisioterapia e pacientes com Alzheimer?
1	20-10-2022	Sim	() 1% a 5%	7	Sim	Atendimento contínuo	Acima de 70	Cursos para esse atendimento sim, de especialização não conheço	Sim	exercícios aeróbicos, grupos, bolas, natações, pilates, coordenação motora e exercício de memória	A memória
2	20-10-2022	Sim	() 6% a 15%	8	Sim	Atendimento contínuo	Acima de 77	Sim	Sim	Cognitivas	A perda de memória recente.
3	20-10-2022	Sim	() 16% a 30%	6	Sim	Contínuo	71 a 76	Sim	Sim	Atividades de cognição, não apenas evolução do paciente	A integração da família e a procurar do tratamento adequados já no estágio inicial da doença.
4	20-10-2022	Sim	() 1% a 5%	4	Sim	Atendimento contínuo	66 a 70	Sim	Sim	Atividade cognitiva	Criar rotina
5	20-10-2022	Sim	() 1% a 5%	2	Sim	Atendimento contínuo	Acima de 77	Não	Sim	Cognitiva	Informações
6	20-10-2022	Sim	() 1% a 5%	1	Sim	Atendimento contínuo	60 a 65	Não	Sim	Controle Motora, cognitiva	Alterações de humor

Os dados foram analisados de forma qualitativa e quantitativa e apresentados na forma de tabelas com a descrição das seguintes definitivamente características: objetivos do estudo, protocolo fisioterapêutico nos estágios ir e resultados encontrados.

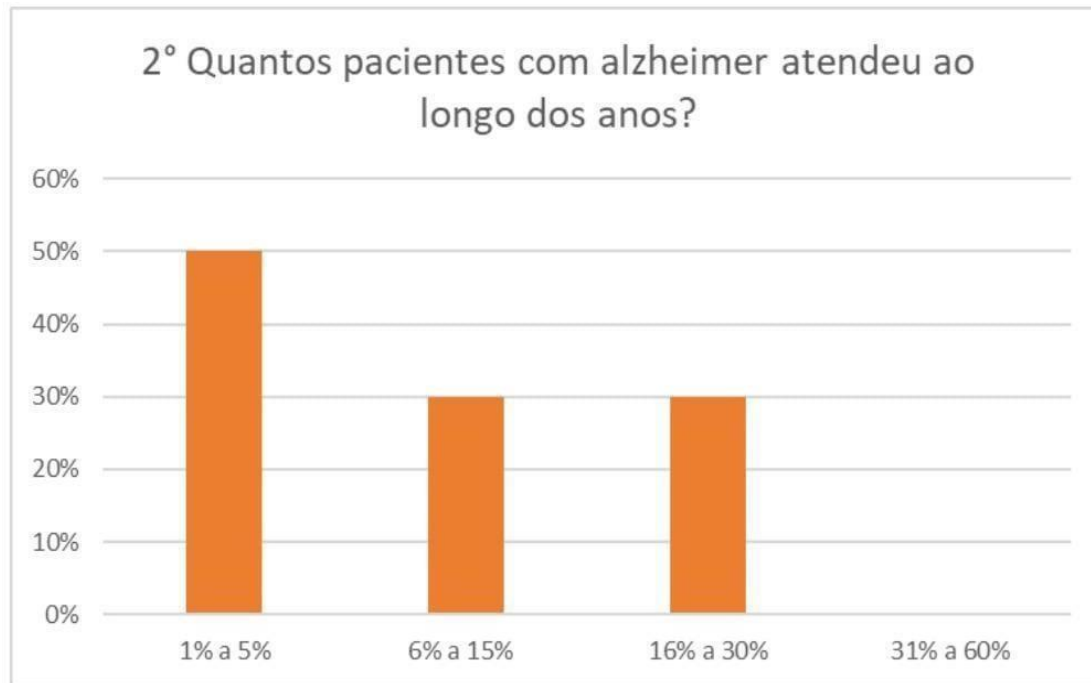
7	20-10-2022	Sim	() 1% a 5%	6	Sim	Atendimento contínuo	60 a 65	Não	Sim	Atividade cognitiva	Entender a importância
8	20-10-2022	Sim	() 16% a 30%	6	Sim	Atendimento contínuo	60 a 65	Não	Sim	Cognitiva	Confiança
9	20-10-2022	Sim	() 16% a 30%	8	Sim	Atendimento contínuo	60 a 65	Nao	Sim	Controle Motora,cognitiva, natação	Equilíbrio, segurança
10	20-10-2022	Sim	() 6% a 15%	8	Sim	Atendimento contínuo	60 a 65 anos	Nao	Sim	Atividade cognitiva	O problema na memória recente em que paciente pode não reconhecer o profissional que está atuando.
11	20-10-2022	Sim	() 6% a 15%	5	Sim	Contínuo	60 a 65	Não	Sim	Atividades de cognição	Integração da família, empenho do paciente

Figura 1: Conforme observamos ao realizar os questionários, dos 11 profissionais da área de fisioterapia entrevistados deu-se o resultado na primeira pergunta de 100% dos profissionais de fisioterapia que já atenderam pacientes com a Doença de Alzheimer em clínicas e Multiclinicas em São Mateus-ES.



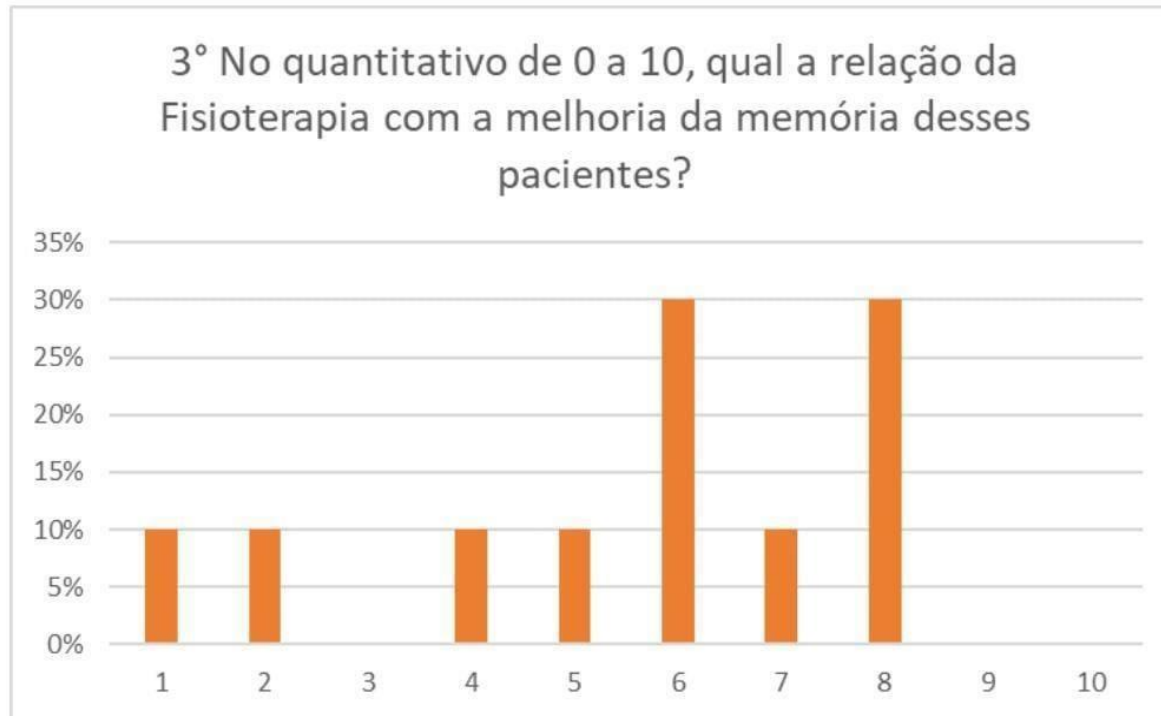
Fonte: Elaborado pelos autores com base em pesquisa de campo, 2022.

Figura 2: No entanto no resultado da figura 2, deu-se 50% dos entrevistados respondeu que são 1% a 5% pacientes atendidos pelos profissionais fisioterapeutas em clínicas e Multiclinicas em São Mateus-ES.



Fonte: Elaborado pelos autores com base em pesquisa de campo, 2022.

Figura 3: Analisamos o resultado do questionário que 30% dos fisioterapeutas responderam o questionário de 0 a 10 a relação da melhoria conforme seu atendimento com paciente, deu-se entre 6 a 8 são a melhora desse pacientes que fizeram a Fisioterapia.



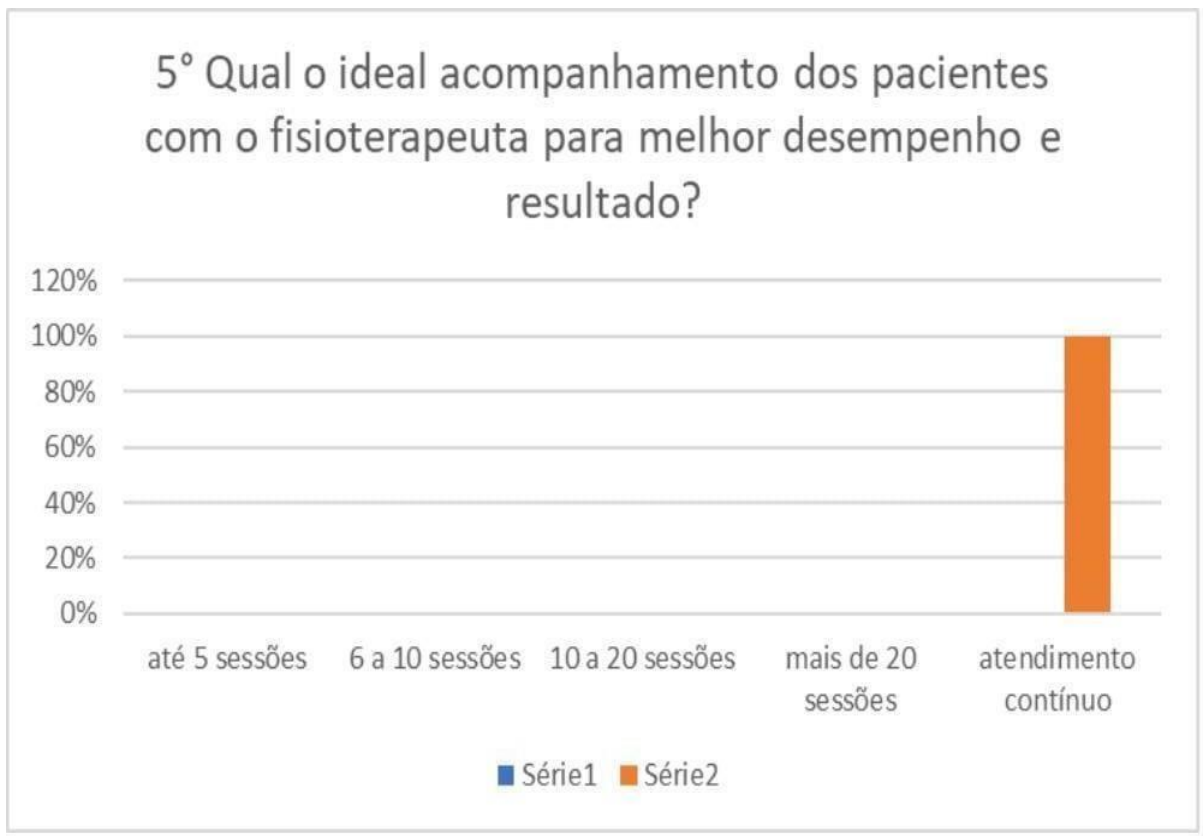
Fonte: Elaborado pelos autores com base em pesquisa de campo, 2022.

Figura 4: Em nossa pesquisa de campo nós entrevistamos 11 profissionais da área da fisioterapia em que os 11 resultando em 100% dos dados afirmaram que a fisioterapia no estágio inicial da doença do Alzheimer faz sim muita diferença no tratamento.



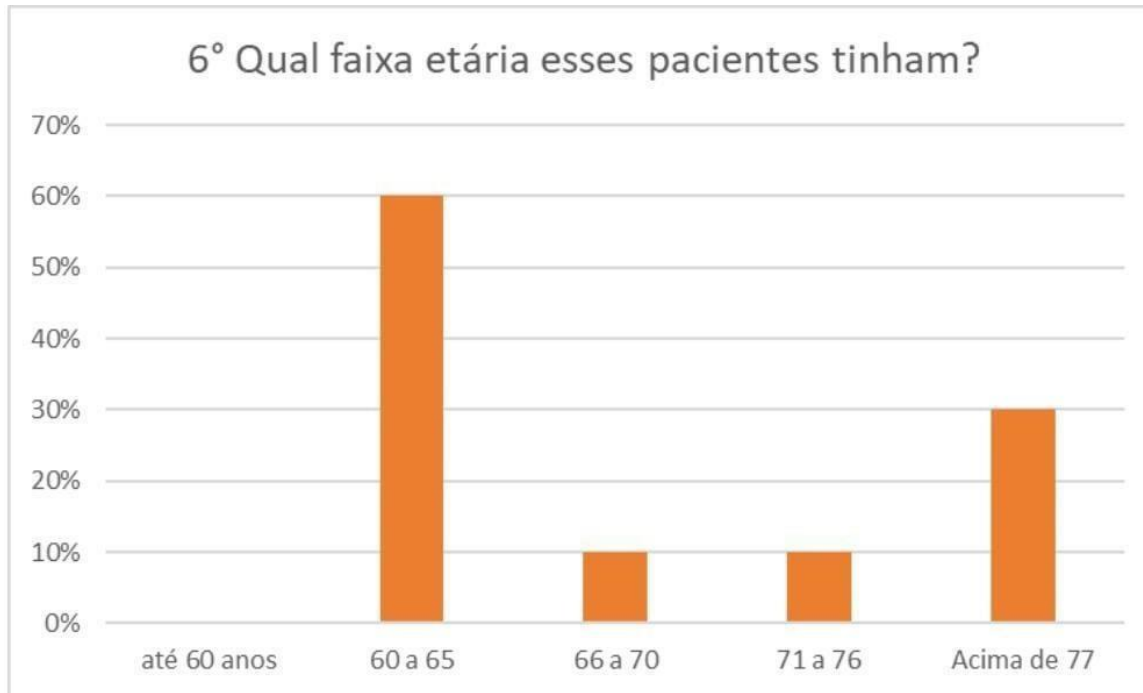
Fonte: Elaborado pelos autores com base em pesquisa de campo, 2022.

Figura 5: Com resultado de pesquisa de campo obtivemos o resultado de que 100% dos fisioterapeutas entrevistados afirmaram com base teórica e prática de que o tratamento contínuo é o mais adequado para pessoas com a doença de Alzheimer.



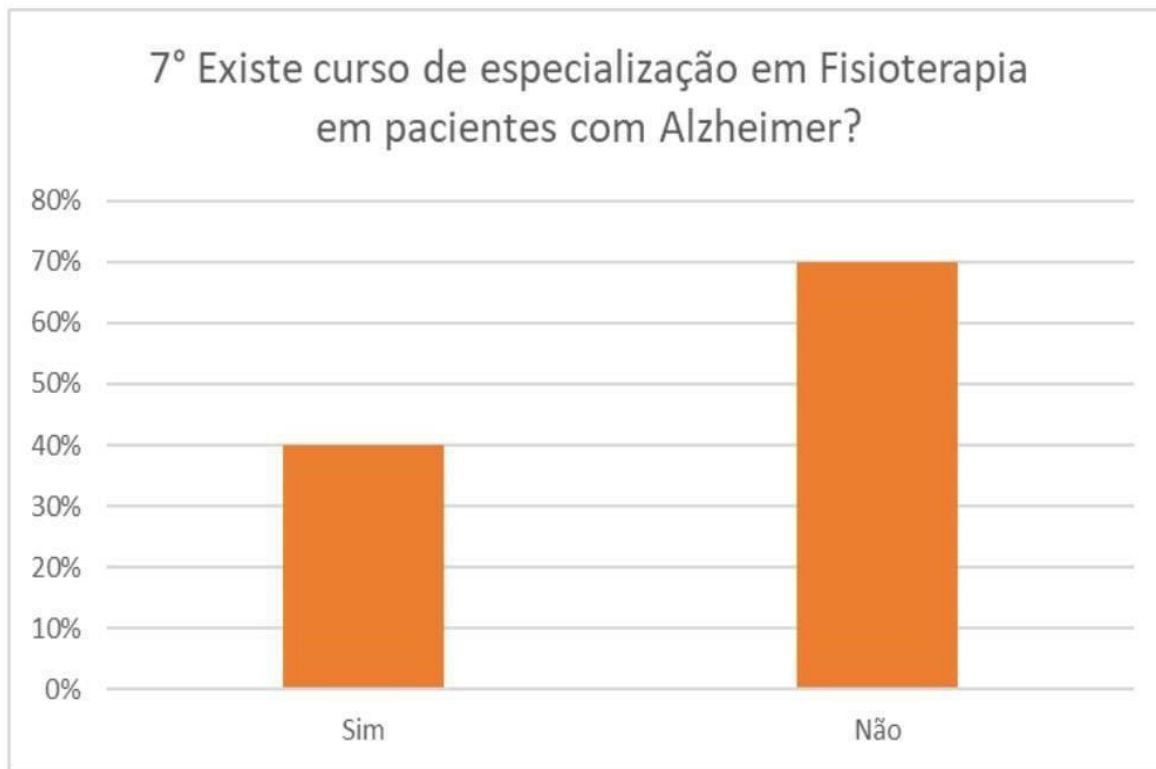
Fonte: Elaborado pelos autores com base em pesquisa de campo, 2022.

Figura 6: No gráfico 6, a pesquisa sobre qual a faixa etária esses pacientes tinham, e deu-se o resultado e 60% dos profissionais fisioterapeutas, atenderam pacientes com a Doença de Alzheimer com a idade entre 60 a 65 anos de idade, acima de 77 ficou dividido com os restantes dos profissionais, obtivemos o também o resultado de 66 a 70 e 71 a 76 com 2 profissionais que atendem na clínica.



Fonte: Elaborado pelos autores com base em pesquisa de campo, 2022.

Figura 7: A gráfico 7 relata a pergunta se existe curso de especialização em fisioterapia em pacientes com Alzheimer , e deu-se o resultado de 70% dos profissionais responderam que não existe curso de especialização especificamente para esses pacientes conforme a figura abaixo.



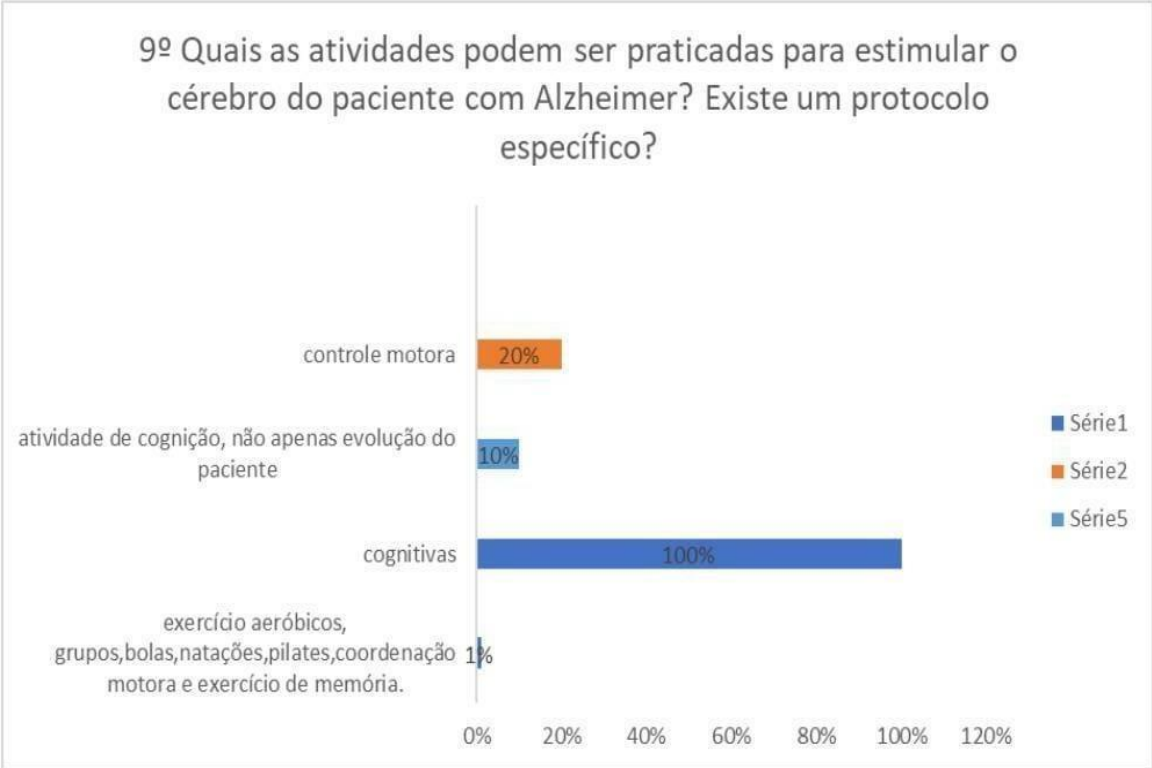
Fonte: Elaborado pelos autores com base em pesquisa de campo, 2022.

Figura 8: No gráfico abaixo nos coletamos as informações de que 100% dos fisioterapeutas entrevistados afirmaram que a fisioterapia é de extrema importância no início da doença, para manter a capacidade funcional do paciente.



Fonte: Elaborado pelos autores com base em pesquisa de campo, 2022.

Figura 9: Obtivemos grandes resultados de 100% em relação às atividades a serem desenvolvidas para estes pacientes. Como atividades cognitivas.



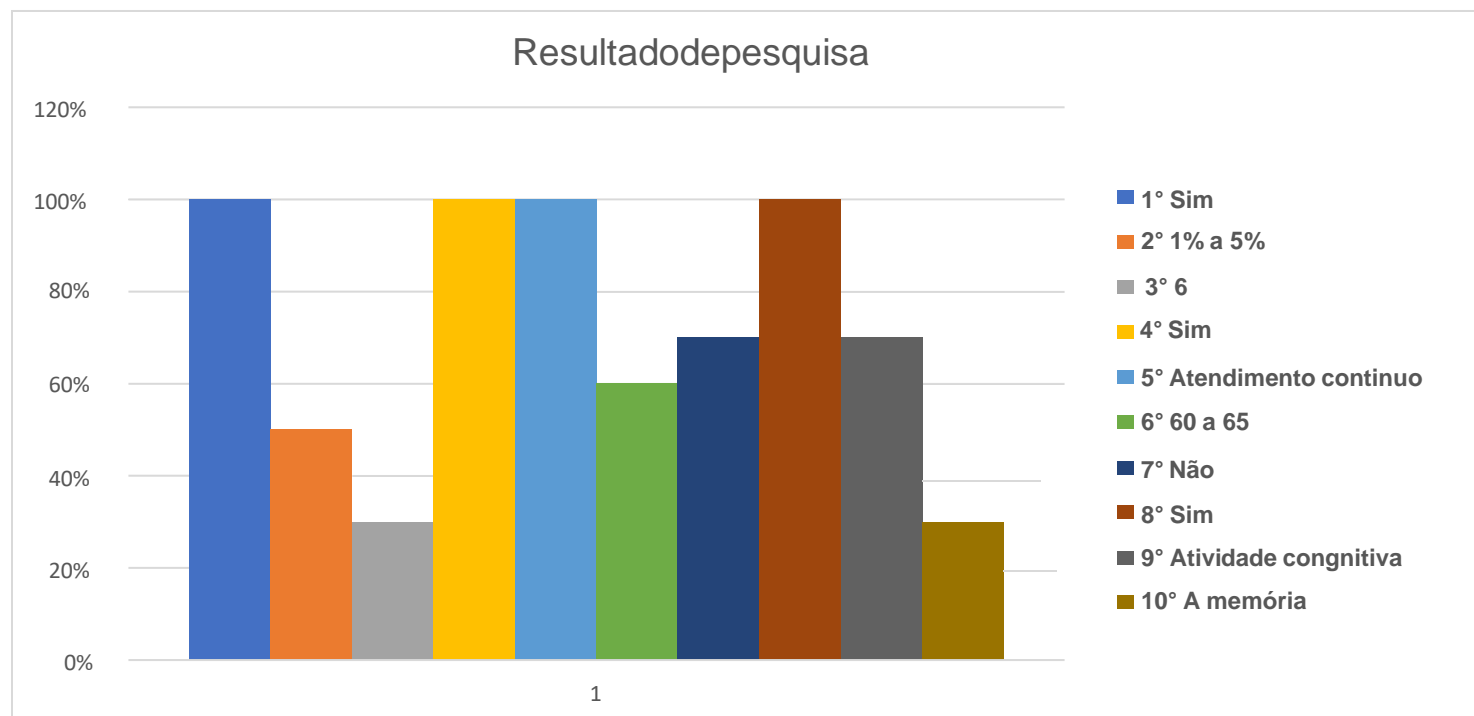
Fonte: Elaborado pelos autores com base em pesquisa de campo, 2022.

Figura 10: A figura abaixo mostra as principais dificuldades e desafios que o profissional enfrenta ao longo do tratamento do paciente. A grande dificuldade em relação à integração da Fisioterapia com esses pacientes está relacionado a integração da família, que deu-se o resultado de 20% e perda da memória com Alzheimer obteve 30%.



Fonte: Elaborado pelos autores com base em pesquisa de campo, 2022.

Figura 11: Resultados Fisioterapeutas entrevistados das Multiclinicas de São Mateus ES.



Os resultados da pesquisa nos mostra um padrão de tratamentos e tentativas com esse tipo de caso, podemos perceber que todos os (100%) profissionais entrevistados já atenderam pessoas com Alzheimer e que todos defendem que o tratamento deve ser contínuo, todos os entrevistados também concordam que o tratamento de um fisioterapeuta logo no início da doença faz toda a diferença já que a faixa etária de maior número de pessoas que desenvolvem Alzheimer é acima de 60 anos. Já na relação de 0 a 10 é sobre qual a relação da Fisioterapia com a melhora da memória dos pacientes 8 profissionais avaliaram que a relação está de 5 a 10 e três avaliaram abaixo de 5.

CAPITULO V

Por fim serão exposta as considerações finais, destacando a importância da Fisioterapia na doença de Alzheimer e como ela pode influenciar na qualidade de vida desse idoso, motora e cognitiva.

CAPITULO VI

DISCUSSÕES

Parafrasear John M. Swales e Cristine B. Feak “os resultados são os fatos verificados com o estudo, enquanto a discussão gira em torno dos aspectos a serem interpretados sobre esses fatos”. Os dados obtivos pela pesquisa de campo foram apresentados em análises, estatísticas e foram incorporados em elementos como: gráficos ilustrativos, pois facilitam a compreensão do leitor.

De acordo com Marconi e Lakatos (2003, p.231), a interpretação dos resultados é a parte mais importante do trabalho, sendo assim importante destacar que os dados contidos nessa pesquisa norteiam a execução desse processo, vale reiterar que os dados coletados tratam-se de um descritivo específico e objetivo.

Nos dados registrados pode-se observar que 100% dos profissionais entrevistados já atenderem idosos que desenvolveram Alzheimer, e que com o passar dos anos esse número de atendimento ele é denotado a crescer, mas que a FISIOTERAPIA tem um papel fundamental para amenizar esses impactos causados pelas doenças do envelhecimento, foi-se então discutido mediante aos dados disponíveis na pesquisa de campo, que no estágio inicial da Doença de Alzheimer é de grande valia os procedimentos integrados a Fisioterapia, mas que esse atendimento ele precisa ser contínuo, principalmente na fase dos 60 a 65 anos, onde a porcentagem de casos é mais acentuada, mas vale destacar que existe uma grande preocupação por parte dos profissionais, que é a falta de cursos que venham integrar a especialização para os cuidados de pacientes acometidos de Alzheimer, outra preocupação que os profissionais relatam é o desafio da perda de memória o que acaba dificultando a integração para com esses pacientes.

CONCLUSÃO

Mediante a todo o processo estabelecido por essa pesquisa de campo, faz-se necessário integrar o ideal conclusivo sobre o tema abordado de que é de suma importância a presença da FISIOTERAPIA para objetivos específicos para retardar ou até mesmo amenizar sintomas ou sequelas advindas de patologias que podem acometer prejuízos a indivíduos, portanto a fisioterapia tem um papel fundamental, seja por orientação ou execução de atividades diárias trazendo a tais sujeitos uma boa qualidade de vida.

A fisioterapia e suas áreas de atuação estão se mostrando de suma importância para a melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas com doença de Alzheimer, apresentando varios resultados satisfatórios, quando iniciada logo no início da descoberta da patologia.

Evidentemente, a fisioterapia tem ganhado cada vez mais espaço na realidade da saúde mundial, nesse aspecto subtende-se o seu nível de importância, em referência ao envelhecimento da comunidade mundial, problemas de saúde vão surgindo, nesse caso mediante aos dados, nota-se que o acompanhamento com um fisioterapeuta a partir da terceira idade é fundamental para evitar o progresso de doenças do envelhecimento, como por exemplo a de Alzheimer.

Com base nessa pesquisa de campo e nesse projeto de pesquisa chegamos á conclusão de que é de suma importância a participação do fisioterapeuta no tratamento á pessoas idosas com a doença de alzheimer , também chegamos a conclusão de que a falta de politicas públicas para estabelecer tratamentos para essas pessoas podem tender a piorar a situação, vista que quanto mais precoce o inicio do tratamento maior a chence de retardar os sintomas e de entregar uma qualidade de vida melhor para as pessoas.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, R. Fetal. As manifestações clínicas e implicações no cotidiano do idoso com doença de Alzheimer. **Rev. Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 5, n. 2, p. 198-207, 2018.
- BECKERT, M.; IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. **Rev. Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 155-162, 2012.
- BERNARDO, L. D. Idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática sobre a intervenção da Terapia Ocupacional nas alterações em habilidades de desempenho. **Rev. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 926-942, 2018.
- BRANDÃO, B. M. L. Setal. Relação da cognição e qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, 2020.
- BRISSON, R. S. **Sistema para facilitação na interatividade e percepção cotidianas de idosos com Alzheimer em estágios inicial e moderado da doença**. 2019. 91 f. Monografia (Graduação em Desenho Industrial), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.
- BITENCOURT, E. M et al. Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos, qualidade de vida, estratégias terapêuticas da fisioterapia e biomedicina. **Rev. Inova Saúde**, Criciúma, v. 8, n. 2, p. 138-157, 2018.
- CARDOSO, V. B, et al. A Doença de Alzheimer e idosos e suas consequências para cuidadores domiciliares. **Rev. Memorialidades**, n. 23, p. 113 a 149, 2015.
- CARRETTA, M. B; SCHERER, S. Perspectivas atuais na prevenção da doença de Alzheimer. **Rev. Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 37-57, 2012.
- CORREA, L. Petal. Intervention in nursing care for the elderly patients with Alzheimer: integrative review. **Rev. de Enfermagem da UFPI**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 84-88, 2016.
- CUNHA, J. A. S. G et al. Funções cognitivas e aprendizagem: a abordagem de Reuven Feuerstein. **Rev. Estação Científica**, Juiz de Fora, n. 18, p. 1-21, 2017.

DINO, T. S et al. Aspectos neurológicos do Alzheimer: estudo de casos nobairroCehabdeltaperuna–RJ.**Rev.InterdisciplinardoPensamentoCientífico**, v.3,n.2,p.221-227,2017.

FERREIRA,A.P.Metal.Doença de Alzheimer. **Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem**, Quixadá, v. 2, n. 2, p.1-8, 2017.

FERRETTI,Fetal.Efeitos de um programa de exercícios na mobilidade, equilíbrio e cognição de idosos com doença de Alzheimer. **Rev. Fisioterapia Brasil**,SãoPaulo,v.15,n.2, 2014.

FLEIG,T.C.Metal.Alterações cognitivas em portadores de doenças crônicas e sua relação com a classificação internacional de funcionalidade,incapacidade e saúde. **Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 686-692, 2018.

GEMELLI,Tetal.Estresse oxidativo como fator importante na fisiopatologiadada Doençade Alzheimer. **Rev. UNIARA**, Araraquara, v. 16, n. 1, p. 67-78, 2013.

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

GOLINO,M.T;GOLINO,H.Treino de memória para idosos: Uma revisão dos estudos brasileiros. **Rev.E-Psi**, Salvador, v.6, n.1, p. 31-55, 2017.

GONÇALVES,A.S.Q;SILVA,E.A;FERREIRA,A.P.G.Tratamento fisioterapêutico na doença de Alzheimer no estágio inicial: revisão da literatura. **AnaisdoFórumdeIniciaçãoCientíficodoFUNEC**,SantaFédoSul,v.8,n.8, 2017.

GROPPO,H.Setal.Efeitosdeumprogramadeatividadefísicasobreossintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer.**Rev.BrasileiradeEducaçãoFísicaeEsporte**,v.26,n.4,p.543- 551, 2012.

HERNANDEZ,S.S.Setal.Effectsofphysicalactivityoncognitivefunctions,balanceandrisk offallsin elderlypatientswithAlzheimer'sdementia. **Rev. BrasileiradeFisioterapia**,Campinas,SP:UNICAMP,v.14,n.1,p.68 –74,2010.

HORA, D.C.A. **Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer.** 2017. 37f. Monografia (Graduação em Fisioterapia), Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2017.

IRIGARAY, T.Q.; GOMES FILHO, I.; SCHNEIDER, R.H. Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.25, n.1, pág. 182-187, 2012.

JOTZ, G. Petal. **Neuroanatomia clínica funcional.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 352 p
KATZ, N. **Neurociência, reabilitação cognitiva e modelos de intervenção em terapia ocupacional.** 3. ed. São Paulo: Santos, 2014. 432 p.

LOPES, L.C.F et al. Doença de Alzheimer e Ginkgo Biloba. **Rev. International Journal of Health Management Review**, São Paulo, v.6, n.2, p.1-15, 2020.

LIMA, N. M. F. V; SERVELHERE, K. R; MATOS, A. R. O perfil das apraxias na doença de Alzheimer. **Rev. Ensaio e Ciência, Ciências Biológicas Agrárias e da Saúde**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 159-166, 2012.

LIMA, R.K.S; SILVA, C.P; SILVA, P.N. Reabilitação Cognitiva em Pacientes com a Doença de Alzheimer: Revisão Sistemática. **Rev. Multidisciplinar e de Psicologia**, Ceará, v. 14, n. 50, p. 1043-1059, 2020.

MATIAS, C.J; GRECO, P.J.C & ações nos jogos esportivos coletivos. **Rev. Ciências Cognição**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p. 252-271, 2010.

MEDEIROS, I. M. P. J et al. A influência da fisioterapia na cognição de idosos com doença de Alzheimer. **Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa**, Santos, v.12, n.29, p.15-21, 2015.

MIRANDA, S. A et al. Aplicabilidade de atividades lúdicas como parâmetro na reconhecimento do Alzheimer precoce na atenção básica de saúde. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, n. 44, p. 1-6, 2020.

OLIANI, M. M et al. Locomoção e desempenho cognitivo em idosos institucionalizados com demência. **Rev. Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 1, p.109-114, 2017.

PEREIRA, R.S. Fetal. **Envelhecimento populacional: impactos sobre as políticas públicas de saúde.** Paripiranga: UniAGES Centro Universitário, 2016

RODRIGUES, K. Setal. Efeitos da reabilitação com duplatarefa em idosos com doença de Alzheimer. **Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 16, n. 45, p.25-31, 2019.

RODRIGUES, V. C. Cetal. **O uso dos jogos como estimulação da memória em um grupo de idosos**. JOIN – Encontro Internacional de Jovens Investigadores, Fortaleza, p.1- 4, 2017.

SALVIANO, W. F. **Efeito de intervenções fisioterapêuticas no atendimento a idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica**. 2017. 29f. Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Pessoa Idosa) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SANTOS, G. C.; RODRIGUES, G. M. M. MONTEIRO, E. M. O. A Influência da Fisioterapia em Pacientes com ALZHEIMER. **Rev. Liberum accessum**. V.4, páginas 46-53, 2020.

SILVA, W. Metal. Alterações de comportamento em idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer: um relato de experiência. **Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**, Maceió, p.1-5, 2017.

SISTO, F. F et al. Atenção seletiva visual e o processo de envelhecimento. **Rev. Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.10, n.1, p.93-102, 2010.

SNELL, R. S. **Neuroanatomia Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. 447 pag.

SOUZA, J. B. **O exercício físico e seus efeitos desejáveis na qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer**. 2021. 33 f. Monografia (Graduação em Educação Física) Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021.

TESTA JUNIOR, A etal. Prática de atividades físicas e funções cognitivas. **Rev. Motri Saúde**, Jaú, v. 1, n. 1, p.1-9, 2018.

ZAIONS, J. D. Cetal. A influência da fisioterapia na preservação da memória e capacidade funcional de idoso portador de doença de Alzheimer: relato de caso. **Rev. Perspectiva**, Erechim, v.36, n.133, p.151-162, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M^a. Fundamentos de metodologia científica. 5ª Edição. São Paulo (SP): Editora Atlas S.A, 2003.

APÊNDICEA-TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a) FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA COM ALZHEIMER, conduzida por Ana Carla de Jesus Santos Tonete, Carliany de Jesus Santos, Rachel Freires Moura. Este estudo tem por objetivo geral Investigar a relevância e a importância do Fisioterapeuta nessa intervenção e como ela pode retardar a progressão da doença, objetivos específicos: Evidenciar a importância da fisioterapia na doença de Alzheimer, Discorrer sobre a doença, Descrever os protocolos fisioterapêuticos utilizados com paciente, Procurar os principais desafios e dificuldades em relação a integração da Fisioterapia na fase precoce da doença e Diagnosticar a verdadeira importância da Fisioterapia em cada fase.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário com 11 questões (8 fechadas e 3 abertas), sobre pacientes com Doença de Alzheimer, com faixa etária acima de 60 a 85 anos moradores do Município de São Mateus. A aplicação do questionário será presencial (com as pesquisadoras), com horário, data e local previamente agendada. Para sermos mais fidedignos possíveis, na coleta de dados realizamos o registro de áudio e imagem.

Você foi selecionado(a) por ser profissional fisioterapeuta que trabalha em Clínicas e Multiclínicas do Município de São Mateus e que atendem ou já atenderam pacientes com Doença de Alzheimer, com faixa etária acima de 60 a 85 anos moradores do Município de São Mateus. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Dentre os possíveis riscos na aplicação desta pesquisa estão a invasão de privacidade e o constrangimento ao responder o questionário, sendo assim, como forma de amenizar o risco o questionário será realizado em ambiente discreto, confortável, seguro e de maneira individual (paciente e pesquisadoras). Ainda assim, os dados serão acessados apenas pelos pesquisadores, sendo vedado o acesso dos mesmos a alunos(as) e/ou profissionais não diretamente ligados ao processo de produção do conhecimento.

Os benefícios desta pesquisa incluem a formação de novas perspectivas quanto ao atendimento ao paciente com Alzheimer, desde a avaliação até a conduta fisioterapêutica, de modo a contribuir para o conhecimento científico e o desenvolvimento de ações dentro da saúde pública no nosso país.

A participação na pesquisa não será remunerada nem implicará em gastos para os participantes.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O (s) pesquisador (es) responsável se compromete (m) a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos [ou instituições] participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Este termo possui duas vias de igual teor onde uma ficará com o pesquisando e outra com o pesquisador.

Nome completo: _____	
RG: _____	Data de Nascimento: ___ / ___ / ___
Telefone: _____	
Endereço: _____	
CEP: _____	Cidade: _____ Estado: _____
Assinatura: _____	Data: ___ / ___ / ___

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura pesquisador: _____ (ou seu representante)	Data: ____ / ____ / ____
Nome completo: _____	

Assinatura pesquisador: _____ (ou seu representante)	Data: ____ / ____ / ____
Nome completo: _____	

Assinatura pesquisador: _____ (ou seu representante)	Data: ____ / ____ / ____
Nome completo: _____	

Assinatura pesquisador: _____ (ou seu representante)	Data: ____ / ____ / ____
Nome completo: _____	

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com Ana Carla de Jesus Santos Tonete, Carliany de Jesus Santos, Rachel Freires Moura, via e-mail: rachelfreiresmoura@gmail.com ou telefone: 27 99849-6800.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- Comitê de ética em Pesquisas - FVC
São Mateus (ES) - CEP: 29933-415
Fone: (27) 3313-0028/E-mail: cep@ivc.br

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Ana Carla de Jesus Santos Tonete
ENDEREÇO: Rua Climeria Barcelos Santos.

São Mateus (ES) - CEP: 29945150

FONE: (27) 99760-8961/E-MAIL: anads150516@gmail.com

PESQUISADOR(A)RESPONSÁVEL:Carliany de Jesus Santos

ENDEREÇO: Rua Ivone Passos De Brito.

Braçodo Rio (ES) -CEP: 29967000

FONE: (27) 997054959/E-MAIL: carlianyhra@hotmail.com

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Rachel Freires Moura

ENDEREÇO: Rua Gentil Othaviano Fundão, 707, Guriri

SUL. São Mateus (ES) - CEP: 29945230

FONE: (27) 998496800/E-MAIL: rachelfreiresmoura@gmail.com

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Frank Cardoso

ENDEREÇO: Av. Jose Tozzi, 3044, Boa Vista.

São Mateus (ES) - CEP: 29945230

FONE: (27) 999312601/E-MAIL: fkccardoso@gmail.com

- 6 a 10 sessões
- 10 a 20 sessões
- Mais de 20 sessões
- Atendimento contínuo

6) Qual faixa etária esses pacientes tinham?

- até 60 anos
- 60 a 65
- 66 a 70
- 71 a 76
- Acima de 77

7) Existe curso de especialização em Fisioterapia em pacientes com Alzheimer?

- Sim
- Não

8) A fisioterapia é de extrema importância desde o primeiro estágio até o último?

- Sim
- Não

9) Quais as atividades podem ser praticadas para estimular o cérebro do paciente com Alzheimer? Existe um protocolo específico?

10) Quais os principais desafios e dificuldades em relação à integração Fisioterapia e pacientes com Alzheimer?