

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NA FASE INICIAL DA DOENÇA DE ALZHEIMER: ESTUDO DE CASO

III Simpósio de Saúde e Meio Ambiente, 3^a edição, de 16/11/2022 a 18/11/2022

ISBN dos Anais: 978-65-5465-006-9

DOI: 10.54265/CLLB7320

AZEVEDO; Júlia Mattos de¹, MARTINS; Patrícia Passos²

RESUMO

1 INTRODUÇÃO

Conforme Moreira; Jansen; Silva (2020), estima-se que em 2030, haverá 82 milhões de pessoas no mundo com demência. Por conseguinte, a predominância da maioria desses casos ocorre em países de renda média e baixa que atualmente abrigam 66% de todas as pessoas com essa patologia.

Segundo Sá *et al.*, (2019), a Doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se pela deterioração gradativa das funções cognitivas e motoras em respectivas fases que podem evoluir de acordo com a área cerebral afetada. Por conseguinte, as alterações na DA são responsáveis por ocasionar o comprometimento da funcionalidade, comportamento e da qualidade de vida dos idosos, gerando maior sobrecarga para os cuidadores e/ou familiares.

Na Doença de Alzheimer (DA) é possível verificar a presença de medidas farmacológicas, as quais visam a redução dos efeitos cognitivos e da memória. Além disso, as medidas não farmacológicas são imprescindíveis para proporcionar memória eficiente através da atuação de uma equipe multidisciplinar, sendo embasada em técnicas de aprendizagem, terapias de orientação da realidade e abordagem terapêutica com grupos de famílias e cuidadores (COSTA *et al.*, 2019).

Neste contexto, a atuação da Fisioterapia se baseia nos sinais, sintomas e limitações do paciente. Desse modo, o Tratamento Fisioterapêutico na Doença de Alzheimer é de grande relevância, possuindo como foco primordial retardar a progressão dela, evitar encurtamentos e deformidades, além de proporcionar maior independência para o paciente (MEDEIROS *et al.*, 2016).

O presente estudo de justifica em efetuar a análise de maiores evidências no que tange à eficácia e segurança da Estimulação Cognitiva na Fase Inicial da Doença de Alzheimer, já que ela é responsável por promover ganho de autonomia, além de proporcionar o resgate das reservas cognitivas do paciente.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, na qual foram apresentados dados referentes ao tratamento fisioterapêutico de um paciente portador de Doença de Alzheimer, onde o participante assinará um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeitando os princípios básicos da bioética, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi realizada no laboratório de Cinesioterapia do Centro Universitário Redentor situado na cidade de Itaperuna - RJ, seguindo todos os protocolos de segurança em combate ao Covid-19, determinados pela Organização Mundial de Saúde e pelo Decreto Municipal vigente, sendo realizado por um profissional credenciado, juntamente com a acadêmica do curso de fisioterapia.

A intervenção iniciou através de uma avaliação fisioterapêutica de um paciente do sexo masculino, 80 anos, aposentado, diagnosticado em novembro de 2021 com Doença de Alzheimer. Na avaliação constou dados de identificação, diagnóstico médico, história social e familiar, patologias associadas e pregressas e medicamentos utilizados. Para avaliar as funções cognitivas foram utilizados o Miniexame do Estado Mental (MEEM), composto por questões agrupadas conforme a categoria específica, e, o Teste de Nomeação de Boston (TNB), que consiste na habilidade referente a nomeação de tarefas visuais (figuras), envolvendo o reconhecimento de elementos visuais e a representação visual complexa de um determinado objeto.

O MEEM é composto por diversas questões agrupadas em sete categorias, com objetivo de verificar orientação temporal e espacial, memória, cálculo, praxia, habilidades de linguagem e visoespaciais, os quais podem variar conforme o escore efetuado pelo paciente, podendo ser de 0 a 30 pontos. Por conseguinte, o TNB é

¹ Centro Universitário Uniredentor/AFYA, mattosjulia123@gmail.com

² Centro Universitário Uniredentor/AFYA, patricia.martins@uniredentor.edu.br

responsável por avaliar a capacidade de nomeação por confrontação visual, envolvendo o reconhecimento de elementos visuais através de figuras, estabelecendo o critério de dificuldade e o tempo de 10 segundos para a resposta final do paciente. Neste contexto, o planejamento das atividades foi baseado na detecção de deficiências e limitações do paciente, sendo realizados exercícios físicos e atividades cognitivas em cada sessão, utilizando-se o Questionário de Falhas Cognitivas (QFC), que consiste em 25 questões breves e simples com o objetivo de avaliar as falhas cognitivas do indivíduo: pequenos erros na atenção, memória, coordenação e motricidade. O protocolo de intervenção fisioterapêutica foi aplicado duas vezes por semana (terças e quintas-feiras), com duração de 50 minutos cada sessão, sendo realizada o total de 20 sessões. Durante o tratamento, o paciente foi submetido por 3 avaliações: a inicial, a segunda após 10 sessões e a terceira com 20 sessões, onde foi realizada a coleta e análise dos dados.

A primeira fase do estudo, (1^a sessão), constou com a aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM), seguido do Teste de Nomeação de Boston (TNB), explicando a maneira de como era realizado com o objetivo de verificar possíveis deficiências cognitivas. Da 2^a a 5^a sessões, foram realizados exercícios como: alongamento de dorsiflexão e flexão plantar (2x20"), alongamento de deltoide (2x20"); fortalecimento de bíceps braquial com resistência manual (2x10); fortalecimento de peitoral com o bastão (2x10); exercício de sentar e levantar (2x10) e fortalecimento de panturrilha (3x10). Em relação ao estímulo cognitivo, efetuou-se exercícios como a aplicação do Questionário de Falhas Cognitivas (QFC) e memorização de figuras e cores. Da 6^a a 9^a sessões realizou-se alongamento de tríceps braquial (2x20") e de bíceps braquial (2x20"); fortalecimento de isquiotibiais em ortostatismo (1x10); fortalecimento de adutores com a bola (3x10); fortalecimento de abdutores com mini band de baixa intensidade (3x10); fortalecimento de panturrilha (3x10). Nessa fase, realizou-se exercícios cognitivos relacionados a cores e tamanhos de objetos.

Na 10^a sessão foi realizada uma nova avaliação do paciente, aplicando novamente o MEEM e o TNB, com objetivo de verificar a evolução do quadro cognitivo. Por conseguinte, da 11^a a 15^a sessões realizou-se: alongamento de dorsiflexão e flexão plantar (2x20") alongamento de peitoral (2x20"); isometria de quadríceps com a bola (3x10); exercício de ponte (3x10); fortalecimento de tibial anterior com mini band de baixa intensidade (3x10); dissociação de cintura escapular com o bastão (2x1'), agachamento (2x5). Ao longo das sessões, realizou-se exercícios cognitivos como a aplicação do Questionário de Falhas Cognitivas (QFC) com o objetivo de trabalhar atenção e memória. Na etapa final do tratamento, (da 16^a a 19^a sessões) foram realizados: alongamento de dorsiflexão e flexão plantar (2x20") alongamento de tríceps braquial (2x20"); fortalecimento de tríceps braquial com mini band de baixa resistência (3x10); fortalecimento de deltoide com o bastão (3x10); fortalecimento de quadríceps com mini band de baixa resistência (3x10); fortalecimento de adutores com a bola (3x10) + isometria de 5 segundos; exercício de ponte (3x10) + isometria de 5 segundos; fortalecimento de panturrilha (3x10). Nessa última fase da abordagem terapêutica, realizou-se exercícios cognitivos com ênfase na atenção, cores, memória e linguagem.

Dessa forma, na 20^a e última sessão, aplicou-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM), seguido do Teste de Nomeação de Boston (TNB) como avaliação final, para verificar toda a evolução do paciente durante o tratamento.

3 RESULTADOS

Os resultados obtidos através das avaliações realizadas com o Miniexame do Estado Mental (MEEM), seguido do Teste de Nomeação de Boston (TNB) foram estão apresentados nos gráficos abaixo.

Gráfico 1: Avaliação através do Miniexame do Estado Mental



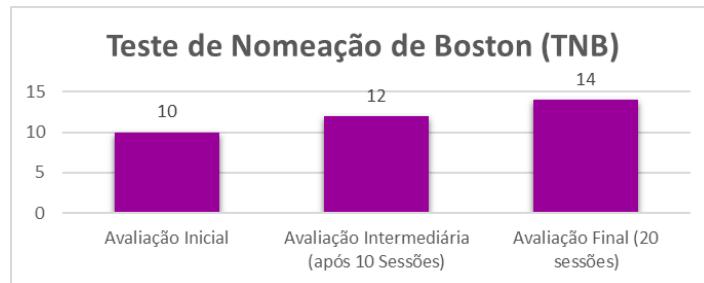
O Gráfico 1 apresenta a aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM), utilizado para avaliar as funções

¹ Centro Universitário Uniredentor/AFYA, mattosjulia123@gmail.com

² Centro Universitário Uniredentor/AFYA, patricia.martins@uniredentor.edu.br

cognitivas, que possui um escore que pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 24, caracterizando estado de demência. A avaliação inicial, realizada na 1^a sessão, constou com um escore de 16 pontos, o que indica demência moderada. Em seguida, na avaliação intermediária, após 10 sessões realizando exercícios físicos e de Estimulação Cognitiva, verificou-se melhora no desempenho cognitivo do paciente, indicando escore de 18 pontos. Na avaliação final, após as 20 sessões de exercícios, observou-se um escore de 20 pontos, o que indica quadro de demência, porém, com uma melhora significativa nas funções cognitivas comparadas ao início do tratamento. Convém frisar que devido o estado de analfabetismo do paciente, a pontuação do exame demonstrou-se abaixo dos valores de referência.

Gráfico 2: Avaliação através do Teste de Nomeação de Boston



O Gráfico 2 apresenta a aplicação do Teste de Nomeação de Boston (TNB), que avalia a capacidade de nomeação visual por meio de figuras, apresentando escore de 0 a 15 pontos, onde 0 significa pontuação excepcionalmente baixa e 15 pontuação máxima, que indicam quadro de demência leve a grave, respectivamente. A avaliação inicial, realizada na 1^a sessão, constou um escore de 10 pontos, o que indica comprometimento cognitivo moderado. Por conseguinte, na avaliação intermediária, após 10 sessões, verificou-se o escore de 12 pontos, sendo indicativo de demência leve por apresentar pontuação média. Na avaliação final, 20 sessões, observou-se o escore de 14 pontos, ou seja, demência leve, observando a evolução do paciente referente ao desempenho cognitivo.

4 DISCUSSÃO

A Doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se como uma afecção responsável pelo processo degenerativo progressivo conforme a área cerebral afetada. O desenvolvimento da DA é imprevisível e, desse modo, tal patologia possui como marco a incapacidade motora devido ao acometimento de modificação do sistema cognitivo, gerando comprometimento referente ao desempenho do paciente para realizar as atividades de vida diária (AVD's) (MEDEIROS *et al.*, 2016).

No estudo de Medeiros et al., (2016), o papel da Fisioterapia na DA possui como foco preservar as funções motoras, além de incentivar a independência do paciente, intervindo nas funções vitais cerebrais estimulando os circuitos neurais e planejamento motor.

Desde 2011, estudos têm demonstrado que a Estimulação Cognitiva (EC) também pode fornecer maior resistência para enfrentar uma neuropatologia, pois as intervenções não-farmacológicas têm sido cada vez mais promovidas, a fim de otimizar os processos cognitivos. No entanto, a EC na DA possibilita novos processos mentais internos através de estímulos externos percebidos pela própria pessoa, melhorando o desempenho nas tarefas cognitivas, auxiliando na capacidade de concentração e favorecendo a formação de novas associações neuronais (DO VALE *et al.*, 2011).

Segundo Soares et al., (2018) a Estimulação Cognitiva (EC) quando associada aos exercícios físicos, favorece o desempenho da memória de longo prazo e potencializa a neurogênese do hipocampo, promovendo melhora da qualidade de vida ao portador da Doença de Alzheimer, o que corrobora com o estudo de Neta *et al.*, (2020), que analisaram a eficácia do treinamento cognitivo associado ao exercício físico.

Na presente pesquisa, observou-se que a aplicação de Estimulação Cognitiva associada a exercícios físicos, favorece o desempenho cognitivo do paciente portador da DA, justificado pela melhora no escore do Miniexame do Estado Mental e do Teste de Nomeação de Boston.

5 CONCLUSÃO

¹ Centro Universitário Uniredentor/AFYA, mattosjulia123@gmail.com
² Centro Universitário Uniredentor/AFYA, patricia.martins@uniredentor.edu.br

A Doença de Alzheimer (DA), é a afecção de grande prevalência na população idosa, caracterizada por apresentar caráter crônico e progressivo, comprometendo a memória, funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo. O presente estudo verificou resultados satisfatórios, no desempenho das funções cognitivas e motoras após a aplicabilidade da Estimulação Cognitiva associada a exercícios físicos. Conclui-se a importância de realizar estímulos cognitivos com frequência em portadores de Doença de Alzheimer, para retardar a evolução da doença, porém, vale ressaltar a necessidade de novos estudos com um maior número de participantes, com objetivo de reforçar os benefícios da Estimulação Cognitiva em portadores de DA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COSTA, B.G.L. et al. Métodos não farmacológicos para o tratamento do Alzheimer: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 2019.
- DO VALE, F.D.A.C. et al. Tratamento da doença de Alzheimer. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 5, n. 1, p. 34-48, 2011.
- MEDEIROS, I.M.P.J. et al. A influência da fisioterapia na cognição de idosos com doença de Alzheimer. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 12, n. 29, p. 15-21, 2016.
- MOREIRA, S.C; JANSEN, A.K; SILVA, F.M. Dietary interventions and cognition of Alzheimer's disease patients: A systematic review of randomized controlled trial. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 14, p. 258-282, 2020.
- NETA, A.G.L. et al. Eficácia do treinamento cognitivo associado ao exercício físico em indivíduos com doença de Alzheimer: uma metanálise. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, p. e15791211022-e15791211022, 2020.
- SÁ, C.D.C. et al. Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, p. 153-160, 2019.
- SOARES, C. et al. O exercício físico e cognitivo impedem déficits de memória em modelo de doença de alzheimer. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 10, n. 2, 2018.

PALAVRAS-CHAVE: Cognição, Doença de Alzheimer, Envelhecimento, Exercício