



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA – DEF**

AMANDA WALLENY MOTA ALVES

**EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO NA QUALIDADE DE
VIDA DE UMA IDOSA PORTADORA DE ALZHEIMER**

**CAMPINA GRANDE – PB
2016**

AMANDA WALLENY MOTA ALVES

**EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO NA QUALIDADE DE
VIDA DE UMA IDOSA PORTADORA DE ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, em formato de artigo, apresentado ao Curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento as exigências para obtenção do grau Licenciado em Educação Física.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Goretti da Cunha Lisboa

CAMPINA GRANDE – PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A474e Alves, Amanda Walleny Mota.
Efeitos de um programa de exercício físico na qualidade de vida de uma idosa portadora de Alzheimer [manuscrito] / Amanda Walleny Mota Alves. - 2016.
24 p.

Digitado.
Monografia (Graduação em Educação Física) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Maria Goretti da Cunha Lisboa, Departamento de Educação Física".

1. Alzheimer. 2. Atividade física. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde do idoso. I. Título.

21. ed. CDD 613.704 46

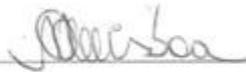
AMANDA WALLENY MOTA ALVES

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO NA QUALIDADE DE VIDA DE UMA IDOSA PORTADORA DE ALZHEIMER

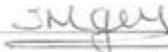
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, em formato de artigo, apresentado ao Curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento as exigências para obtenção do grau Licenciado em Educação Física.

Aprovado em: 19/05/2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Maria Goretti da Cunha Lisboa / UEPB
Orientadora



Prof.^a Dr.^a Jozilma de Medeiros Gonzaga / UEPB
Examinadora



Prof.^a Dr.^a Giselly Félix Coutinho / UEPB
Examinadora

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Material E Método	11
3. Resultados E Discussão	12
4. Considerações Finais.....	17
5. Referências.....	20

Dedico este trabalho somente a **Deus**.
A Ele toda honra e toda glória!

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, por estar comigo em todos os momentos, e por ter realizado esse meu sonho. Até aqui me ajudou o Senhor!

Ao meu pai Walber Alves da Silva, por ser meu maior exemplo, e por ter acreditado em mim, mais do que eu mesma.

À minha mãe Alessandra Mota Alves, mulher guerreira na qual me inspirei e tirei forças pra continuar. Obrigada pelos puxões de orelhas!

Ao meu irmão Asafe Victor Mota Alves, que mesmo com todas as nossas diferenças, espero ter sido um exemplo.

À minha orientadora Maria Goretti da Cunha Lisboa, por ter sido muito mais que uma professora, se tornou uma amiga. Por ter me acolhido durante essa caminhada, pela sua competência indiscutível e, principalmente por ter me apoiado na realização desse estudo.

As professoras Jozilma Gonzaga e Giselly Coutinho, por aceitarem o convite de fazer parte da banca examinadora deste estudo. Sou grata por toda contribuição dada ao longo da graduação.

À minha querida amiga Jessica Almeida, por toda ajuda e por todos os momentos. Sua amizade foi um presente que a Educação Física me deu!

Aos meus amigos e familiares, por sempre torcerem por mim e apoiarem os meus sonhos.

Aos meus colegas de classe, nunca me esquecerei dos momentos vividos nessa jornada maravilhosa.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram com a realização deste sonho.

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO NA QUALIDADE DE VIDA DE UMA IDOSA PORTADORA DE ALZHEIMER

Amanda Walleny Mota Alves

RESUMO

Este estudo apresenta uma abordagem qualitativa descritiva, e teve por objetivo analisar e discutir os efeitos de um programa de exercício físico na qualidade de vida de uma idosa portadora da Doença de Alzheimer (DA), participante das atividades da Instituição de Idosos Vida Ativa, na cidade de Campina Grande - PB. Foi realizado uma intervenção, que consistiu na aplicação de um Programa de Exercício Físico Generalizado (PEG), durante 10 semanas, distribuídas em 30 sessões com duração de 60 minutos cada. A proposta do PEG incluiu todos os componentes da capacidade funcional (resistência aeróbia, força muscular, coordenação motora, flexibilidade e equilíbrio corporal), trabalhados de maneira generalizada. Foi realizado uma entrevista semi estruturada com as cuidadoras e um membro da família, responsável legal da idosa. A partir da análise dos depoimentos e dos registros de aulas, foi possível observar que a doença se encontra em estágio intermediário, impedindo na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, como também afetando a comunicação, memória, e estado de humor da idosa investigada. Diante do exposto, pode-se afirmar que o exercício físico trouxe resultados benéficos à qualidade de vida da participante, nos domínios de saúde física e qualidade do sono. Reforçando a importância de um programa de exercício físico como uma estratégia de proporcionar mais autonomia e independência funcional aos portadores de DA.

Palavras-chave: Alzheimer, Exercício Físico, Qualidade de Vida.

1. INTRODUÇÃO

Durante o processo de envelhecimento humano é natural que ocorram declínios na capacidade funcional e nas funções cognitivas, devido as mudanças morfológicas (diminuição da massa magra e enfraquecimento ósseo), e a degeneração do sistema nervoso (MARCHI NETTO, 2004; MENEZES; MARUCCI, 2005; CAVOL, 2009). O ato de envelhecer está associado a algumas implicações funcionais que podem gerar ao idoso perda da autonomia, e por consequência, a dependência das pessoas próximas (FRONTERA, 2002).

Com o aumento da população idosa em todo o mundo, há também a grande incidência de diagnósticos de doenças mentais, dentre estas a Doença de Alzheimer (DA) é a de maior prevalência, representando 50% a 70% dos casos (CARAMELLI e BARBOSA, 2002). Em 2010 existiam cerca de 35,6 milhões de pessoas com demência no mundo, e estima-se que esse número dobre a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030 e a 115,4 milhões em 2050 (Alzheimer's Disease Internacional, 2010). No Brasil, consta que aproximadamente 1,6% dos idosos acima de 65 anos apresentam algum tipo de demência (HERRERA *et al.*, *apud* OLIANI, 2007).

A DA é uma doença neurodegenerativa e progressiva, caracterizada do ponto de vista neurobiológico, pela presença de placas senis no meio extracelular, e, pelo acúmulo de emaranhados neurofibrilares no meio intracelular (ALMEIDA, 1995; LOBO *et al.*, 2000). As regiões cerebrais envolvidas no processo de memória e aprendizagem, como o hipocampo e o córtex, são as regiões mais afetadas.

Para Lucas (2013) esta doença apresenta uma grande diversidade de comportamento e sintomas, sendo que os primeiros sintomas a surgir são os déficits na capacidade de memória, os quais geram ainda mais frustração, pois influenciam a capacidade do paciente de realizar as atividades da vida diária (AVD's) comprometendo, assim, as capacidades funcionais do indivíduo idoso.

Devido às alterações nas funções cognitivas e aos problemas motores acarretados pela DA, o idoso tem maior dificuldade em realizar tarefas que envolvam memória, atenção e equilíbrio. Estimular a execução das AVD's pode manter as capacidades funcionais por mais tempo (CRUZ *et al.*, 2011).

Com o avançar da idade, à medida que o indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida (QV) é determinada pela capacidade de manter sua autonomia e independência (Organização Mundial de Saúde, 2005). Dessa forma, obter uma boa qualidade de vida parece estar diretamente relacionado a quão preservado estão os componentes da capacidade funcional, os quais são: capacidade aeróbia, flexibilidade, força, agilidade e coordenação (MATSUDO, 2000).

No entanto, Zago e Gobbi (2003) ressaltam os declínios da capacidade funcional que o envelhecimento provoca, como por exemplo: a diminuição da velocidade em realizar movimentos combinados, afetando a coordenação motora e a agilidade; as estruturas que envolvem as articulações que são encurtadas se não estiverem sendo utilizadas, afetando a flexibilidade com o passar do tempo; a diminuição da massa muscular e da massa óssea, reduzindo a força muscular; e também a diminuição da função cardiorrespiratória, afetando a capacidade aeróbia.

Contudo, a maior parte dos declínios é devido ao aumento da inatividade física com o avançar da idade, ao invés das próprias mudanças ocasionadas pelo envelhecimento. Felizmente, a prática regular do exercício físico é uma das principais formas de manutenção desses componentes, podendo evitar e reduzir os declínios físicos, psicológicos e sociais que frequentemente acompanham a idade avançada (GOBBI, 1997).

Estudos afirmam (GOBBI, 1997; MAZO *et al.*, 2004; GONZAGA, 2010) que o exercício físico pode promover inúmeros benefícios à saúde do indivíduo idoso, como: melhorar a capacidade cardiorrespiratória, melhorar o equilíbrio corporal, aumentar a flexibilidade, aumentar a massa muscular e aumentar a densidade óssea. Considerando o nível psicossocial, o exercício físico regular proporciona a melhora no desempenho cognitivo, diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, por conseguinte diminuição no consumo de medicamentos, atuando também na melhora da auto estima e socialização (MATSUDO, 2009).

Coutinho (2005) em um estudo longitudinal sobre saúde mental com idosos que frequentam centros de convivência, observou que um programa de intervenção motora, com duração de quatro meses e frequência de três vezes por semana, trouxe benefícios às condições física e mental dos idosos, como também houve melhoras significativas na capacidade funcional e na qualidade do sono desses indivíduos.

Mello *et al.*, (2005) em seu estudo identificaram que o exercício físico com intensidades e cargas controladas, é capaz de proporcionar diversos benefícios nas

esferas física e mental da população em geral. Sendo este capaz de evitar, minimizar e ou até reverter muitos dos declínios físicos, psicológicos e sociais que frequentemente acompanham o avançar da idade.

Coelho *et al.*, (2009) concluíram que a prática regular de atividade física sistematizada, contribui para a preservação, ou até mesmo pode ocasionar a melhora temporária nas funções executivas e linguagem, em pacientes com DA. Corroborando, Hernández *et al.*, (2010), em estudo realizado com idosos portadores de DA, verificaram que um programa de atividade física sistematizada, produziu benefícios no equilíbrio corporal, na diminuição dos riscos de quedas e na manutenção das funções cognitivas dos participantes. Desta forma, o papel do exercício físico tem sido evidenciado na melhoria da saúde e da qualidade de vida do indivíduo idoso com Alzheimer.

Nesse contexto, Almeida e Gonzaga (2013) destacam que para que haja benefícios na saúde dos idosos, faz-se necessário que existam programas de exercício físico que visem trabalhar em vários parâmetros, seja fisiológico e/ou físico, mas que produzam benefícios no cotidiano de seus praticantes e, por conseguinte, proporcione uma vida mais independente. Sendo assim, foram criados programas que trabalhem no geral os componentes da capacidade funcional, como o Programa de Exercício Generalizado (PEG).

O PEG é composto pelos componentes da capacidade funcional: resistência aeróbia, força muscular, coordenação motora, flexibilidade e equilíbrio corporal (GONZAGA, 2010). Essas capacidades são condições fundamentais para que os idosos realizem as suas atividades da vida diária de forma autônoma e independente, o que não difere com o portador da DA.

Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar e discutir os efeitos de um programa de exercício físico na qualidade de vida de uma idosa portadora da Doença de Alzheimer, participante das atividades da Instituição de Idosos Vida Ativa na cidade de Campina Grande – PB.

2. MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob número do CAEE: 542637716600005187. Apresenta uma abordagem qualitativa descritiva. E todas as etapas do estudo foram desenvolvidas nas dependências do Instituto para Idosos Vida Ativa em Campina Grande – PB.

Participaram deste estudo uma idosa de 84 anos, com diagnóstico clínico de Doença de Alzheimer, que frequenta a Instituição Vida Ativa, uma familiar, sendo esta a responsável legal da idosa, e duas cuidadoras. Os critérios de inclusão para pesquisa foram: ter diagnóstico clínico de Doença de Alzheimer (DA), a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo responsável legal, pois a idosa não é considerada civilmente responsável por suas capacidades intelectuais.

Para coleta de dados foram utilizados como instrumento: documentos (diagnóstico clínico), registro de arquivos, entrevista semi estruturada e observação participante (avaliação contínua, registros e anotações das aulas). Após a assinatura do TCLE pelo responsável legal, foi feita uma anamnese para identificar possíveis limitações físicas e cognitivas da idosa, considerando a idade bastante avançada e os efeitos acarretados pela doença. Feito isto, iniciamos a intervenção com a aplicação do Programa de Exercícios Físicos Generalizados (PEG).

O PEG foi composto por 30 sessões, realizadas 3 vezes por semana durante 10 semanas. Cada sessão durou 60 minutos, sendo 10' para aquecimento e alongamento, 40' para execução da parte principal com ênfase na capacidade funcional em sequencia, e 10' para o alongamento e relaxamento.

A cada aula foi realizada a observação participante, sendo registrado nas anotações fatos que ocorreram, como: o comportamento apresentado pela idosa, reclamações de dores, estado de humor, saídas para utilizar o banheiro, disposição, e as dificuldades para realizar os exercícios, para posterior análise e discussão. A entrevista semi estruturada foi composta a partir da leitura dos questionários sobre Qualidade de Vida: WHOQOL (1998), e Qualidade de Vida de idosos com Alzheimer: Logsdont *et al.*, (1999). Sendo considerados apenas os domínios de saúde física, humor, condições financeiras e de moradia, capacidade de realizar tarefas, convívio social e lazer. As entrevistas foram gravadas em gravador de voz e analisadas posteriormente, tendo como

referencial o método de análise de conteúdo, especificamente a técnica de categorias de análises (MORSE e CAMPO, 1995).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos depoimentos dos sujeitos e da exploração do material, os discursos foram categorizados em duas grandes categorias de análises: a) Qualidade de vida e b) Sintomas ocasionados pela doença. Desta forma, dentro da categoria da qualidade de vida, subdividiu-se em: Dependência para realização das atividades da vida diária; Saúde física; Sono; Convívio social; Condições financeiras e de moradia, e Lazer. E, na categoria dos sintomas ocasionados pela doença, foram abordados: Capacidade de comunicação e memória, e Alterações no humor; apresentadas e discutidas a seguir:

a) Qualidade de vida

Há uma grande discussão quando se trata da escolha de quem deve responder a um instrumento de avaliação da QV de um paciente com DA. De acordo com a literatura, o tipo de respondente, está relacionado ao nível em que se encontra a doença, ou seja, em casos de pacientes com DA avançada às informações são dadas por pessoas próximas (INOUE *et al.*, 2010). Dentre os vários fatores que compõem a QV, foram destacados: A dependência para realizar tarefas do cotidiano, a saúde física, o sono, o convívio com a família e amigos, as condições financeiras e as opções de lazer.

Quanto à *dependência da idosa para realização das atividades da vida diária*, como comer, tomar banho e vestir-se, as cuidadoras enfatizam que:

[...] Ela depende para tomar o banho, pra comer... até come sozinha, mas tem que a comida ser liquidificada. E pra se vestir também precisa de ajuda (Cuidadora 1).

[...] Tem momentos que ela consegue fazer tudo sozinha, mas tem momentos que ela precisa. Pra comer se deixar comer sozinha, como muito rápido e acaba se engasgando, e no banheiro ela

*se mela. Então, assim, tem dias e dias, depende.
(Cuidadora 2).*

À medida que a doença vai progredindo, a necessidade por cuidados especiais também aumenta. Com isso, o cuidador tem um papel importante para auxiliar o paciente na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, de cuidado pessoal e higiene, banho e alimentação, bem como na administração de finanças e medicamentos (HALEY, 1997). Nos depoimentos acima podemos perceber que a idosa é dependente, principalmente para tomar banho e vestir-se, enquanto que para comer, ainda não depende totalmente da ajuda das cuidadoras, porém sua deglutição apresenta comprometimentos.

De acordo com Cayton *et al.*, (2005), estas são as características comuns apresentadas na fase intermediária da doença, podendo evoluir rapidamente em um quadro mais grave, chegando ao ponto em que para alimentar-se, a paciente passa a depender do uso de sonda integral, perde completamente o controle dos esfíncteres, de modo que não há mais domínio sobre o próprio corpo.

Durante o período de intervenção observou-se que não houve agravamentos ou pioras nas condições apresentadas anteriormente pela idosa. Porém, a prática regular de exercícios físicos contribuiu para preservação da capacidade da portadora em realizar as tarefas, sem a necessidade de cuidados exacerbados das cuidadoras.

Em relação à *saúde física* após o desenvolvimento programa de exercícios físicos, foi ressaltado pelas cuidadoras e pela familiar responsável legal da idosa que:

*[...] Ajudou muito, a dança, o exercício físico, o dia-a-dia, o convívio com as pessoas idosas que ela convive aqui, então aí foi melhorando
(Cuidadora 1).*

[...] É um pouco difícil de saber, porque antes ela tomava um medicamento que era um relaxante, então assim, ela ficava bem mais calma. Mas a gente percebe que a disposição dela é boa, se deixar ela quer andar o dia inteiro (Cuidadora 2).

Era boa porque ela se cuidava muito, tinha muito cuidado com alimentação. Não houve alteração não, ela sempre foi ativa [...] (Familiar).

Neste ponto nota-se dúvida em quanto à melhoria na saúde física da idosa após a realização do PEG. Segundo a Cuidadora 2, antes a paciente tomava um medicamento para mantê-la *calma*, mas que atualmente, a idosa demonstrava disposição. Para a Familiar, a idosa sempre foi ativa e tinha muitos cuidados alimentares, e por esses motivos não houve alteração na sua saúde.

Entretanto, nos registros de aulas, foram anotadas algumas limitações físicas da idosa, como por exemplo: falta de mobilidade dos membros superiores. No início do programa, na fase de adaptação, a participante reclamava de dores que a incomodavam nos ombros e pescoço ao tentar executar movimento de elevação dos braços. Após algumas semanas, com a evolução no treinamento de força e os alongamentos, a idosa não apresentou mais reclamações. Outro exemplo descrito nos registros foi a melhoria do equilíbrio corporal, com a progressão das fases do programa o grau de dificuldade dos exercícios aumentavam gradualmente, fazendo com que a participante superasse a cada aula.

Segundo Schmitz (2011), de uma forma geral, o exercício físico pode proporcionar ao idoso com demência o retardamento da perda da capacidade funcional, mantendo-o independente por mais tempo; o desenvolvimento das valências físicas; a diminuição da rigidez muscular; a recuperação da mobilidade articular; a melhoria da capacidade respiratória e, também, da cognição e a ativação sanguínea.

Quanto à *qualidade do sono* da idosa foi destacado por uma das cuidadoras que:

[...] Tem mais ou menos um mês que ela parou de tomar o remédio. Aí depende de como foi o dia, se o dia foi cansativo ela dorme. Agora se ela não ficou muito cansada ai ela não dorme direito (Cuidadora 2).

Neste depoimento nota-se que a idosa, anteriormente, utilizava medicamentos para dormir a noite, mas mesmo com uma pequena dose de medicamento, ao acordar a idosa continuava sonolenta durante o dia, segundo relatos da cuidadora. Com isto a família optou pela retirada do remédio. Dessa forma a qualidade do sono passou a ser

medida pelo nível de cansaço apresentado, ou seja, se o dia foi intenso a idosa dormia a noite inteira, ou se foi um dia calmo, ela demorava a dormir. Sendo assim, pode-se dizer que o exercício físico praticado pela idosa durante a intervenção, contribuía diretamente na qualidade do sono da mesma.

Coutinho (2011) afirma em seu estudo que uma boa qualidade de sono proporciona mais disposição e menos cansaço no dia seguinte, possibilitando um melhor proveito durante a prática de exercícios físicos, que por outro lado, tem uma ação benéfica para o sono, agindo como uma intervenção não farmacológica.

Quanto ao *convívio social, opções de lazer e condições financeiras* da idosa é possível enfatizar que a família considera como sendo muito boa, conforme as falas abaixo:

[...] Muito bom, muito bom. Melhor acho que impossível. Se todas as pessoas portadoras de Alzheimer tivesse esse tipo de convívio que ela tem, era uma sorte pra população de Alzheimer.

Ela gosta muito de viajar e de passear. Fez costura até certa altura, depois que complicou um pouquinho, a doença progrediu um pouquinho mais ela deixou, foi se aborrecendo, e até se desnorteando pra executar a tarefa [...].

[...] Condições financeiras ótimas (Familiar).

Como pode-se observar nos discursos acima, a idosa apresenta ótimas condições financeiras e de moradia, além de um bom convívio social com familiares e amigos. Como opções de lazer, a Familiar destaca viagens e passeios. Neste contexto, Fleck *et al.*, (1993) investigaram em seu estudo as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, dentre os aspectos foram apontados condições financeiras estáveis e boas condições de vida como fatores importantes para a QV. Outros fatores como relações familiares satisfatórias, religiosidade e lazer também estão inclusos numa boa qualidade de vida (PASCHOAL, 2000).

Neste sentido o PEG teve um papel fundamentou quanto ao convívio social durante as aulas, em que proporcionou à idosa participante a interação com outros idosos que frequentam a instituição, e a percepção da relação de aluno e professor.

b) Sintomas ocasionados pela doença:

A perda de memória, o comprometimento da linguagem, e as constantes alterações de humor, são os principais sintomas que caracterizam a Doença de Alzheimer (GALLUCCI *et al.*, 2005). Portanto, na categoria dos *sintomas da doença*, estes foram os pontos destacados:

Capacidade de comunicação e memória:

[...] Entendo perfeitamente o que ela diz, porque eu comecei do começo, eu senti a progressão da doença.

[...] Se você traz essa pessoa desde o início, você vai compreendendo, vai entendendo e vai absorvendo as coisas (Familiar).

Observa-se no relato acima que, para a total compreensão da linguagem da idosa atualmente, era preciso ter acompanhado o processo desde o início, afirmando que ela apresenta certas dificuldades na capacidade de comunicar-se.

Na convivência durante as aulas foi possível perceber momentos de total confusão mental, e falha na comunicação. Um exemplo que ocorria com frequência era a troca de palavras, deixando as frases desconectas e sem sentido. Na literatura o termo utilizado para este exemplo é chamado de Afasia, que significa a perda da capacidade de falar, ou de compreender a linguagem falada, escrita ou gestual (BOTTINO e LAKS, 2006).

Alterações no humor:

[...] É por dia, tem dia que ela está melhor, tem dia que ela está mais estressada, altera muito (Cuidadora 1).

[...] Atualmente ela tem picos de humor muito rápido, né? Uma hora ela tá bem, outra hora ela

tá mais ou menos. Agora ela tá num período que ela tá mais braba (Cuidadora 2).

Ultimamente ela tá meio agressiva, ela tá um pouco agressiva, e não tá com bom humor não, tudo ela responde por cima do ombro [...] (Familiar).

Segundo a ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) as alterações no humor e no comportamento caracterizam sintomas do estágio moderado da doença. No entanto essas alterações se tornam cada vez mais frequentes, deixando a paciente agressiva, irritada e inquieta.

Durante o período de intervenção foi presenciado dias em que a idosa apresentou um bom humor facilitando o andamento da aula, e outros dias em que apresentou estado de ansiedade e inquietação, e algumas vezes ela tornou-se bastante agressiva, impossibilitando a continuidade da aula.

Estudos mostram que o exercício físico pode acarretar mudanças no humor do idoso, pois é sabido que após a prática do exercício, alguns hormônios são liberados pela hipófise trazendo sensação de bem-estar, e conforto, melhorando o estado de humor e alegria (CANALI e KRUEL, 2001).

Foi registrado em anotações que ao término das aulas a idosa apresentava um estado de humor calmo e relaxado. Porém as alterações e picos de humor continuavam a ocorrer frequentemente, devido à instabilidade provocada pela própria doença.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar e discutir os efeitos de um programa de exercício físico na qualidade de vida de uma idosa portadora da Doença de Alzheimer, participante das atividades da Instituição de Idosos Vida Ativa na cidade de Campina Grande – PB. Assim, a partir da análise e discussão dos depoimentos e anotações foi possível concluir que:

- O exercício físico teve um papel fundamental para a manutenção da capacidade funcional;

- Ocasionou melhorias na qualidade do sono da idosa;
- Contribuiu na preservação da saúde física;
- Não foi possível observar alterações positivas nos sintomas acarretados pela DA;

Nos sintomas acarretados pela Doença de Alzheimer não houve alterações, pois uma vez que esses problemas foram instalados não há como revertê-los. Sobretudo, para que os efeitos da doença sejam minimizados o paciente deve continuar apresentando hábitos de vida saudáveis, como alimentação balanceada, prática de exercícios físicos regulares, boa qualidade de sono e momentos de lazer. Contudo, é necessário mais estudos para fomentar soluções no tratamento dessa doença avassaladora, em que gradativamente o indivíduo vai perdendo sua autonomia e conseqüentemente sua identidade.

EFFECTS OF AN EXERCISE PROGRAM ON THE QUALITY OF LIFE OF AN ELDERLY CARRIER OF ALZHEIMER

Amanda Walleny Mota Alves

ABSTRACT

This study presents a descriptive qualitative approach and aimed to analyze and discuss the effects of an exercise program on quality of life of a carrier elderly Alzheimer's Disease (AD), participant in the activities of the Seniors Active Living Facility in Campina Grande - PB. an intervention was carried out, which consisted of the application of an Exercise Program Generalized (PEG), for 10 weeks, distributed in 30 sessions lasting 60 minutes each. The proposal of PEG included all components of functional capacity (aerobic endurance, muscle strength, coordination, flexibility and body balance), worked generalized way. a semi-structured interview with the caregivers and family member, cool old was held responsible. From the analysis of the testimonies and lessons records, it was observed that the disease is at an intermediate stage, preventing the realization of basic and instrumental activities of daily living, as well as affecting the communication, memory, and state old humor investigated. Given the above, it can be said that the exercise brought beneficial results to the participant's quality of life in the areas of physical health and quality of sleep. Reinforcing the

importance of physical exercise program as a strategy to provide more autonomy and functional independence to individuals with AD.

Keywords: Alzheimer, Exercise, Quality of Life.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R; GONÇALVES, M. **Aspectos Neuroquímicos da Doença de Alzheimer**. Acta Médica Portuguesa. p. 567-572, 1995. Disponível em: <<http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1911>>.

ALMEIDA, J. C. de. **Análise da marcha no processo de envelhecimento humano**. 2013. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/2244>>

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. (2010). **World Alzheimer Report 2010 – The Global Economic Impact of Dementia**. London, UK: 2010. Disponível em: <<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010ExecutiveSummary.pdf>>

ATAMNA, H; FREY, W. H. (2007). **Mechanisms of mitochondrial dysfunction and energy deficiency in Alzheimer's disease**. Mitochondrion 7: 297-310.

CARAMELLI, P; BARBOSA, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24 (Supl I), 7-10.

CAVOL, A. (2009). **A importância da atividade física, durante o processo de envelhecimento, na saúde e na memória motora**. Florianópolis, Brasil. Monografia apresentada ao curso de Educação Física, Universidade do Estado de Santa Catarina.

CANALI, E. S.; KRUEL, L. F. M. Respostas hormonais ao exercício. **Revista Paulista da Educação Física**. 15(2): 141-153; 2001.

CHARCHAT, H.; CARAMELLI, P.; SAMESHIMA, K.; NITRINI, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27(12), 79-82.

COELHO, F., GALDUROZ, R., GOBBI, S., & STELLA, F. (2009). Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, 31, 163-170.

COUTINHO, G. F. **Atividade física e saúde mental em idosos que frequentam centros de convivência na cidade de Campina Grande-PB. 2011.** 76 f. Tese - (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/100438>>.

CRUZ, J. *et al.*, 2011. **Cuidar com sentido(s):** Guia para cuidadores de pessoas com demência. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/82772936/Cuidar-com-sentido-s-Guia-para-cuidadores-de-pessoas-com-demencia>>.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI. Projeto WHOQOL – OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, 1993. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n6/18024.pdf>.

FRONTERA, W.R.; XAVIER, B. The benefits of strength training in the elderly. **Science & Sports**, v. 17, p. 109-116, 2002.

GALLUCCI NETO, J.; TAMELLINI M.G.; FORLENZA O. V. Diagnóstico diferencial das demências. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2005; 32(3):119-30.

GOBBI, S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina - PR, v.2, n.2, p 41-49, 1997.

GONZAGA, J. M. de. **Efeitos do exercício nos parâmetros do andar de idosos.** 2010. 68 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/100420>>.

GONZAGA, J. M. de. *et al.*, Efeitos de diferentes tipos de exercício nos parâmetros do andar de idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. 2011, vol.17, n.3, pp. 166-170.

HALEY, W. (1997). **The family caregivers role in Alzheimers disease**. *Neurology*, 48(5), 25-29.

HERNANDEZ, Selma S. S. *et al.*, Effects of physical activity on cognitive functions, balance and risk of falls in elderly patients with Alzheimer's dementia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos (SP), v. 14, n. 1, p. 68-74, jan. 2010.

HOLANDA, I. T. A.; PONTE, K. M. A.; PINHEIRO, M. C. D. Idosos com Alzheimer: um estudo descritivo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2012; 13(3):582-9.

INOUYE, K., PEDRAZZANI, E. S., PAVARINÍ, S. C. L., & TOYODA, C. Y. (2010). Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, 18 (1), 26-32.

LOBO, A.; LAUNER, L. J.; FRATIGLIONI, L.; ANDERSEN, K.; DI CARLO, A.; BRETELER, M. M. **Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts**. *Neurology*. 2000;54:S4–S9.

LUCAS, C. O.; FREITAS, C.; MONTEIRO, M. I. **A doença de Alzheimer: características, sintomas e intervenções**. *Psicologia*. PT O Portal dos psicólogos. 2013. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0662.pdf>>.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R; BARROS NETO, T. L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v.10 n. 2, 15-26, 2000.

MATSUDO, S.M.M. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. BIS, Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo, n.47 abr. 2009.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. R. B. **Atividade Física e o Idoso**. Editora Sulina: Porto Alegre, 2004.

MARCHI NETTO, F. L. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Revista Pensar a Prática**, v.7, p.75-84, 2004.

Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article>>.

MENEZES, T. N; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 169-175, 2005.

MELLO, M.T.; BOSCOLO, R.A.; ESTEVES, A.M. *et al.*, O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.11, n.3, p. 203 – 207, 2005.

MORSE J.M., CAMPO P.A. **Métodos de pesquisa qualitativa para profissionais de saúde**. 2º ed. Thousand Oaks, Sage, 1995. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>.

OLIANI, M. M. **Atividade física e aspectos neuropsiquiátricos em pacientes com demência em seus cuidadores**. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Campus de Rio Claro, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2005). **Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde**.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. São Paulo, 2000. Disponível em:

<www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde09112001162639/publico/tdesergio.pdf>.

SCHMITZ, V. **Efeitos do exercício físico sobre a funcionalidade de idosos com demência: um estudo de revisão bibliográfica**. Porto Alegre. 2011. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/39252>>.

SOUSA, L; CRUZ, J; FIGUEIREDO, D; MARQUES, A; BARBOSA, A. L; **Cuidar de Idosos com Demência em Instituições: Competências, Dificuldades e Necessidades Percepcionadas pelos Cuidadores Formais**. Psicologia, Saúde e Doença Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36222221009>>.

TALMELLI, Luana Flávia da Silva, *et al.*, Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p.219-225, 2013: Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002013000300003&lng=en&nrm=iso>.

ZAGO, A. S.; GOBBI, S. Valores normativos da aptidão funcional de mulheres de 60 a 70 anos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 11, n. 2, p. 77-86, 2003.

ZANUTO, E. Demência e Transtornos cognitivos em Idosos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 344, dezembro de 2006.

Anexo 1

PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO GENERALIZADO COMPONENTES DA CAPACIDADE FUNCIONAL

	Força Muscular	Equilíbrio Corporal	Coordenação Motora
1° SEMANA	Apoios (parede) exercícios contínuos livres	Equilíbrio estático nos dois pés e em um pé só com apoio e controle visual	Movimentos iguais dos membros na posição sentada e em pé
2° SEMANA	Apoio invertido (decúbito dorsal) e atividades com bastão	Equilíbrio estático nos dois pés e em pé sem apoio e controle visual	Movimentos alternados dos membros na posição sentada e em pé
3° SEMANA	Apoio (solo) e atividades com a bola	Equilíbrio estático com um pé só sem apoio e sem controle visual	Movimentos diferentes dos membros na posição sentada e em pé
4° SEMANA	Apoio no colchão e atividades com elásticos	Equilíbrio estático na ponta dos dois pés por 10" com apoio de uma das mãos e controle visual	Combinação de todos os movimentos dos membros na posição sentada e em pé
5° SEMANA	Exercício com pequenos pesos adicionados	Equilíbrio estático na ponta dos pés alternados, com apoio de uma das mãos e controle visual	Movimentos coordenados dos membros utilizando as demarcações no chão (por comando)
6° SEMANA	Exercícios com pequenos pesos adicionados e com mangueiras de látex	Equilíbrio estático na ponta de um dos pés alternados, sem apoio e com controle visual	Movimentos coordenados dos membros e cabeça utilizando as demarcações (por comando)

7° SEMANA	Exercícios com pequenos pesos adicionados e medicine-ball	Equilíbrio estático na ponta de um dos pés alternados, sem apoio e sem controle visual	Movimentos coordenados dos membros e com bastões utilizando demarcações
8° SEMANA	Exercícios com pequenos pesos adicionados e medicine-ball	Equilíbrio estático na ponta de um dos pés alternados, sem apoio por 10" e com controle visual	Movimentos coordenados dos membros e cabeça com bastões utilizando demarcações
9° SEMANA	Exercícios com halteres	Equilíbrio dinâmico com cone na cabeça	Educativos de corrida
10° SEMANA	Exercícios com halteres	Equilíbrio dinâmico com obstáculos	Educativos de corrida e deslocamento lateral