

Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer

Proposal of Physiotherapeutical Care in Alzheimer's Disease Patients

Marília Agua de Melo¹, Patrícia Driusso²

1 - Aluna do Curso de Especialização de Fisioterapia em Neurologia na Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), formada em Fisioterapia pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP).

2 - Doutora em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Docente do curso de fisioterapia da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP) e da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID).

Instituição: Universidade Metodista de São Paulo - Faculdade de Fisioterapia e Educação Física

Endereço de correspondência: Rua José Benediti, 801 - Bairro Cerâmica - São Caetano do Sul - SP - CEP 09531-000

RESUMO

Atualmente, em todo o mundo, vem aumentando o número de idosos com demência. A Doença de Alzheimer (DA) é responsável por 50 a 70% dos casos de demência. A maior parte dos portadores de DA vive com a família ou com amigos, os quais não têm o suporte necessário para o tratamento desses idosos. Com a progressão da DA, o paciente adquire também importantes alterações motoras e conseqüentemente necessitará de tratamento fisioterapêutico. Objetivo: para o auxílio do tratamento fisioterapêutico, foi elaborada uma proposta fisioterapêutica para os cuidados desses pacientes. Material e método: levantamento bibliográfico do período de 1990 a 2003 nas bases de dados Medline, Lilacs e Cochrane. Resultados e discussão: foram encontrados oito manuais de cuidados para portadores da DA e com base nesses manuais foi elaborada uma proposta fisioterapêutica de cuidados. Essa proposta apresenta, além de algumas opções de exercícios, orientações para as atividades de vida diária, as atividades de vida prática, cuidados com pacientes acamados e transferências, sempre visando a uma maior independência do portador e melhora da qualidade de vida tanto do portador como de seus cuidadores. Conclusão: o manual proposto tem como objetivo ser uma continuidade de um tratamento fisioterapêutico. O próximo passo seria verificar a exequibilidade e a eficácia das propostas do manual.

Descritores: Doença de Alzheimer, Orientações, Fisioterapia, Demência, Idosos.

ABSTRACT

Currently, in the whole world, the number of aged with dementia is increasing. The Alzheimer's Disease (AD) is responsible for 50 to 70% of the dementia cases. Most of the aged with AD lives with the family or friends, which do not have the necessary support for the treatment of these aged ones. With the progression of the AD, the patient also acquires important motor alterations and consequently this patients will need physiotherapy treatment. Objective: for the aid of this physiotherapy treatment, it was elaborated a physiotherapy proposal for the care of these patients. Material and method: bibliographical survey of the period of 1990 to 2003 in the databases Medline, Lilacs and Cochrane. Results and discussion: eight manuals of care for aged with AD were found and with base in these manuals it was elaborated a physiotherapy proposal of care. This proposal presents, besides some options of exercises, orientation for the everyday tasks, the work tasks, care with bedridden patients and transferences, always aiming at a bigger independence of the patient and improvement of the quality of life for both the patient and the carer. Conclusion: the manual has as objective to be a continuity of a physiotherapy treatment. The next step would be to verify the feasibility and the effectiveness of the proposals of the manual.

Keywords: Alzheimer's disease, Care, Physiotherapy, Dementia, Aged.

INTRODUÇÃO

A demência é uma síndrome clínica de diversas etiologias, caracterizada por um decréscimo adquirido e persistente da memória e da função cognitiva, que se manifesta por uma deficiência de

memória somada a perda de outras funções corticais como linguagem, habilidades para realizar tarefas físicas complexas, para identificar objetos ou pessoas ou para construir objetos, pensamento abstrato, julgamento e personalidade^{1,2,3,4,5}.

A Doença de Alzheimer (DA) é um dos tipos mais comuns de demência⁶. É uma doença neurológica, progressiva, degenerativa, lenta e irreversível, que dura em média oito anos, mas sua duração pode variar de dois a vinte anos (7, Harman 1996 citado por 8). Observa-se a DA de acometimento tardio que atinge indivíduos em torno dos 60 anos de forma esporádica e DA de acometimento precoce que por sua vez atinge indivíduos em torno dos 40 anos e que mostra recorrência familiar (Harman 1996 citado por 8).

Na DA ocorrem mudanças na estrutura do cérebro. São elas:

a) Presença de placas senis: são lesões encontradas em todas as estruturas do córtex cerebral e no hipocampo, formadas por uma parte central de material amilóide que é revestida por terminações axonais aumentadas, os neuritos⁶.

b) Presença de emaranhados neurofibrilares: são lesões intracelulares constituídas pelo acúmulo de material fibrilar anormal¹⁰. Ocorrem principalmente no hipocampo; posteriormente também podem ser encontrados em todo o córtex cerebral⁶.

c) Perda celular: vem acompanhada de uma diminuição do número das arborizações dendríticas (Magnié e Thomas 1998 citados por 9).

d) Atrofia do córtex cerebral: esse processo geralmente é difuso, mas pode ser mais grave nos lobos frontal, parietal e temporal. O grau de atrofia apresenta variações individuais⁶. Ocorre também um alargamento dos sulcos e dilatação dos ventrículos; essa dilatação causa um aumento do espaço ocupado pelo líquido³.

Epidemiologia

A DA é responsável por cerca de 50 a 70% dos casos de demência⁴.

Segundo Tavares³, a prevalência da DA é estimada em aproximadamente 0,5% a 1% da população geral dos países industrializados.

De acordo com informações de Guterman e Levcovitz⁷, da ABRAZ¹¹ e de Pastore¹², estima-se que atualmente cerca de quinze milhões de pessoas da população mundial são portadores da DA, sendo que nos EUA existem cerca de quatro milhões de portadores, e que no Brasil existe pelo menos um milhão e meio de pessoas acometidas por essa doença.

Etiologia

A etiologia da DA ainda não está esclarecida¹¹, mas existem fortes suspeitas de uma causa genética⁶.

Também se associam a um maior risco de DA: idade elevada, sexo feminino³, baixo nível de escolaridade – o que pode ser decorrência da dificuldade para administrar e interpretar testes cognitivos em analfabetos e também pelo fato de a educação aumentar a densidade de sinapses neocorticais^{3,6}, ocorrência de traumatismos cranianos, síndrome de Down em um parente de primeiro grau⁶, exposição ao alumínio, zinco e toxinas, tratamentos hormonais à base de estrógenos durante a menopausa¹³.

Diagnóstico

O diagnóstico para a doença de Alzheimer foi estabelecido pelo National Institute of Neurologic Communicative Disorders e

pela Alzheimer's Disease and Related Disorders Association. Existem três opções de diagnóstico: “doença de Alzheimer provável” é quando a impressão clínica de demência é apoiada por testes neuropsicológicos e a tomografia computadorizada apresenta evidências de progressão aos estudos seriados^{5,13}, “doença de Alzheimer possível” é quando o quadro clínico sugere o diagnóstico de DA, mas esse quadro é atípico ou confundido por outros fatores contribuintes potenciais^{5,13} e “doença de Alzheimer definida” é quando há evidências clínicas de “DA provável” e com confirmação anatomopatológica^{2,5,13}.

Quadro clínico

Na literatura são encontradas diversas formas de divisão dos estágios da DA.

Luders e Storani¹⁵ descrevem o tempo de curso das perdas funcionais da DA dividindo a doença em sete estágios, sendo que o sexto e o sétimo estágios são subdivididos subestágios. Nessa classificação, as autoras levam em consideração as características de forma bem simplificada, o diagnóstico clínico (compatível com doença insipiente, moderada, moderada para grave e grave), o tempo de duração da doença e os aspectos sociais e psicológicos.

Gauthier S. citado por Spinosa⁹ descreve um quadro clínico dividido em três fases: DA Inicial, DA Intermediária e DA Avançada. Rozenthal et al. em 1998 descreve o quadro clínico de modo bem semelhante, mas um pouco mais simplificado². A seguir serão descritas as fases da DA, segundo os autores citados acima.

a) 1ª Fase – DA Inicial: O doente começa a apresentar um déficit de memória, como desorientação espacial e dificuldade em recordar acontecimentos recentes. Junto a isso começam a aparecer alterações na linguagem, como dificuldade em encontrar a palavra certa num diálogo espontâneo e em entender o que lhe foi dito.

b) 2ª Fase – DA Intermediária: Os sintomas descritos na 1ª fase são acentuados. O paciente apresenta dificuldade em executar funções como se vestir ou na higiene pessoal; a memória é ainda mais prejudicada e ele se mostra desorientado em lugares conhecidos e também não reconhece parentes. Começa a apresentar alterações na função motora como bradicinesia, andar lento, perseverança de gestos e reflexos primitivos persistentes. A praxia e a gnosis também são alteradas.

c) 3ª Fase – DA Avançada: O paciente perde totalmente a capacidade de realizar as atividades de vida diária e de se comunicar. A função motora fica ainda mais comprometida, evoluindo para uma hipertonia e não sendo mais capaz de realizar a marcha. A memória é ainda mais prejudicada e o paciente já não reconhece mais parentes próximos. O paciente, nesta fase, permanece acamado.

Tratamento médico

Na DA, os primeiros neurônios a morrerem são os envolvidos na produção de acetilcolina nas diversas regiões do cérebro.

São administrados Inibidores de Acetilcolinesterase para bloquear a quebra de acetilcolina e assim aumentar a quantidade de acetilcolina no cérebro. O uso dessa droga mostrou melhora na função cognitiva em pacientes que se encontram na fase Intermediária da DA (Marx 1996, Filley 1997, Aisen e Davis citados por 13, Tariot e Winblad 2001 citados por 14). Pertencem a esse grupo as seguintes drogas: a tacrina, a rivastigmina, o donepezil e a galantamina, que possuem o efeito de aumentar a quantidade de acetilcolina no cérebro¹².

Um novo medicamento tem sido empregado, a memantina. Esse medicamento tem se mostrado eficaz no tratamento de doentes em estágios mais avançados¹².

Outros medicamentos estão sendo testados no tratamento da DA. São eles: antiinflamatórios, fatores neuropáticos, estrógeno, antioxidantes, bloqueadores do canal de cálcio e remédios usados para tratamento do excesso de colesterol¹³.

Tratamento fisioterapêutico e Atividade Física

A assistência fisioterapêutica é baseada na avaliação do paciente, ou seja, o tratamento será de acordo com os sinais, os sintomas e as limitações do paciente¹⁵.

Como já foi descrito no quadro clínico, a partir da segunda fase da DA, o portador começa a apresentar importantes deficiências motoras e já apresenta dificuldade na realização de AVDs e alteração da marcha. O tratamento fisioterapêutico passa a ter grande importância para retardar a progressão das perdas motoras, evitar encurtamentos e deformidades e incentivar a independência do doente.

Na literatura encontram-se poucos estudos que tratam de fisioterapia e Doença de Alzheimer. De acordo com Vittone em 2000, citada por Gomes¹⁶, a prática de atividade física por portadores de DA 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.

Em 2000 Rolland et al. concluíram, por meio de um estudo com portadores de DA, que a prática de caminhada e de bicicleta leva a uma melhora no comportamento, na nutrição e diminui o risco de quedas¹⁶. A prática de caminhada por idosos produz melhora da marcha, da força muscular nos membros inferiores e também auxilia na manutenção do equilíbrio¹⁷.

A inclusão da dança nas atividades físicas do idoso tem como objetivo a autonomia e a socialização e, quando praticada de forma regular, reforça os critérios de promoção de saúde¹⁸.

Quando o portador passa a permanecer acamado, começam as dificuldades para transferência, para posicionamento e para evitar escaras. Nessa fase, é importante que o cuidador esteja orientado sobre como cuidar desse paciente a fim de evitar complicações.

Para a prevenção das diversas complicações motoras do portador de DA, é necessário, além de uma assistência fisioterapêutica, um programa domiciliar, que deve ser visto como uma continuação do tratamento. Para a elaboração desse programa,

é importante conhecer o local no qual será realizado e qual será a participação dos cuidadores¹⁵. O cuidador tem papel importante na elaboração do programa e também na sua realização, portanto, o plano domiciliar deve ser entendido por todos^{15,19}.

Para que se desenvolva um programa domiciliar terapêutico para um paciente portador de DA é necessário que o cuidador tenha criatividade, paciência e capacidade de avaliação¹⁹.

Como se trata de uma doença progressiva, esse programa deve ser revisado e modificado de acordo com o grau de dependência do paciente^{15,19}. O planejamento deve ser específico para cada paciente, levando-se em conta o que o paciente consegue fazer, para qual tarefa ele precisa de ajuda ou é completamente dependente¹⁹.

Impacto para a família

As pessoas portadoras de algum tipo de demência, na sua grande maioria, vivem numa comunidade⁴, ou seja, a mudança na função cognitiva não acontece para uma pessoa isolada, mas para uma pessoa que faz parte de um círculo de suporte constituído por amigos e familiares¹. Geralmente, os portadores de demência precisam de auxílio para a realização de várias atividades da vida diária e, conseqüentemente, de um cuidador⁴.

A maior parte dos idosos portadores de demência vive com a família ou com amigos, e não em instituições¹. Geralmente, essas pessoas não têm opções de auxílio, o que provavelmente será necessário durante o desenvolvimento do quadro⁵.

Em 1997 Coen et al. definiram como cuidador “o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente”. Já Hinrichsen e Niederehe em 1994 consideram cuidador “o membro da família que provê cuidados ao paciente”²⁴. Já para Luders e Storani⁵, “cuidar é o ato de assistir alguém ou prestar-lhe serviços quando este necessita”.

Na língua inglesa existe o termo *burden*, que descreve os aspectos negativos associados ao cuidado de pessoas doentes. Esse termo, segundo Platt citado por Garrido e Almeida⁴, se refere à presença de problemas, dificuldades ou algum evento que afetam a vida das pessoas que são responsáveis pelo paciente. Ser o cuidador é uma atividade que apresenta dimensões éticas, sociais, demográficas, e que também possui aspectos clínicos, técnicos e comunitários. O ato de cuidar causa um risco substancial de doenças, tanto físicas como mentais^{5,12}, já que o cuidador tem muitas responsabilidades, mas não dispõe de um apoio social⁵.

Quando aparecem os primeiros sintomas da DA, o doente tem as características da doença socialmente aceitas, pois a dificuldade em achar as palavras ou localizar objetos são situações que podem ser relacionadas com o envelhecimento normal, o cansaço ou o estresse. À medida que o doente e a família começam a perceber as perdas, surgem as irritações e as agressões, já que as atitudes inadequadas do doente não podem ser resolvidas como antes^{5,20}.

Quando o doente já precisa de apoio familiar em tarefas como planejamento financeiro, começam a aparecer os sentimentos como o medo e a esperança, tanto para o doente

como para a família. O medo existe por se perceber que as perdas são reais, mas existe a esperança de que exista uma cura para essa situação^{5,20}.

Logo o doente precisará de auxílio para coisas mais simples, como escolher roupas apropriadas para o clima, o que começará a exigir modificações no arranjo familiar; a rotina familiar sofrerá mudanças para que as necessidades do doente possam ser supridas^{5,7}.

A partir da fase em que o doente precisa de ajuda para as atividades de vida diária, a questão social e psicológica da família fica comprometida. O cuidador perde sua independência, e o isolamento social e as dificuldades financeiras começam a se acentuar⁵. A vida do cuidador passa a ser influenciada pelos aspectos cognitivos e comportamentais da demência⁴. Com a continuidade da doença, começam a aparecer os sintomas de maior deterioração, como incontinência urinária e fecal e escaras de decúbito. O doente começa a ter dificuldade de deglutir, esquece de beber água e de alimentar-se. Os cuidadores começam a ter dificuldade quanto a saber o momento de internar esse doente em um hospital, já que não existem lugares específicos para o tratamento dessa doença⁷. Quando, em uma casa, tem-se um doente que necessita de cuidados durante a maior parte do tempo, ou durante todo o tempo, a dinâmica familiar sofre uma grande mudança. Aí se faz necessária uma reorganização de todo o cotidiano, fazendo adaptações que nem sempre são cômodas para todos os participantes, o que pode gerar conflitos. É nesse momento que a orientação se torna muito importante, já que cada atitude em prol do paciente requer um ato muito bem pensado⁵.

Atualmente, tem se discutido uma linha de tratamento que afirma que o cuidador deve tentar 'entrar' na realidade que cerca o doente. Assim ele percebe o que aflige o doente e, também desse modo, o cuidador descobre que as trocas afetuosas podem existir até o último momento e isso melhora a qualidade de vida tanto do doente como do cuidador¹².

À medida que os cuidadores conhecem melhor a doença e sua evolução, várias medidas podem ser tomadas com sucesso. É fundamental que os cuidadores saibam que sempre há algo a fazer, que sempre é possível melhorar a qualidade de vida, tanto do doente como dos familiares e principalmente que a DA é incurável, mas não "intratável"¹¹. Os profissionais de saúde que acompanham pacientes com demência devem, também, ajudar efetivamente os familiares⁷.

OBJETIVO

Esse trabalho tem como objetivo elaborar uma proposta fisioterapêutica de cuidados com portadores que inclui atividades de vida diária, atividades de vida prática e uma proposta fisioterapêutica de um programa terapêutico domiciliar, que pode ser realizado com auxílio do cuidador já que, em muitos casos, o idoso não recebe tratamento fisioterapêutico com frequência adequada ou até mesmo não tem acesso a esse

tipo de tratamento. Esta proposta visará a uma maior independência do doente e a uma melhor qualidade de vida tanto do doente como da família cuidadora.

O trabalho será de revisão bibliográfica, criando uma proposta de cuidados para os portadores da Doença de Alzheimer com base nos manuais e artigos que tratam do assunto encontrados na literatura e em associações, criando uma proposta simples, de fácil entendimento para o cuidador e eficiente para o doente.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização desse trabalho, foi feito um levantamento bibliográfico do período de 1990 a 2003 nas seguintes bases de dados: Medline, Lilacs e Cochrane. As palavras-chave foram: Doença de Alzheimer, cuidados especiais, demência, idoso, cuidador, plano educacional, movimento, cinesioterapia, Alzheimer's disease, home care, dementia, caregiver, educational plan, movement. Essas palavras foram cruzadas entre si para obter o levantamento bibliográfico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão descritos todos os manuais encontrados e também serão feitas críticas à esses manuais. Com base nos manuais encontrados será elaborada uma proposta de cuidados para portadores da DA.

Análise dos manuais encontrados

Foram encontrados oito manuais específicos para portadores de DA, descritos seguir:

I. "O que é a doença de Alzheimer?"¹¹. Fala sobre a DA: o que é, os sintomas, a causa, o diagnóstico, o tratamento, o impacto para a família bem como indica onde procurar ajuda.

II. "Doença de Alzheimer"²¹. Fala sobre a DA: o que é, os sintomas, a causa, o diagnóstico, o tratamento, o impacto para a família e indica onde procurar ajuda.

III. "Alzheimer"²². Fala sobre a DA: o que é, os sintomas, a causa, a importância do diagnóstico, o tratamento, os cuidados com o portador, sugestões para o dia-a-dia, o impacto para o cuidador e onde procurar ajuda.

IV. "Como posso melhorar a segurança em casa?"²³. Fala sobre cuidados em casa para prevenir acidentes domésticos com portadores de DA e sugestões para o dia a dia.

V. "Manual do cuidador"²⁴. Fala sobre a DA: o que é, os sintomas, a causa, o diagnóstico, o tratamento, o impacto para a família, a comunicação, as AVDs, o comportamento, nutrição e os aspectos legais.

VI. "Manual de orientações práticas para familiares/cuidadores dos portadores da doença de Alzheimer"⁹. Fala sobre: o comportamento do portador, comunicação, nutrição, as AVDs, as AVPs, medidas de segurança e apresenta uma proposta fisioterapêutica.

VII. "Manual do cuidador"²⁵. Fala sobre: o que é, o diagnóstico, o tratamento e dá algumas orientações para AVDs e AVPs.

VIII. "Cuidados com portadores de Doença de Alzheimer: um manual para cuidadores e casas especializadas"¹⁹. Fala

sobre: o que é, as causas, o diagnóstico, o curso da doença, como lidar com as alterações de comportamento do portador de DA, as estratégias de comunicação, os cuidados de enfermagem e apresenta relatos de famílias e cuidadores. Oferece dicas de cuidados com o paciente, enfatizando o comportamento e para casas especializadas.

Dos oito manuais encontrados, apenas a proposta de Spinosa⁹ apresenta uma proposta fisioterapêutica. Não foram encontrados manuais que apresentavam apenas uma proposta fisioterapêutica simples, tratando de AVDs, AVPs, e programa terapêutico.

Os manuais III, IV, V, VI e VIII apresentam sugestões de cuidados para com o portador da DA, mas nenhum deles é específico, já que tratam de comportamento, nutrição, medicamentos, segurança, AVDs e AVPs e programa terapêutico, o que os torna muito extensos ou tratam de cada assunto de maneira muito superficial.

Proposta fisioterapêutica para os cuidadores de portadores da Doença de Alzheimer

Esta proposta é baseada em todos os manuais encontrados e nas deficiências desses manuais e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do portador da DA. A proposta é dividida em orientações para atividades de vida diária e atividades de vida prática e uma proposta fisioterapêutica de um programa terapêutico domiciliar.

Atividades de vida diária – avds

À medida que a DA progride, ocorrerá o aumento da perda cognitiva e o portador passará a ficar dependente do seu cuidador para a realização de suas atividades mais básicas, as AVDs. O idoso passará a precisar de ajuda para realizar sua higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, além de perder a continência urinária e fecal. E, também em consequência da doença, o portador perderá a capacidade de sorrir, sustentar a cabeça e ficará acamado necessitando de cuidados especiais para a prevenção de contraturas, encurtamentos, dores e desenvolvimento de escaras⁵.

Higiene pessoal

O banho pode causar estresse e medo num idoso portador de DA. Ele pode apresentar resistência ou esquecer-se de tomar banho ou de como fazê-lo²².

Sugestões para o cuidador:

- Sempre manter uma rotina: o banho deve ter sempre um horário pré-determinado (manhã, tarde ou noite) para que o idoso adquira um hábito^{22,24};
- Antes do banho, o cuidador deve preparar todos os objetos necessários para que não tenha que interromper o banho, deixando o idoso sozinho ou confuso²⁴;
- Sempre controlar a temperatura da água do banho por causa da perda de sensibilidade e da alteração cognitiva^{9,19};
- Durante o banho, o cuidador deve inspecionar a pele do idoso à procura de lesões que possam estar escondidas²⁴;
- Não esquecer da higiene oral, que deve ser feita sempre depois das refeições com escova de dentes macia, e quando não for pos-

sível o uso da escova, usar uma espátula de madeira envolta com gase. As próteses dentárias devem ser higienizadas depois das refeições e não esquecer da higiene da cavidade oral^{19,24};

- As unhas devem ser cortadas regularmente²⁴;
- Os cabelos devem ser lavados e cortados regularmente e o mesmo deve ser observado com relação à barba²⁴;
- Tornar o banheiro seguro com o uso de barras, tapetes antiderrapantes e cadeiras de banho²⁵;
- Deve-se deixar o idoso realizar a tarefa com o máximo de independência possível. Se necessário, o cuidador pode dar o comando verbal de forma clara e pausada como “agora vamos tirar a blusa”, “passe o sabonete nos pés” e 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. Dessa forma, conseguiremos melhorar a auto-estima do idoso, já que ele realiza a atividade de uma forma menos dependente, além de estimular a movimentação ativa, prevenindo diversas alterações como fraqueza muscular ou encurtamentos^{22,24,25};
- Para os idosos que adoram tomar banho, esta atividade pode ser um recurso para acalmar o idoso quando este se encontrar muito agitado. Quando o idoso ainda apresentar resistência quanto a tomar banho, deve-se evitar confrontos e discussões e, se necessário, procurar ajuda especializada com enfermagem²⁴.

Vestuário

Os portadores de DA esquecem-se de como vestir-se, não sabendo colocar roupas adequadas e a ordem de colocação das peças^{22,24}. Sugestões para o cuidador:

- Evitar roupas com muitos botões, cintos e fivelas, pois esses acessórios podem atrapalhar tanto o doente como o cuidador. O melhor é utilizar velcros, elásticos e roupas com fecho na parte da frente^{9,22,24};
- Evitar sapatos com cadarços e chinelos e dar preferência a sapatos com solas antiderrapantes^{9,22,24};
- Ter modelos iguais de determinadas roupas que o idoso prefere vestir²⁴;
- Colocar as peças em ordem de colocação e sempre dar o comando verbal de forma clara e pausada e deixar que o idoso realize a atividade do modo mais independente possível^{19,22,24};
- Acompanhar o idoso enquanto ele se veste e não oferecer muitas opções de roupas²⁴;
- Os agasalhos devem ficar sob responsabilidade do cuidador, pois o portador perde a capacidade de perceber o frio ou o calor⁹;
- Enquanto o doente estiver se vestindo, sempre utilizar a cama ou uma cadeira segura para evitar quedas.

Incontinência urinária e fecal

Na fase mais avançada da DA ocorre a incontinência urinária e fecal. A incontinência urinária é mais comum e pode ocorrer no início da doença, enquanto a incontinência fecal só ocorre em fases mais avançadas. Na DA o idoso pode perder a capacidade de perceber quando precisa ir ao banheiro, não saber onde fica o banheiro e do que fazer ao ir ao mesmo^{22,24,25}.

Sugestões para o cuidador:

- Não causar constrangimento ao idoso quando ele apresentar algum episódio de incontinência²⁴;

- Organizar os horários para as idas ao banheiro, observando os horários das eliminações e levar o idoso ao banheiro com intervalos regulares, assim criando um hábito^{22,24,25};
- Vestir o idoso com roupas fáceis para serem tiradas, como calças com fecho de velcro^{9,22,25};
- Colocar setas na casa com indicativo de onde é o banheiro e na porta do banheiro colocar um cartaz informativo^{9,24,25};
- Durante a noite, deixar a luz acesa tanto do banheiro como do caminho a ser percorrido para ir até o banheiro e, se o idoso apresentar perdas durante a noite, utilizar fraldas geriátricas^{24,25};
- Não restringir a ingestão de líquidos já que isso poderá causar desidratação²⁴;
- Colocar barras de segurança próximas ao vaso sanitário;
- Se, mesmo com todas essas medidas, o idoso continuar apresentando perdas urinária ou fecal, fazer o uso de fraldas geriátricas durante o dia todo ou então de sondas^{9,19,24,25};
- Evitar que o idoso permaneça com fraldas molhadas por muito tempo e a cada troca higienizá-lo adequadamente com água e sabonete neutro^{9,24};
- A agitação do idoso pode significar que ele quer urinar ou evacuar ou então que a fralda está suja^{9,24}.

Cuidados com pacientes acamados

Com a continuidade da doença, o idoso passa a ficar restrito à cadeira de rodas ou acamado e isso traz complicações tais como escaras de decúbito e hipotermia quando estiver muito frio, o que causa desconforto e agitação^{7,25}. Devemos lembrar que a profilaxia para o aparecimento de escaras de decúbito é a mobilização²⁶.

Sugestões para o cuidador:

- Deve-se fazer uma higiene adequada do idoso no leito²⁶;
- Não deixar vincos nos lençóis do paciente para evitar escaras¹⁹;
- Realizar mobilização do paciente no leito, mudá-lo de decúbito de duas em duas horas (alternar decúbito lateral, dorsal, cadeira de rodas e poltrona), fazendo com que o paciente não permaneça no leito durante todo o tempo, levando-o, por exemplo, para tomar banho no chuveiro ou tomar banho de sol^{9,19,26,27};
- Utilizar colchão de ar com pressões alternadas e, se não for possível, utilizar luvas com ar nas proeminências ósseas^{9,19,26};
- Se o idoso alimenta-se na cama, levantar a cabeceira e, depois das refeições observar se há resíduos de comida no leito⁹;
- Manter sempre a pele do doente hidratada^{9,19};
- Observar qualquer tipo de lesão na pele para que elas possam ser tratadas adequadamente evitando o aparecimento de escaras⁹.

Se o idoso já apresentar escaras:

- Limpar com uma solução neutra, como soro fisiológico 0,09%²⁶;
- A alimentação deve ser rica em proteínas e vitaminas^{26,27};
- Deve-se procurar orientação médica para o uso de medi-

camentos locais, antibióticos e tratamento das doenças associadas²⁶;

- 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^{9,26}.

Atividades de vida prática – AVPs

A realização de atividades que o portador sempre costumava fazer pode melhorar a auto-estima e assim a qualidade de vida. Deve-se ajudar o portador a manter as habilidades pessoais, ou seja, uma idosa que sempre foi dona de casa pode usar algumas habilidades desse serviço, como auxiliar na limpeza da casa ou cozinhar com supervisão²².

Também deve-se lembrar que a DA é uma doença progressiva e que com o passar do tempo as preferências e habilidades do portador poderão mudar. Portanto, cabe ao cuidador observar o idoso para que seja possível um planejamento de atividades de acordo com as preferências e com o grau de dependência do idoso²². Sempre lembrar de criar uma atividade em que o idoso seja o mais independente possível e que ele consiga realizar para que ele não se sinta frustrado ou deprimido²⁵.

Sugestões para o cuidador:

- Atividades que possam trazer risco ao doente, como dirigir ou controlar as finanças, devem ser restringidas quando necessário²⁵;
- Se o idoso gosta de cozinhar, ele sempre deve ter supervisão do cuidador, pois o idoso pode não se lembrar de como manipular eletrodomésticos com segurança. Deve-se evitar o uso de batedeiras (estimulando a bater o bolo com a mão), a aproximação à panelas contendo alimentos quentes ou mexer no fogão sem auxílio e supervisão^{23,25};
- Evitar atividades com objetos perigosos como martelos, pregos, facas, etc.;
- Caso o portador queira dirigir, deve-se com calma explicar os perigos que isso pode lhe trazer e sugerir outro tipo de transporte ou que outra pessoa dirija por ele²³;
- Algumas sugestões de atividades indicadas para portadores de DA que são de fácil realização e faz com que o idoso perceba que está realizando uma tarefa útil: artesanato, cuidar de jardins, ajudar a cuidar da casa.

Proposta fisioterapêutica de um programa terapêutico domiciliar

Esta proposta está baseada na evolução da Doença de Alzheimer, na qual o portador apresenta perdas motoras importantes. O programa terapêutico domiciliar tem grande importância já que se trata de uma extensão do tratamento fisioterapêutico.

Será enfocada a qualidade de vida tanto do portador como do cuidador pois trabalha a independência do doente e complicações como perda de força muscular, dores devido a encurtamentos, imobilidade e deformidades, aparecimentos de escaras, etc.

Este programa domiciliar tem como metas: mobilidade, flexibilidade, equilíbrio, estabilidade, coordenação motora e transferências.

O portador tem que se sentir motivado a realizar os exercícios propostos, para isso deve-se orientá-lo com entusiasmo e clareza¹⁵. Caso o idoso se recuse a realizar a atividade proposta, não insistir e deixar para mais tarde, evitando discussões²⁴.

Caminhada e dança

Deve-se incluir a dança e a prática de caminhada no programa domiciliar, visando à melhora da mobilidade, do equilíbrio, da socialização, da manutenção da força muscular e do estado emocional do paciente.

Exercícios de alongamento

Alongamento é uma manobra terapêutica que visa aumentar o comprimento de tecidos moles a fim de melhorar a flexibilidade da articulação¹⁵.

- Alongamento da musculatura cervical (flexão, extensão e inclinação);
- Alongamento dos membros superiores (extensores, adutores, abdutores do ombro, músculos peitorais e de flexores e extensores do 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 repetido três vezes. É importante lembrar que o paciente não deve sentir dor.

Exercícios para melhora da mobilidade

Os exercícios para mobilidade descritos a seguir 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 (Kaltenbom 1976 citado por 15), por isso ela é muito importante para o portador de DA, já que mantém a amplitude de movimento, o que facilita a realização de atividades de vida diária e de transferências.

- 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 a adução e abdução de quadril;
- Flexão plantar e dorsiflexão;
- Exercício de ponte.

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

Coordenação motora

A coordenação motora é a base do movimento eficiente e harmonioso e é a capacidade de usar os músculos com intensidade exata para a realização de um movimento¹⁵.

- Associar 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.

Transferências

Como já foi descrito anteriormente, com a progressão da DA o portador passa a não conseguir realizar tarefas simples, como por exemplo as atividades de vida diária e as transferências. Ele passa a depender de uma pessoa para se levantar, se virar na cama, etc. Para evitar deformidades e escaras de decúbito, é necessário que o paciente mude de posição a cada duas horas.

A seguir serão descritas formas de auxiliar ou até mesmo de realizar a transferência do paciente. Deve-se dar o auxílio suficiente para que o paciente consiga se transferir quando ele ainda o consegue, e quando ele não for capaz a transferência deve ser realizada pelo cuidador.

- Decúbito dorsal para lateral: o paciente deve flexionar o membro inferior do lado oposto ao lado que irá deitar e com ajuda do membro 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 colocar os membros inferiores sobre a cama. Se o paciente não for capaz, a seqüência é a mesma, mas o cuidador é que deverá elevar ou deitar o tronco e colocar ou tirar os membros inferiores da cama.
- Sentado para em pé: pedir para 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. Daí o paciente pode ser transferido para a cama, cadeira, etc. com passos com auxílio do cuidador. Se 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 superiores do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os exercícios propostos não precisam, necessariamente, ser feitos todos os dias. O melhor é que as atividades sejam alternadas, ou seja, realizar um dia os alongamentos, no outro a caminhada e etc.

Com o avanço da doença, o paciente não conseguirá realizar todas as atividades descritas acima, então deve-se agir com bom senso e só solicitar as atividades que o paciente ainda conseguir, para que não ocorram desentendimentos e principalmente para não afetar a auto-estima do paciente. Caso apareçam dúvidas ou dificuldades na realização de qualquer atividade descrita nesse manual, procurar a orientação de um profissional.

CONCLUSÃO

Com base nos manuais, teses e artigos encontrados na literatura, foi proposto um manual para os cuidados de portadores da Doença de Alzheimer visando uma melhora da qualidade de vida do portador e dos cuidadores. O manual proposto tem como objetivo ser uma continuidade de um tratamento fisioterapêutico. O próximo passo seria verificar a exequibilidade e a eficácia das propostas do manual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jackson O L – Função cerebral: envelhecimento e demência. In.: Umphred D A (ed) – Fisioterapia Neurológica. 2ª ed. São Paulo, Manole, 1994; p. 657-676.
2. Rozenthal M, Laks J, Engelhar E – Minha avó está esquecida e se perdeu na rua: a neuropsicologia da doença de Alzheimer. Inform Psiqui 17 (Supl. 1): S25-S28, 1998.
3. Tavares A – Delirium e Demência. In.: Petroianu A, Pimenta L G (eds) – Clínica e Cirurgia Geriátrica. 1ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1999; p. 142-152.
4. Garrido R, Almeida O P – Distúrbios de comportamento em pacientes com demência – Impacto sobre a vida do cuidador. Arq Neuropsiquiatr 57 (2-B): 427-434, 1999.
5. Luders S L A, Storani M S B – Demência: Impacto para a família e a sociedade. In: Netto P N (ed). Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 1ª ed. São Paulo, Atheneu, 2002; p. 146-159.
6. Mayeux R, Chum M R – Demências adquiridas e hereditárias. In.: Rowland L P (ed) – Merritt Tratado de Neurologia. 9ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1995; p. 534-541.
7. Guterman J, Levcovitz E C – Impacto da doença de Alzheimer na família: a visão do familiar e as propostas de assistência psicológica. Inform Psiqui 17 (Supl. 1): S33-S36, 1998.
8. Smith M A C – Doença de Alzheimer. Rev. Bras. Psiquiatr. (Supl. 2) 1999.
9. 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].
10. Braak H, Braak E, Bohl J – Staging of Alzheimer-Related Cortical Destruction. Eur Neurol 33:403-8, 1993.
11. ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer – O que é a doença de Alzheimer? [Informativo on line]. S/ data. Disponível em: http://www.abraz.com.br/index_arquivos/doenca.html (17.03.03).
12. Pastore K – Quando os neurônios morrem. Veja 31: 72-4, 2003.
13. Forsyth E, Ritzline P D – An overview of the etiology, diagnosis, and treatment of Alzheimer Disease. Phys Ther 78 (12): 1325-31, 1998.
14. DeKosky S T, Orgogozo J M – Alzheimer Disease: Diagnosis, Costs, and Dimensions of Treatment. Alzheimer Dis Assoc Disord 15 Suppl 1: S3-S7, 2001.
15. 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.
16. Gomes M V S S – Intervenção da educação física nos indivíduos com Doença de Alzheimer. Fisioterapia Brasil 3(1): 53-60, 2002.
17. Caromano F A – Efeitos do treinamento e da manutenção de exercícios de baixa a moderada intensidade em idosos sedentários saudáveis. São Paulo; 1998. [Tese apresentada a Universidade de São Paulo, Instituto de psicologia para obtenção do grau de Doutor]. Abstract on line disponível em www.bireme.br.
18. Ribeiro M G C – O idoso, a atividade física e a dança. Rio de Janeiro; 1995. [Tese apresentada a Universidade do Rio de Janeiro, Centro de educação e humanidades para obtenção do grau de Mestre]. Abstract on line disponível em www.bireme.br.
19. Gwyther L P – Cuidados 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.
20. GOLDFARB D C, LOPES R G C – A família frente à situação de Alzheimer. Gerontologia 4 (1): 33-37, 1996.
21. SBPC – Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica – Doença de Alzheimer. São Paulo, 1993. [Informativo SBPC].
22. ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer – Alzheimer. [Informativo on line], 2000. Disponível em: <http://www.coderp.com.br/ssaude/Doencas/Alzheimer/I16ABRAZ.htm> (17.03.03).
23. Ferretti C E L – Como melhorar a segurança em casa? [Informativo ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer on line], 2000. Disponível em: http://www.abraz.com.br/index_arquivos/dicas.html (17.03.03).
24. Borges M F – Manual do Cuidador [On line], 2000. Disponível em: <http://members.tripod.com/marcioborges/Alzheimer/manual.htm> (03.09.03).
25. Brucki S M D, Abrisqueta J – Manual do Cuidador. São Paulo, Novartis, s/ data.
26. Nicola P – Critérios gerais de terapia no idoso. In.: Nicola P – Geriatria. 1ª ed. Rio Grande do Sul, D. C. Luzzatto Editores, 1986; p. 45-71.
27. Silva E R, Chaves D N B – Escaras de Decúbito no Paciente Idoso. In.: Petroianu A, Pimenta L G (eds) – Clínica e Cirurgia Geriátrica. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1999; p. 497-502.