

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS – UNIS/MG

FISIOTERAPIA

FÁBIO ROCHA ROZENDO

DEMÊNCIA NOS IDOSOS UMA REVISÃO DA LITERATURA

**Varginha – MG
2011**

Grupo Educacional UNIS

FEPESMIG

FABIO ROCHA ROZENDO

DEMÊNCIA NOS IDOSOS UMA REVISÃO DA LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG como pré-requisito para obtenção do grau em Fisioterapia sob orientação da Prof. Esp. Alessandra Mendonça Monteiro.

**Varginha – MG
2011**

FABIO ROCHA ROZENDO

DEMÊNCIA NOS IDOSOS UMA REVISÃO DA LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG como pré-requisito para obtenção do grau em Fisioterapia pela Banca Examinadora composta pelos membros: Esp. Alessandra Mendonça Monteiro, Ms. Vanessa Lira Leite e Ingrid Corcheti de Souza.

Aprovado em: / /



Prof(a). Esp. Alessandra Mendonça Monteiro (Orientadora)



Prof(a). Ms. Ingrid Corcheti de Souza



Prof(a). Ms. Vanessa Lira Leite

OBS.:

Dedico este trabalho a minha família que me apoiou em todos os momentos ao longo de todo o curso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar e aos meus professores, em especial a Prof(a) Alessandra Mendonça Monteiro e para meu pai que muito colaborou pra que eu pudesse realizar este trabalho.

“Tentar e falhar é, pelo menos aprender. Não chegar a tentar é sofrer a inestimável perda do que poderia ter sido.”

Geraldo Eustáquio

RESUMO

A população idosa vem aumentando em todo o mundo, em especial nos países em desenvolvimento. Espera-se que, em 2025, o Brasil venha a ser o 6º país do mundo em maior número de idosos. Os transtornos mentais sofrem influência desta mudança populacional. A demência é um grupo de sintomas que pode ocorrer em certas doenças ou condições físicas, é considerada uma síndrome e não uma doença e caracteriza-se por alterações cognitivas persistentemente observadas em decorrências de uma patologia. A mais comum delas é a doença de Alzheimer. Este trabalho traz contribuições que buscam entender o processo de envelhecimento e o impacto por este causado em seu desenvolvimento tendo como foco a temática Demência, objetivando enfocar a atuação do fisioterapeuta junto aos portadores de Demência que apresentam perdas cognitivas, motoras, psicológicas, sociais e comportamentais. Para a realização deste trabalho foram feitas pesquisas em bancos de dados no acervo da biblioteca “Monsenhor Domingos Prado da Fonseca” e em sites de busca como Scielo e Bireme, com levantamento da literatura sobre a Demência e também sobre a atuação do fisioterapeuta para esse público. Através deste estudo foi possível concluir que a atuação do fisioterapeuta na equipe de reabilitação geriátrica traz grandes benefícios aos idosos tornando-se essencial para o tratamento da Demência, buscando através da realização da atividade a manutenção das habilidades presentes e diminuição dos declínios causados pela doença.

Palavras-chave: Fisioterapia, Demência, Envelhecimento, Idoso.

ABSTRACT

The aged population comes increasing in the every world, in special in the developing countries. One expects that, in 2025, Brazil comes to be 6° country of the world in bigger number of aged. The mental upheavals suffer influence from this population change. Dementia is a group of symptoms that can occur in certain diseases or physical conditions, is considered a syndrome rather than a disease and is characterized by cognitive changes consistently observed as a result of a condition. The most common is Alzheimer's disease. This work brings contributions that they search to understand the process of aging and the impact for these caused in its development having as objective the Dementia. It has as objective to focus the performance of the physiotherapist with the others carriers of Dementia, that they present cognitive, motor, psychological, social and manning losses, showing the benefits that it can provide to these patients. For the accomplishment of this work research in data bases in the quantity of the library "Monsenhor Domingos Prado da Fonseca" and laboratory of computer science had been made of Centro Universitário do Sul de Minas UNIS-MG, with research of literature on the Dementia and also on the performance of the physiotherapist for this public. Through this study it was possible to conclude that the performance of the physiotherapist in the team of geriatric whitewashing brings great aged benefits to becoming the essential one for the treatment of the Dementia. searching through the accomplishment of the activity the preservation of the abilities gifts and reduction of the delays caused for the illness.

Keywords: *Physical Therapy, Dementia, Aging, Elderly*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 ENVELHECIMENTO.....	12
3 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	13
4 DEMÊNCIA.....	14
5 TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS DA DEMÊNCIA.....	15
6 SINTOMAS COMPORTAMENTAIS E PSICOLÓGICOS DA DEMÊNCIA.....	16
7 TIPOS DE DEMÊNCIA.....	16
7.1 Demência de corpos de Lewy.....	16
7.2 Doença de Alzheimer.....	17
7.3 Demência vascular.....	19
7.4 Demência mista.....	19
7.5 Demência do lobo frontal.....	19
7.6 Demência relacionada com medicamentos.....	20
8 FISIOTERAPIA.....	20
9 CONCLUSÃO.....	23
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	24

1- INTRODUÇÃO

O envelhecimento revela mudanças nos indivíduos e no ambiente que o cerca. Fala-se corretamente do envelhecimento como se tratando de um estado tendencialmente classificado de “terceira idade, ou ainda quarta idade. No entanto o envelhecimento não é um estado, é um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele compreende todos os seres vivos e seu termo natural é a morte do organismo (FONTAINE, 2000 apud CANCELA, 2007).

Apesar de o envelhecimento ser uma coisa comum a todos os seres vivos, é de se surpreender que hoje ainda existam tantos pontos obscuros quanto à dinâmica e à natureza desse processo. Pode-se considerar o envelhecimento, como a fase de um contínuo que é a vida, iniciando com essa e terminando com a morte que é o fim da vida. Ao contrário do que acontece com outras fases do desenvolvimento, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico de seu início. Mas de qualquer maneira a demarcação entre a maturidade e o envelhecimento é arbitrariamente fixada, mais por fatores socioeconômicos do que biológicos. As manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, são caracterizadas por redução da capacidade funcional e redução da capacidade de trabalho da capacidade de suportar atividades entre outras, associam perdas dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas. Na grande maioria das pessoas essas alterações já são percebidas no fim da terceira década de vida, ou seja, muito antes da idade cronológica que demarca de maneira socialmente a velhice. É importante ressaltar que essas manifestações são facilmente observáveis quando o processo que as determina encontra-se em toda sua plenitude (FREITAS, 2002).

O envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida que a pessoa leva desde a infância ou adolescência. Nosso organismo envelhece como um todo, enquanto que os seus órgãos, células, tecidos e outras estruturas envelhecem de maneira diferente (CANCELA, 2007).

Segundo Jacob Filho (1998) existe dois conceitos que definem o processo do envelhecimento: a senescência e a senilidade. A senescência é caracterizada pelo período em que ocorre gradativamente um declínio físico e mental, trata-se de um processo natural do ciclo da vida. Já a senilidade refere-se à fase em que o declínio físico é mais acentuado e acompanhado de desorganização mental, enquadrasse num processo patológico (apud SILVA, 2007).

A população idosa vem aumentando em todo o mundo, em especial nos países em desenvolvimento. Espera-se que, em 2025, o Brasil venha a ser o 6º país do mundo em maior número de idosos. Os transtornos mentais sofrem influência desta mudança populacional (LOPES e BOTTINO, 2002).

Dentre as doenças que afetam os idosos, a demência merece uma atenção especial, uma vez que interfere na capacidade funcional dos idosos. Estimativas apontam que o número de casos de demência na América Latina deverá aumentar 393% até 2040. O problema afeta cerca de um milhão de pessoas no Brasil. O aumento do número de casos de demência irá produzir elevados custos socioeconômicos, o que gera preocupação para as instituições (FERNANDES, 2010).

“A demência geralmente é uma doença crônica tipicamente progressiva e irreversível e que está associada a uma variedade de transtornos mentais e comportamentais” (REICHEL, 2001, p. 165).

As alterações da memória e de outras funções cognitivas são características de várias doenças como, por exemplo, a de Alzheimer e geralmente procedem as alterações motoras que acontecem em estágios mais avançados de uma doença específica. Tal raciocínio nos leva a perceber que antes mesmo dos déficits motores os déficits cognitivos podem ser responsáveis pelo declínio da mobilidade e pela inatividade dos pacientes (FREITAS, 2002).

Como dito por Freitas (2002) os múltiplos aspectos que caracterizam o envelhecimento chamam para a necessidade de propiciar a pessoa idosa atenção abrangente a saúde, buscando com isso não só o controle de doenças, mas principalmente o bem estar psíquico e social, ou seja, a melhora da qualidade de vida. Para atender a essa diretriz é importante a participação de outros profissionais da saúde, além do médico.

A fisioterapia pode contribuir de várias formas para o tratamento de pacientes demenciados, como dito por Ferrari (2001), deve-se ter como objetivo a promoção de um bem-estar físico, a manutenção dos movimentos articulares, atividades que trabalhem equilíbrio, força e promovam a fadiga saudável. Em meio a estimulação cognitiva, deve-se também buscar atividades que trabalhem sequência de pensamentos, atenção, escolhas e que estimulem a verbalização. Desse modo podem ser usadas atividades que estimulem o raciocínio como jogos de letras, números e jogos adaptados. Pode-se utilizar de atividades

para estimulação física, exercícios de relaxamento, atividades com uso de bolas que podem ser chutadas ou arremessadas, entre outras (ROCHA, 2006).

Através deste estudo, espera-se contribuir na atualização de conhecimentos para as áreas de fisioterapia gerontológica, levantando a temática para reflexão dos profissionais que lidam com esta população, na busca, tão necessária, da construção de um modelo de atenção adequado aos idosos portadores de demência.

A metodologia utilizada para a construção deste trabalho foi uma pesquisa bibliográfica em bancos de dados no acervo da biblioteca “Monsenhor Domingos Prado da Fonseca do Centro Universitário do Sul de Minas (UNIS-MG), através de artigos encontrados em sites de pesquisa como Bireme, Scielo entre outros, todos voltados à demência e a atuação do fisioterapeuta com esses pacientes.

2- ENVELHECIMENTO

“Para além do nascimento e da morte, uma das certezas da vida é que todas as pessoas envelhecem. No entanto, a manifestação do fenómeno de envelhecimento ao longo da vida é variável entre os indivíduos da mesma espécie e entre indivíduos de espécies diferentes. Esta constatação deu origem ao desenvolvimento de inúmeras definições de envelhecimento biológico que, apesar de divergirem na orientação teórica subjacente, comungam a noção de perda de funcionalidade progressiva com a idade, com o consequente aumento da susceptibilidade e incidência de doenças, aumentando a probabilidade de morte” (MOTA, 2004, pag. 82).

De acordo com os autores Carvalho Filho e Papaléo (1994) apud ROCHA(2006), o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maiores incidências dos processos patológicos, que terminam por levá-lo a morte.

À medida que o país vai envelhecendo e as pessoas vão durando mais tempo, é preciso reconhecer que o envelhecimento é um tempo de maior fragilização, propiciando alguns declínios de funções corporais, podendo ocasionar o aparecimento de doenças (VERDERI, 2004 apud ROCHA, 2006).

Existem dois conceitos que definem o envelhecimento: a senescência e a senilidade. A senescência caracteriza-se pelo período em que ocorre gradualmente um deterioramento físico e mental, trata-se de um processo natural do ciclo vital. Já a senilidade refere-se à fase em que o declínio físico é mais acentuado e acompanhado de desorganização mental, enquadra-se num processo patológico (JACOB, 1998 apud SILVA, 2007).

3- EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O processo rápido de envelhecimento da população brasileira vem sendo ultimamente enfatizado, particularmente no que se refere a suas implicações sociais e em termos de saúde pública (COELHO FILHO, RAMOS, 1999).

Os idosos, particularmente os mais velhos, constituem o segmento que mais cresce na população brasileira. Entre 1991 e 2000, o número de habitantes com 60-69, 70-79 e 80+ anos de idade cresceu duas a quatro vezes mais (28, 42 e 62%, respectivamente) do que o resto da população brasileira (14%). Uma das conseqüências do crescimento da população idosa é o aumento da demanda por serviços médicos e sociais (COSTA, BARRETO, 2003).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (VERAS, 2003).

Quando se fala sobre as doenças presentes na terceira idade, é importante lembrar a parcela que cabe aos transtornos mentais. Em 1997, internações psiquiátricas na faixa etária de 60 anos ou mais apareciam entre as dez primeiras causas de internação para o sexo masculino, mas não para o feminino (GARRIDO, 2011).

Garrido (2011) ainda afirma que apesar de o número da população idosa estar crescendo podemos entender que vivemos mais, e este sempre foi o intuito do ser humano. O trabalho nesse momento reside no fato de como obter melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais. Pesquisas têm sido feitas no sentido de esclarecer os fatores que contribuem para o chamado “envelhecimento bem-sucedido”. Este seria uma “condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário”.

4- DEMÊNCIA

É sabido que a demência em outrora era considerada como um transtorno permanente, irreversível e progressivo. Hoje em dia sabe-se que a demência diante de muitos casos não se relaciona como uma patologia irreversível do sistema nervoso central, mais sim como um transtorno cognitivo que pode ser tratado (GUCCIONE, 2002.).

Dentre os critérios clínicos mais utilizados para o diagnóstico da demência, incluem o comprometimento da memória e, ao menos, outro distúrbio como apraxia, agnosia e afasia. Tal declínio interfere nas atividades da vida diária e, portanto, na autonomia do indivíduo (ABREU, 2005).

Segundo Guccione (2002) a demência é considerada uma síndrome e não uma doença. Ela se caracteriza por alterações cognitivas persistentemente observadas em decorrências de uma patologia. O que mais chama a atenção na demência é o comprometimento da memória de longo e curto prazo, que está ligado a uma regressão do raciocínio abstrato, no julgamento e outros distúrbios. Esses fatores devem ser suficientemente graves para interferir de modo significativo com o trabalho, as atividades sociais ou o relacionamento com outras pessoas. A memória é a característica mais clássica com a capacidade de aprender novas tarefas mostrando maior declínio que a lembrança de temas remotos. A desorientação do indivíduo no começo pode passar despercebida, pois ele tentará compensar essa perda. O raciocínio desorganizado torna-se aparente com a incapacidade da pessoa de seguir as orientações.

Como lembra Guccione (2002), fazer um diagnóstico exato desta síndrome requer que aquele profissional que lida com esse tipo de situação compreenda o processo normal das alterações cognitivas que acompanham o envelhecimento normal. Infelizmente a avaliação clínica da função cognitiva nem sempre é possível, pois é preciso dar estímulos ao idoso para que ele nos mostre seu comportamento para ser avaliado e para isso seria necessário um ambiente familiar que nem sempre está disponível.

A demência é um grupo de sintomas que pode ocorrer em certas doenças ou condições físicas. A mais comum delas é a doença de Alzheimer, mas também estão incluídas as doenças infecciosas, os déficits congênitos, o traumatismo craniano, a esclerose múltipla e distúrbios endócrinos (COHEN, 2001).

Segundo Guccione (2002, p. 145) “Estimativas mostram que 10% a 30% daqueles que apresentam com demência podem ser tratados para correção de uma condição metabólica ou estrutural, resultando, também, na restauração da função intelectual”.

5- TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS DA DEMÊNCIA

Os transtornos comportamentais na demência possuem considerável importância. Esses transtornos aumentam a morbidade do paciente com demência ao acrescentar maior sofrimento mental e posterior comprometimento do seu estado funcional. Além disso, esses fatores afetam adversamente aqueles em torno do paciente, em especial seus cuidadores. Eles dificultam o tratamento e dão complexidade a assistência e aumentam o tempo necessário para o seu desempenho. Os transtornos comportamentais da demência estão diretamente associados a depressão, ao comprometimento funcional e ao esgotamento dos cuidadores e também associados a uma maior probabilidade de internação em uma casa geriátrica para um paciente com demência. Depressão, ansiedade, medo, delírios e apatias são exemplos de transtornos mentais. Da mesma forma, agressão, episódios explosivos, fugas, chamamentos constantes e assédio sexual inadequado são todos comportamentos que os pacientes com quadros demenciais podem apresentar (REICHEL, 2001).

Os sintomas comportamentais estão entre as principais causas de sobrecarga do cuidador do paciente com demência, relacionando-se a maiores níveis de estresse nestes cuidadores (FONSECA, 2008).

Embora em certos casos os transtornos comportamentais na demência estejam associados à lesão cerebral produzida pela doença demencial, esta relação não está nem completamente provada nem é a única causa do transtorno comportamental. Os pacientes demenciados, pela sua natureza e condição, são vulneráveis a fatores tensiogênicos e com frequência respondem a esses fatores com transtorno comportamental. Portanto, os transtornos comportamentais na demência não são uma entidade única, não possuem uma única causa e com toda probabilidade são influenciados por toda uma série de variáveis com efeitos sinérgicos (REICHEL, 2001).

6- SINTOMAS COMPORTAMENTAIS E PSICOLÓGICOS DA DEMÊNCIA

Os sintomas comportamentais e psicológicos da Demência (SPCD), também chamados de aspectos não cognitivos da Demência ou sintomas neuropsiquiátricos, constituem uma complicação grave e comum da Demência. Estes sintomas constituem uma entidade psicopatológica distinta de outros transtornos psiquiátricos de terceira idade e podem ser identificados em diferentes tipos de Demência. A sua classificação tem sido tipicamente fenomenológica, baseando-se em uma descrição do estado mental e de comportamentos anormais. Os quadros clínicos resultantes variam desde sintomas psicóticos (delírios e alucinações), sintomas depressivos, a uma série de outros comportamentos como agitação, agressão e desinibição. Dentro deste amplo aspecto de sintomas, os mais importantes são agressão, delírios, dificuldade de reconhecimento, agitação, vagar sem rumo, insônia e alucinações (TATSCH, 2005).

7- TIPOS DE DEMÊNCIA

Dentro do diagnóstico das síndromes demenciais a Doença de Alzheimer aparece como primeira causa de demência em diversos estudos, correspondendo de 50-70% dos casos. A demência vascular (DV) é a segunda forma de demência mais comum, configurando-se em aproximadamente 20% dos casos (CARAMELLI, BARBOSA, 2011).

7.1 Demência de corpos de Lewy

Envolve insidioso prejuízo de função, com manifestações de Parkinson, alucinações visuais, habilidades cognitivas flutuantes e aumento no risco de quedas. Pode haver demência associada a doenças sistêmicas, tais como AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida), doenças de Parkinson, Huntington, Pick e Creutzfeldt-Jakob e quadros endócrinos, nutricionais, infecciosos, neurológicos, hepáticos e renais (ROCHA, 2006).

7.2 Doença de Alzheimer

É a mais comum e comentada das demências, caracterizando-se por perda insidiosa, lenta e progressiva de memória que abrange áreas de fala, motricidade, comportamento e de função operativa. Chega-se ao diagnóstico após exclusão de outras causas, mediante investigação clínico-laboratoria (WANNMACHER, 2005).

Segundo Cotran et al (1991) a doença de Alzheimer (Doença degenerativa do córtex cerebral) é uma anomalia que geralmente se manifesta clinicamente sob a forma de comprometimento das funções intelectuais mais elevadas e através de distúrbios do afeto. Enquanto Bear et al (2002) afirmam que a doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se pela desestruturação do cito esqueleto dos neurônios do córtex cerebral, uma região encefálica fundamental para as funções cognitivas.

A doença de Alzheimer é um distúrbio do SNC, que foi citado pela primeira vez por Alois Alzheimer, que foi um neurologista alemão, em 1906. Essa doença afeta o funcionamento cognitivo e leva a um declínio das habilidades funcionais sociais. A sua causa permanece obscura, mas as alterações químicas e físicas da estrutura cerebral que ocasionam os déficits cognitivos na doença de Alzheimer são hoje bem conhecidas (COHEN, 2001).

Na doença de Alzheimer, o comprometimento cognitivo é responsável pela perda de autonomia e capacidade decisória (FLASHMAN, 2002 apud DOURADO, et al 2006).

Há três fases da demência do tipo Alzheimer: fase inicial, fase intermediária e fase final. A fase inicial caracteriza-se por alterações de memória, visual espacial e linguagem, durando, em média, dois a quatro anos. A intermediária se caracteriza pelo agravamento dos sintomas intelectuais, surgimento de alterações do comportamento, necessidades de assistência para as atividades de vida diária e, gradativamente, se revela o quadro afásico-agnóstico-aprático, que dura cerca de três a cinco anos. Já na fase final, que dura, em média, de um a três anos, o paciente não reconhece os familiares, como também não se reconhece no espelho. É incapaz de andar, apresenta incontinência urinária, comunica-se por meio de grunhidos ou gestos, caracterizando o mutismo. É incapaz de sorrir, perde peso mesmo com dieta adequada, corre risco, aumentado pela imobilidade, de desenvolver pneumonia, desnutrição e úlceras de pressão (SAVONOTTI, 2000 apud SÁ, et al 2006).

Como dito por Sá (2006) as principais características encontradas em pacientes com Alzheimer são: Perda de memória que pode ter consequência na vida diária, de muitas maneiras, conduzindo a problemas de comunicação, riscos de segurança e problemas de comportamento. Memória episódica que é a memória que as pessoas têm de episódios da sua vida, passando do mais mundano ao mais pessoalmente significativo. Memória semântica esta categoria abrange a memória do significado das palavras, como por exemplo, uma flor ou um cão. A Memória de procedimento esta é a memória de como conduzir os nossos atos quer física como mentalmente, por exemplo, como usar uma faca e um garfo, ou jogar xadrez. Apraxia que é o termo usado para descrever a incapacidade para efetuar movimentos voluntários e propositados, apesar do fato da força muscular, da sensibilidade e da coordenação estar intactas. Afasia que também é um termo utilizado para descrever a dificuldade ou perda de capacidade para falar, ou compreender a linguagem falada, escrita ou gestual, em resultado de uma lesão do respectivo centro nervoso. Agnosia que é o termo utilizado para descrever a perda de capacidade para reconhecer o que são os objetos, e para que servem. As pessoas com doença de Alzheimer têm dificuldades na emissão e na compreensão da linguagem, o que, por sua vez, leva a outros problemas. Mudança de personalidade é quando uma pessoa que tenha sido sempre calma, educada e afável pode comportar-se de uma forma agressiva e doentia. São comuns as mudanças bruscas e frequentes de humor. Mudanças físicas são observadas, a perda de peso pode ocorrer, redução de massa muscular, escaras de decúbito, infecções, pneumonia.

7.3 Demência vascular

É largamente aceito que as doenças cerebrovasculares possam ser responsáveis pelo desenvolvimento de quadros demenciais. As demências vasculares (DV) constituem a segunda maior causa de demência. Entretanto ainda não há consenso sobre os mecanismos fisiopatológicos exatos que levam à demência (GALLUCCI NETO, 2005).

7.4 Demência mista

A demência mista é entidade nosológica caracterizada pela ocorrência simultânea de eventos característicos de DA e DV. De acordo com estudos patológicos, estima-se que mais de um terço dos pacientes com DA apresentem também lesões vasculares, e proporção similar de pacientes com DV exibam alterações patológicas características de DA (KALARIA e BALLARD, 1999 apud GALLUCCI NETO, 2005).

Decorre de oclusão arterial cerebral, afetando funções operativas, com ou sem déficits motores e de linguagem, e tendo início mais súbito e progressão mais escalonada que os de DA (WANNMACHER, 2005).

7.5 Demência do lobo frontal

É considerada uma causa comum, caracterizada por uma associação de grandes mudanças na personalidade e no comportamento, sendo padrões sexuais desinibidos e incontinência de esfíncter em locais impróprios. A doença de Pick é um exemplo, se iniciando com alterações de humor e comportamento como: agitação, humor expansivo, desinibição e hipersexualidade podem estar presentes em sua manifestação podendo ser alterações cognitivas como os distúrbios de atenção e memória (LEVY; MENDONÇA, 1994 apud ROCHA, 2006).

7.6 Demência relacionada com medicamentos

Existem medicamentos que podem causar alterações nos níveis cognitivos, podendo ser estes inclusive mudanças crônicas. Pois muitas vezes são causadas por agentes sedativos. Pessoas idosas estão mais vulneráveis a estes efeitos colaterais. Pois, as mudanças relacionadas à idade e o acúmulo de gordura corporal, a diminuição do metabolismo e de excretar essas drogas podem ocasionar sérios danos ao Sistema Nervoso Central (DALY, 2004).

8- FISIOTERAPIA

Desde a sua origem, a fisioterapia tem um caráter essencialmente curativo e reabilitador. Em decorrência das guerras e do alto índice de acidentes de trabalho, gerou-se grande número de óbitos e mutilados, em sua maioria de homens em idade produtiva, desencadeando uma baixa na força de trabalho. Essa situação fez surgir a necessidade de reinserir indivíduos lesionados e mutilados ao setor de produção. Daí surgiu os centros de reabilitação, com o intuito de devolver a capacidade física dos acidentados e mutilados, e quando não mais possível restaurar a capacidade física original, desenvolver a capacidade residual, adaptando-a para outra função (BISPO JUNIOR, 2011).

As profissões da saúde fazem parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas. Cada profissão possui especificidade de conhecimentos e prática. No caso do fisioterapeuta, ele deverá estar voltado à atenção integral ao usuário, não só do ponto de vista físico, como também social, ético e humano (SILVA, 2011).

Designa a habilitar o indivíduo comprometido funcionalmente, a novamente desempenhar suas atividades diárias (AVDs), da melhor maneira e pelo menor tempo possível, com mais autonomia. Os principais aspectos da assistência são preventivos, elaborados para manter o indivíduo mais ativo e independente possível. No maior grau que for possível, a atividade deve ser encorajada para manter a força, amplitude de movimento (ADM) e estado de alerta (OLIVEIRA, 2005).

Em relação às doenças que compõem o grupo neurologia, no que concerne à prevenção de agravos e promoção da saúde, o fisioterapeuta poderia contribuir para um estilo de vida saudável, favorecendo práticas constantes de cinesioterapia atividade física, ou seja, práticas de alongamento, fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e caminhadas (AVEIRO, 2011).

Segundo Oliveira (2005) as técnicas de fisioterapia serão as mesmas que usamos nas pessoas de terceira idade que não apresentam demência, mais a maneira de abordá-las é que exige uma habilidade especial. O paciente pode não parecer interessado em saber como a falta de flexibilidade articular, a fraqueza muscular entre outras alterações que poderão afeta-lo. O processo antecipado dos planos de terapêutica impede que o fisioterapeuta demonstre indecisão. O preparo de explicações claras e simples poderá dar melhores resultados. A instrução deverá ser repetida da mesma forma; o emprego das palavras diferentes poderá confundir o paciente. Não é aconselhável entrar em conversas desnecessárias, pois podem desnorteá-lo ainda mais. Lançar mão de gestos e sinais físicos para esclarecer e reforçar as instruções exigentes.

A reabilitação tem como objetivo, capacitar os doentes e as suas famílias a lidarem com as conseqüências que a doença de Alzheimer (DA) traz, não só para o doente, mas para todos que lidam com ele. Esta reabilitação propõe-se ensinar aos doentes e suas famílias estratégias compensatórias e organização de respostas, que poderão facilitar a qualidade de vida destes doentes (MELO, 2006).

A Reabilitação Gerontológica visa a preservação da função, adiamento da instalação de incapacidades, através de medidas preventivas tendo ainda como objetivo diminuir o comprometimento imposto por incapacidades, promovendo um modo de vida mais saudável e adaptando o indivíduo de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida (GUIMARÃES et al 2004).

A Fisioterapia atua na reabilitação do idoso e prioriza a realização de técnicas visando à manutenção, melhora ou restauração da sua capacidade funcional, bem como a monitorização dessa condição. Ainda, é função da Fisioterapia a adaptação de utensílios e espaços domésticos para que o idoso consiga desempenhar suas atividades de vida diária com a máxima independência (BERLEZI, 2011).

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 paciente. Como já foi descrito

anteriormente, 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 (MELO, 2006).

O processo de reabilitação também inclui a realização de modificações ambientais necessárias para segurança do paciente e de modo que esse possa viver em um ambiente o mais aberto possível. Quedas podem ser devido a riscos ambientais o mais (iluminação inadequada, pisos escorregadios, tapetes soltos, etc). Tais riscos devem ser evitados. Os ambientes devem manter uma apresentação familiar (não mudar a disposição da mobília desnecessariamente) e barras presas na parede e corrimãos devem ser instalados nos locais necessários (OLIVEIRA, 2005).

Como explica Freitas (2002), o tratamento fisioterápico dependerá das necessidades do paciente, mais a criatividade do fisioterapeuta na escolhas das atividades é muito importante. A cinesioterapia pode ser utilizada para manter ou melhorar a amplitude de movimento e a força muscular. Nas fases iniciais, um programa de alongamento, exercícios com peso e exercícios aeróbicos são necessários para prevenção de problemas osteomusculares e cardiovasculares. Um programa com exercícios respiratórios também é necessário para a manutenção da capacidade pulmonar. A orientação quanto ao tempo e espaço e a estimulação da memória e do raciocínio completam ao tratamento.

9- CONCLUSÃO

Através deste trabalho científico pode-se concluir que, a respeito da Demência na população idosa, observa-se prejuízos e limitações que esta pode causar nas funções cognitivas, podendo acarretar déficits como perda da memória, incapacidade de concentração, linguagem, julgamento, capacidade de decisão, apraxia, agnosia, afasia dentre outros declínios que vem afetar as funções normais da vida diária interferindo as habilidades do paciente em realizar suas atividades normais diárias.

Na fisioterapia, dentro da relação estabelecida entre paciente e fisioterapeuta é traçado as necessidades e possibilidades do paciente onde são estabelecidas um plano de tratamento centrado na independência, autonomia, organização e reestruturação de um dia a dia ativo.

O movimento é crucial para garantir a realização das necessidades básicas diárias envolvidas na manutenção da qualidade de vida. A atuação do fisioterapeuta na equipe de reabilitação geriátrica traz grandes benefícios aos idosos tornando-se essencial para o tratamento da Demência, buscando através da realização da atividade a manutenção das habilidades presentes e diminuição dos declínios causados pela doença. A manutenção da mobilidade do indivíduo constitui uma das mais efetivas ações contra complicações físicas, mentais e sociais. Propiciar a máxima independência funcional ao idoso, durante um maior tempo possível, é a meta da fisioterapia, contribuindo assim para uma maior qualidade de vida, possibilitando uma postura mais ativa frente à vida.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ABREU, Izabella Dutra de; FORLENZA, Orestes Vicente; BARROS, Hélio Lauer de. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 3, June 2005.

AVEIRO, Mariana Chaves et al . Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

BEAR et al. **Neurociências desvendando o Sistema Nervoso**. 2ed. São Paulo: Artmed, 2002.

BERLEZI, Evelise Moraes et al . Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, June 2011 .

BISPO JUNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

CANCELA, Diana, M, Gomes. **O processo de envelhecimento**. O portal dos psicólogos. Guanabara Koogan. 2007.

CARAMELLI, Paulo; BARBOSA, Maira Tonidandel. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, 2011.

COELHO FILHO, João Macedo; RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, Out. 1999.

COHEN, Helen. **Neurociência para fisioterapeutas**. Incluindo correlações clínicas. 2. Ed. Barueri – SP. Editora Manole LTDA, 2001

COSTA, Maria Fernanda Lima, BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Belo Horizonte – MG, V. 12, n. 4, out/dez de 2003.

COTRAN, R. et al. **Patologia Estrutural e Funcional**. 6 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1991.

DALY, M.P. IN: ALDEMAN, A.M; FIORAVANTI I. [Trad.] 20 problemas mais comuns em geriatria. Rio de Janeiro: **Ver. inter**, ano 2004. Pg 391. Cap. 12; Demências, pg. 220-240.

DOURADO, Marcia et al . Consciência da doença na demência. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 6, 2006 .

FERRARI, M. A. C. Aterapia ocupacional na reabilitação do portador de Alzheimer. **Revista O mundo da Saúde** - São Paulo, ano 25, v25, n4, out/dez – 2001. Pg. 425-429.

FERNANDES, Heloíse da Costa Lima et al . Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde?. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010.

FONSECA, Simone Rios et al . Perfil neuropsiquiátrico na doença de Alzheimer e na demência mista. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, 2008.

FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

GALLUCCI NETO, José; TAMELINI, Melissa Garcia; FORLENZA, Orestes Vicente. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 3, June 2005.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2011.

GUCCIONE, Andrew. De. **Fisioterapia Geriátrica**. 2ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan 2002.

GUIMARÃES, Laiz Helena de Castro Toledo, et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista Neurociências**. Lavras-MG, v.12 n. 3, JUL/SET, 2004.

LOPES, M.A. e BOTTINO, C.M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. **Arquivos de neuropsiquiatria**, 60(1):61- 69, 2002.

MELO, Marília Agua de. Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer. **Envelhecimento e Saúde**. São Paulo, 12(4) – 2006.

MOTA, M. Paula et al. Teorias biológicas do envelhecimento. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, 2004, vol. 4, nº 1 [81–110].

OLIVEIRA, Sheila Gemelli de. Doença de Alzheimer e tratamento fisioterápico. **Fisioweb wgate**. Passo Fundo – RS, 2005.

REICHEL, W. Assistência ao idoso. **Aspectos clínicos do envelhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ROCHA, Angélica Cristina. A Atuação da terapia ocupacional junto ao paciente com demência. **Centro Universitário Claretiano**. Batatais-SP, 2005.

SÁ, Selma Preta Chaves de, et al. Cuidando dos cuidadores de idosos com demência: Atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia- **Artigo EPIGG**. Uberlândia, V.5, 2005 - 2006.

SILVA, Eulália. M. Martins da. Enfermidades do Paciente Idoso. **Pesq. Bras. Odontoped Clin. Integrada**, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 83-88, jan./abr. 2007.

SILVA, Isabella Dantas da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

TATSCH, Mariana Franciosi. Sintomas psicológicos e comportamentais em pacientes com demência de amostra representativa da comunidade de São Paulo: prevalência, relação com gravidade da demência e com estresse do cuidador. **Faculdade de medicina da universidade de São Paulo**. São Paulo-SP 2005.

VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, June 2003.

WANNMACHER, Lenita. Demência: Evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos. **ISSN 1810-0791** vol. 2, N° 4. Brasília, março de 2005.