



# **ALZHEIMER E SUA INCIDENCIA NA REGIÃO SUDOESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**ROSA, Luiz Fernando**

**UBALDO, José Antônio Santos**

**BRUNO, Carolina Oliveira**

**SILVA, Jorgina Neta de Souza Amaral**

Acadêmicos do curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva

**SAVIAN, Nathalia Ulices**

Mestre docente da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva

## **RESUMO**

Atualmente com o envelhecimento populacional existe um aumento do número de pessoas portadoras da Doença de Alzheimer, doença considerada como o tipo de demência mais comum na população idosa. A Doença de Alzheimer é dividida em três fases, que são classificadas de acordo com o grau de demência e de alterações que o indivíduo apresenta. A fisioterapia atua tanto na prevenção quanto no tratamento de alterações motoras, que visam promover o aumento da qualidade de vida. Diante do exposto esse trabalho teve como objetivo mostrar alguns casos na Região Sudoeste do Estado de São Paulo através de uma revisão da literatura agrupando conhecimentos científicos sobre a patologia, ressaltar também sobre o tratamento fisioterapêutico nela empregado. Desta forma concluiu-se que o tratamento fisioterapêutico colabora com ações para o retardo da progressão da doença e para o aumento na independência funcional e na melhora na qualidade de vida do portador.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer. Fisioterapia.

## **ABSTRACT**

Currently the aging population there is an increasing number of people with Alzheimer's disease, a disease considered to be the most common type of dementia in the elderly population. Alzheimer's disease is divided into three phases, which are classified according to the degree of dementia and changes that individual features. Physical therapy serves both the prevention and the treatment of motor disorders, to promote increased quality of life. Given the above, this study aimed to show some cases in the Southwest Region of the State of São Paulo through a literature grouping scientific knowledge about the disease, also emphasize on physical therapy on her employee. Thus, it was concluded that physiotherapy cooperates with actions to delay disease progression and to increase the functional independence and improvement in quality of life of the wearer.

**Keywords:** Alzheimer's disease. Physiotherapy.

**FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E AGRÁRIAS DE ITAPEVA – FAIT**  
Rodovia Francisco Alves Negrão, km 285 – Bairro Pilão D'Água  
Itapeva – SP – Brasil CEP 18412-000



## 1. INTRODUÇÃO

Em Tübingen, 1906, o médico Alois Alzheimer, no trigésimo sétimo Congresso do Sudoeste Alemão de Psiquiatria, divulgou o caso de sua paciente, Sra. Auguste D, 50 anos, mostrava um tipo de demência, com progressiva perda cognitiva, foi observada pela necropsia a presença de placas e emaranhados neurofibrilares e algumas alterações ateroscleróticas, posteriormente este quadro foi denominado Doença de Alzheimer (DOMINGUES; SANTOS; QUINTAS, 2009)

Estima-se que até 2025 tenham cerca de 34 milhões de casos de DA no mundo (DOMINGUES; SANTOS; QUINTAS, 2009). O envelhecimento populacional mundial aponta maior incidência de doença crônica degenerativa que causam demência, entre elas, esta a doença de Alzheimer que ganha destaque por ser a causa mais comum de demências em idosos, 50% a 60% de todas as pessoas com demência têm a DA (PAVARINI *et al.*, 2008).

DA é uma doença degenerativa progressiva e irreversível que acomete inicialmente a formação hipocampal, posteriormente compromete as áreas corticais associativas e relativa preservação dos córtices primários, o quadro clínico da DA é caracterizado por alterações cognitivas e comportamentais, o funcionamento motor e sensorial é preservado até o estágio mais avançadas da doença (ZANINI; 2010).

Comprometimento da memória é o primeiro sintoma na DA, especialmente para fatos recentes (memória episódica), e desorientação espacial, aspectos cognitivos em boa parte dependentes da formação hipocampal, os sintomas se instalam insidiosamente, com piora lenta e progressiva, embora momentos de relativa estabilidade clínica possam acontecer (HERNANDEZ *et al.*, 2010).

Na evolução do quadro clínico, ocorrem distúrbios da memória semântica, dificuldade de nomeação e de elaboração de linguagem e déficits de atenção, surgem alterações de linguagem (anomia), distúrbios de planejamento (funções executivas) e de habilidades visuoespaciais, rigidez,

**FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E AGRÁRIAS DE ITAPEVA – FAIT**

Rodovia Francisco Alves Negrão, km 285 – Bairro Pilão D'Água

Itapeva – SP – Brasil CEP 18412-000



hipertonia, mioclonias, ataxias, convulsões e disartrias são sintomas tardios (HERNANDEZ *et al.*, 2010).

No córtex o acometimento causa atrofia que resulta em uma falha intelectual e pode ser diagnosticada por perda de memória e em casos mais avançados a incapacidade total do indivíduo (QIU *et al.*, 2007).

Nos pacientes com Alzheimer a perda de memória causa um desconforto na fase inicial e intermediária já na fase adiantada eles não mais apresentam condições de perceber-se doentes por falha da auto crítica. Não se trata como uma falha de memória, e sim como uma incapacidade progressiva no trabalho, no convívio social devido a dificuldade de reconhecer pessoas próximas, objetos ou de realizar tarefas simples como vestir roupas ou realizar sua higiene pessoal (HERNANDEZ *et al.*, 2010).

Ainda não foi descoberta a causa da DA, entretanto, evidências indicam causa multifatorial, considerando a genética e fatores ambientais (DOMINGUES; SANTOS; QUINTAS, 2009).

A doença se subdivide em três estágios: fase 1 (inicial) fase 2 (intermediária) e fase 3 (avançada) acredita-se que a cada ano a doença tem uma piora do quadro de aproximadamente 5 a 15% da cognição, o que em média faz com que num período aproximado de oito anos a doença saia do estágio inicial ao estágio final (DOMINGUES; SANTOS; QUINTAS 2009).

A doença de Alzheimer traz ao indivíduo acometido uma quantidade de efeitos decorrentes da doença que vão desde o psicológico até o nível motor, o enfoque é o sistema motor, que quando estimulado traz melhora na qualidade de vida. (BASTOS *et al.*, 2003).

A conduta fisioterapêutica é realizada de acordo com a fase da doença em que o paciente se encontra e as alterações que ele apresenta. Se o paciente apresenta problemas de postura o fisioterapeuta trabalhará com alongamentos de grupos musculares encurtados, agora se o problema for equilíbrio ele atuará com exercícios para devolver esta condição (BASTOS *et al.*, 2003).



Dentre os objetivos gerais da fisioterapia (OLIVEIRA *et al.*, 2005) destaca: a diminuição da progressão e dos efeitos dos sintomas da doença; manter as capacidades cardiorrespiratórias do paciente; diminuir ou evitar deformidades e complicações; devolver ou manter a amplitude de movimento; evitar fraqueza muscular e atrofia por desuso; orientação sobre postura; recuperar ou manter a independência funcional para as atividades diárias.

## 2. MATERIAIS E METODOS

Trata-se de um estudo de caráter exploratório descritivo, com coleta de informações nos sites [datasus.gov.br](http://datasus.gov.br), [scielo](http://scielo.org) e [google acadêmico](http://google.acadêmico) sobre a Doença de Alzheimer, e sua incidência na região Sudoeste /SP em um período pré-determinado.

## 3. ANÁLISE DE DADOS

Coleta de dados do site:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisp.def>

Dados referentes ao número de casos de internação da Doença de Alzheimer na região sudoeste do Estado de São Paulo.

Período: Janeiro 2008 a Julho 2015 Total de: 88 meses

Meses/cidades	ITAPEVA	ITAPETININGA	ITARARÉ	TOTAL
FEV. / 2011	01(M)			01
MAR./2011		01 (F)		01
JUL. / 2011		01 (F)		01



<b>MAIO./ 2012</b>		<b>01 (M)</b>		<b>01</b>
<b>JUN./2012</b>	<b>01 (M)</b>			<b>01</b>
<b>SET. 2013</b>	<b>01 (F)</b>			<b>01</b>
<b>OUT./2013</b>	<b>01 (M)</b>	<b>01 (M)</b>		<b>02</b>
<b>NOV./2013</b>		<b>01 (M)</b>		<b>01</b>
<b>FEV./2014</b>		<b>01 (F)</b>		<b>01</b>
<b>NOV./2014</b>			<b>01 (F)</b>	<b>01</b>
<b>TOTAL</b>	<b>04</b>	<b>06</b>	<b>01</b>	<b>11</b>

MASCULINO – (M)= 06    FEMININO – (F)= 0

#### 4. RESULTADO

A análise dos dados pesquisados mostra uma incidência de 11 casos da Doença de Alzheimer na região Sudoeste/SP, num período de 88 meses. Isto significando uma porcentagem de 0,5% do total de casos registrados em todo o Estado de São Paulo, que apresentou 2215 números de casos no mesmo período da pesquisa apresentada. Observou-se que a região teve como característica uma prevalência pouco maior de casos masculinos, mesmo a doença tendo como característica maior incidência de casos do sexo feminino.

#### 5. DISCUSSÃO

A doença de Alzheimer (DA) constitui um problema de saúde pública principalmente, em decorrência do envelhecimento populacional (APRAHAMIAN et al,2009), é a terceira doença terminal mais comum, depois

**FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E AGRÁRIAS DE ITAPEVA – FAIT**

Rodovia Francisco Alves Negrão, km 285 – Bairro Pilão D'Água

Itapeva – SP – Brasil CEP 18412-000



da doença cardíaca e do câncer em nações desenvolvidas (AIMMINGS, MENDEZ, 2005).

No Brasil, são poucos os estudos sobre morbimortalidade por doença de Alzheimer, a maioria aborda as demências em geral ou se restringem a pequeno tamanho de amostra, geralmente em unidades hospitalares, instituições asilares ou grupos socioeconomicamente diferenciados. (FAGUNDES *et al.*, 2011).

Sabe-se, que a DA representa a causa mais comum de síndrome demencial sendo consenso na literatura que é responsável por 50 a 60% dos casos de demência na população idosa (GRATÃO, 2006), seguida pela isquemia cerebrovascular, que causa demência vascular (NITRINI *et al.*, 2005), ambas fazendo parte do grupo de demências não reversíveis.

Após 65 anos, a prevalência da doença dobra a cada década de vida, a maior incidência esta relacionada a indivíduos com mais de 85 anos, e a maior prevalência é em mulheres. (CLARK, GOATE, 1993)

No Brasil estima-se que 6% da população acima de 60 anos tenham a Doença de Alzheimer. Na região de Itapeva, o numero de casos de internações de pacientes com DA é baixo, contudo o processo de intervenção da fisioterapia se faz necessário para evitar os agravos da doença.

Bastos *et al* (2003) destaca que antes do tratamento fisioterapêutico, deve-se realizar a avaliação do paciente, e que no exame físico trate como essencial o conhecimento do grau de incapacidade que se impõe pelo quadro de demência.

Hernandez *et al.*, 2010 afirma que após um programa de atividade física regular, incluindo atividades de alongamento, treinamento com pesos, circuitos, jogos pré-desportivos, sequências de dança, atividades lúdicas e relaxamento, pacientes com DA obtiveram benefícios quanto a manutenção das atividades cognitivas, melhor desempenho no equilíbrio e menor risco a quedas, entretanto pacientes com DA que não participaram do programa de atividade física apresentaram um maior declínio nas funções cognitivas, redução no



equilíbrio e aumento no risco de quedas, sendo assim a atividade física contribui no sentido de atenuar a taxa de declínio cognitivo e motor.

Diante da realidade do paciente que apresenta diminuição da capacidade que o indivíduo tem de cuidar de si mesmo, surge então a necessidade de um cuidador, que precisa estar bem consigo mesmo, aceitar a situação e o difícil trabalho que lhe é imposto. Ele necessita estar bem informado e conhecendo os sintomas da doença (MELO E DRIUSSO, 2006; BASTOS et al, 2003).

Esse cuidador familiar necessita de informações para saber como agir em situações difíceis, receber a supervisão de profissionais capacitados como, médicos, fisioterapeutas e enfermeiros (CALDEIRA e RIBEIRO, 2004).

Apesar do seu conhecido impacto sobre o doente, a família e o cuidador, a escassez de dados nacionais constitui uma lacuna no conhecimento do perfil epidemiológico da doença no país. (BARBOSA *et al.*, 2009).

## 6. CONCLUSÃO

Conforme pesquisa apresentado acima concluímos que o índice de casos da Doença de Alzheimer na região sudoeste é baixo comparado à outras regiões de centros maiores. Contudo o tratamento de fisioterapia se faz necessário porque promove benefícios como o aumento da capacidade de aprendizagem, fortalecimento muscular, coordenação motora, equilíbrio e reeducação postural, para uma melhora na qualidade de vida.



## 7. REFERENCIAS

BASTOS, C. C; GUIMARAES, L. S; SANTOS, M. Mal de Alzheimer: Uma Visão Fisioterapêutica. **Revista Lato & Sensu**, Belém, v. 4, p. 93-97, 2003.

CARVALHO, Kallynne Rodrigues de. O método Kabat no tratamento fisioterapêutico da doença de Alzheimer. **Revista Kairós**, São Paulo, 11(2), dez. 2008, pp. 181-195.

OLIVEIRA, S. G. WIBELINGER, Lia Mara. Doença de Alzheimer e Tratamento Fisioterápico. **Revista eletrônica-fisioweb-**, 2005.

NITRINI, Ricardo. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 63, n. 3a, set. 2005.

MELO, M.A; DRIUSSO.P. Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer.**Rev. Envelhecimento e Saúde**. São Paulo, v.12, n 4, p.11-18, 2006.

CALDEIRA, A.P. S; H.M. RIBEIRO. R.C.H. M O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arq. Ciência Saúde*, v. 11, n.2 p. 100-104, abr-jun. 2004.

GRATÃO ACM. Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado[Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP, p.89. 2006.

APRAHAMIAN I, MARTINELLI JE, YASSUDA MS. Doença de Alzheimer: Revisão da epidemiologia e diagnóstico. **RevBrasClin Med**. 7: 27-35, 2009.



AIMMINGS JL, MENDEZ, MF. Doença de Alzheimer e outros distúrbios dacognição. In: Cecil RL, Goodman L, Ausiello D. Tratado de Medicina Interna. 22ª edição. São Paulo: Editora Elsevier, p. 2636. 2005.

CLARK RF, GOATE AM, molécula geneticsof Alzheimer disease. ArchNeurol1993; 50:164-72.

QIU C, DE RONCHID D, FRATIGLIONI L. The Epidemiologyofthedementias: anupdate.CurrOpinPsychiatry 2007; 20: 380-5

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisp.def>

FAGUNDES SD, SILVA MT, THEES MFRS, PEREIRA MG, PrevalenceofDementiaAmongElderlyBrazilians: A SistematicReview: São Paulo Med J 2011; 129: 46 – 50.

PINTO MF; BARBOSA DA; FERRETI CEL; SOUZA LF; FRAM DS; BELASCO AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer.Acta Paul enferm 2009; 22: 652- 7.

HERNANDEZ., S. S. S; COELHO., F. G. M; GOBBI., S; STELLA., F Efeitos de um programa de **atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer** Rev Bras Fisioter. 2010;14(1):68-74.

ZANINI.,S. R; **Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos** Rev Neurocienc 2010;18(2):220-226

PAVARINI., S. C. I; MELO., L. C; SILVA., V. M; ORLANDI., F. S; MENDIONDO., M. S. Z; FILIZOLA., C. L. A; BARHAM., E. J **Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares** Rev. Eletr. Enf. 2008;10(3):580-90.



DOMINGUES., M. A. R. C; SANTOS., C. F; QUINTANS., J.R **Doença de Alzheimer: o perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer** O Mundo da Saúde São Paulo: 2009;33(1):161-169.