

PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER APÓS UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Emmanuel Dias de Sousa Lopes; Bruno Naves Ferreira; Jair Sindra Virtuoso Júnior; Flávia Gomes de Melo Coelho.

(Universidade Federal do Triângulo Mineiro. emmanueldiaslopes@hotmail.com)

Resumo do artigo: Este estudo teve como objetivo comparar o relato do paciente e do respectivo cuidador familiar sobre a percepção geral de qualidade de vida (QV) do idoso com doença de Alzheimer (DA), antes e após um programa de 12 semanas de exercício físico multimodal com dupla tarefa. Os participantes foram idosos diagnosticados com DA (n=19), divididos em dois grupos: (a) grupo de idosos com DA participantes da intervenção (n=11) e (b) grupo de idosos com DA controle (n=8). Os pacientes foram recrutados através da divulgação do projeto de extensão “MovimMente – Exercício Físico para Idosos com Doença de Alzheimer” da UFTM. A intervenção foi realizada por meio de exercícios com estímulo às diversas capacidades físicas, tais como: fortalecimento muscular, equilíbrio, agilidade, coordenação motora e dupla tarefa. Cada aula teve duração de 60 minutos, realizadas três vezes por semana, em dias não consecutivos. As medidas de QV foram obtidas por meio da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer. Os resultados quanto ao escore final do grupo intervenção, mostraram disparidades estatisticamente significantes entre a versão do idoso e a do seu respectivo cuidador ($p < 0,12$). As médias na versão do paciente foram de: pré 37,64 pontos (dp=5,10) e pós de 37,64 pontos (dp=4,58) e na versão do cuidador foram de: 33,45 pontos (dp=5,26) e pós de 37,36 pontos (dp=6,15), $p < 0,12$. Conclui-se que houve melhora da qualidade de vida de idosos com DA após a intervenção com exercício físico multimodal com dupla tarefa de acordo com a percepção de seus cuidadores.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Doença de Alzheimer, Saúde do Idoso, Exercício Físico, Cuidadores.

INTRODUÇÃO

As demências são, atualmente, as doenças neurodegenerativas mais impactantes na população acima de 65 anos, sendo a Doença de Alzheimer (DA) responsável por aproximadamente 55% dos casos⁽¹⁾. Trata-se de doença cerebral crônico-degenerativa, progressiva e irreversível, que tem início insidioso e é marcada por perdas graduais da função cognitiva, distúrbios do comportamento e alterações motoras. A doença apresenta manifestações lentas e evolução deteriorante, prejudicando o paciente nas atividades de vida diária e no desempenho social, tornando-o cada vez mais dependente de cuidados⁽¹⁾.

Atualmente, a definição de qualidade de vida (QV) mais divulgada e conhecida é a da Organização Mundial de Saúde⁽²⁾ (OMS) que a descreve como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa definição inclui seis domínios principais: (1) saúde física, (2) estado psicológico, (3) níveis de independência, (4) relacionamento social, (5) características ambientais e (6) padrão espiritual⁽²⁾.

Em relação à qualidade de vida dos idosos, alguns aspectos se destacam, como a autoestima e o bem-estar pessoal, assim como o próprio estado de saúde e o estilo de vida⁽³⁾. Assim sendo, a qualidade de vida no idoso pode ser definida como a manutenção da saúde em seu mais alto nível em todos os aspectos da vida humana, sendo eles: o físico, o social, o psíquico e o espiritual⁽³⁾. Idosos com DA apresentam declínio desses aspectos, levando a uma piora da QV e maiores demandas de cuidados, gerando sobrecarga nos cuidadores⁽³⁾.

O exercício físico pode ser usado no sentido de retardar e, até mesmo, atenuar o processo de declínio das funções orgânicas que são observadas com o envelhecimento, pois promove benefícios cognitivos: melhora da atenção, das funções executivas e linguagem; benefícios motores: aumento da força muscular, do equilíbrio, da agilidade, da velocidade de marcha e flexibilidade e também benefícios comportamentais: redução da agitação, apatia e sintomas depressivos⁽⁴⁻⁶⁾. A melhora desses sintomas reflete consequentemente na qualidade de vida dos pacientes⁽⁷⁾.

O exercício físico vem sendo descrito na literatura científica como uma forma de tratamento não farmacológico, responsável pela melhora dos aspectos cognitivos e da funcionalidade motora de idosos com DA^(6,8). Entretanto, os estudos não demonstram os efeitos do exercício físico sobre a qualidade de vida de idosos com DA.

Conhecer a QV dos idosos com DA e os fatores que a influenciam é imprescindível para planejar ações integrais em saúde que contemplem soluções para minimizar os efeitos danosos da doença.

Diante da questão de identificar o efeito do exercício físico sobre a QV do paciente com demência, este trabalho teve como objetivo comparar o relato do paciente e do respectivo cuidador familiar sobre a percepção geral de qualidade de vida (QV) do idoso com doença de Alzheimer (DA), antes e após um programa de 12 semanas de exercício físico multimodal com dupla tarefa.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quase experimental.

Local e período do estudo

O presente estudo foi realizado em Uberaba, município de médio porte, situado na região do Triângulo Mineiro no Estado de Minas Gerais que, segundo estimativa do IBGE⁽⁹⁾, em 2010, tinha população de aproximadamente 325.279 mil habitantes, 12% dos quais tinham 60 anos ou mais de idade. Essa porcentagem era maior que a média nacional, de 8,6%⁽⁹⁾. A coleta de dados teve duração de três meses, com início em janeiro de 2016, estendendo-se até abril de 2016.

Amostra

Composta por 19 idosos componentes de dois grupos: (a) grupo de idosos com DA (GDA) participantes da intervenção (n=11) e (b) grupo de idosos com DA (GDAC) controle (n=8). Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação na pesquisa: idosos com o diagnóstico clínico de DA, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais⁽¹⁰⁾; nível de gravidade da demência leve ou moderado, segundo o Escore de Avaliação Clínica de Demência (CDR)⁽¹¹⁾. Além disso, foi critério a disponibilidade para participação das avaliações propostas pelo pesquisador.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram:

(a) Ficha de caracterização sociodemográfica do idoso com DA e de seu cuidador familiar, elaborada pelo pesquisador responsável, teve como finalidade a coleta de dados pessoais e sociodemográficos do idoso e do cuidador;

(b) CDR⁽¹¹⁾ para a classificação do grau de comprometimento do idoso com DA. O CDR⁽¹¹⁾ avalia cognição e comportamento, além da influência das perdas cognitivas na capacidade

do paciente para realizar adequadamente as atividades de vida diária, classificando o grau de demência em: 0 (nenhuma alteração); 0,5 (demência questionável); 1 (demência leve); 2 (demência moderada) e 3 (demência grave);

(c) Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹²⁾: instrumento composto por questões agrupadas em sete categorias, cada qual planejada com o objetivo de se avaliar funções cognitivas específicas. São elas: orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade visuoespacial. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, de acordo com os anos de escolaridade, sendo que valores mais baixos apontam para possível déficit cognitivo⁽¹²⁾.

(d) Escala de avaliação da qualidade de vida na doença de Alzheimer^(13,14): instrumento adaptado, traduzido e validado para a cultura brasileira para avaliação da QV de cuidadores e idosos com DA. Possui três versões: uma para o próprio paciente avaliar a sua QV (PQdV-DA), uma para o cuidador avaliar o paciente (CQdV-DA) e uma para o cuidador se auto avaliar (CPQdV-DA). Neste estudo, foram utilizadas as duas versões: a PQdV-DA e CQdV-DA. As treze dimensões (saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral) da escala foram avaliadas pelos participantes por meio de atribuição de notas que variam de 1 (ruim) a 4 (excelente). A pontuação total da escala varia de 13 a 52 pontos, sendo que quanto maior for o escore, melhor a qualidade de vida. Embora existam outros instrumentos para avaliar QV na demência, a escolha desse instrumento foi justificada por ser o único traduzido, adaptado e validado para a cultura brasileira^(13,14).

Procedimento de coleta dos dados

Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), iniciou-se a busca pelos possíveis participantes do estudo, através da divulgação do projeto de extensão “MoviMente – Exercício Físico para Idosos com Doença de Alzheimer” da UFTM pelo pesquisador responsável entre os médicos geriatras e neurologistas, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ - sede Uberaba), rádio, jornal e televisão local. Os 19 primeiros pares de idosos concordantes, que preenchem os critérios de inclusão, passaram a constituir os grupos de estudo. As avaliações pré e pós-intervenção foram realizadas pelo pesquisador responsável, individualmente, em horários pré-agendados, nas dependências da Academia da UFTM, em uma sala tranquila e silenciosa.

A anamnese elaborada pelo pesquisador abordava dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e estado civil) e características clínicas (doenças associadas, medicamentos em uso – nome e dose diária – e tempo da doença) sendo a mesma respondida pelos respectivos cuidadores de cada idoso.

O MEEM e o CDR foram aplicados com a finalidade de identificar as perdas cognitivas e o nível de demência, respectivamente, de cada idoso, sendo respondidos pelos próprios idosos.

As duas versões da escala de avaliação da qualidade de vida na doença de Alzheimer, foi respondida pelo próprio idoso e seu respectivo cuidador individualmente.

Intervenção

A intervenção foi realizada em grupo, ministrada por um profissional de Educação Física capacitado e contou com a ajuda de estagiários do curso de graduação em Educação Física da UFTM. Cada aula tinha duração de 60 minutos, realizadas três vezes por semana, em dias não consecutivos e com duração total de 12 semanas.

Durante as seis primeiras semanas de intervenção (1^a a 6^a semanas), os idosos foram orientados a realizar exercícios de coordenação, resistência aeróbia, força, flexibilidade, equilíbrio e agilidade, com o intuito de promover o desenvolvimento motor e a capacidade aeróbia. Foram prescritas atividades de alongamento, treinamento com pesos, circuitos, jogos pré-desportivos, sequências de dança, atividades lúdicas e relaxamento. Materiais auxiliares foram utilizados, como: halteres, tornozeleiras, bastões, *gymnastics balls*, cones, arcos, *steps* e colchonetes.

Nas últimas seis semanas de intervenção (7^a a 12^a semanas), foram iniciadas as atividades de dupla tarefa, além do treinamento motor realizado nas seis primeiras semanas, foram associadas às tarefas cognitivas (por exemplo: contagem regressiva, reconhecimentos de formas, cores, animais, frutas e objetos, tarefas de fluência verbal, etc.), visando constatar se os idosos efetuavam uma atividade motora simultaneamente com uma atividade cognitiva frontal que exija atenção concentrada, organização planejada das respostas, abstração, julgamento e flexibilidade mental, além da busca de significado semântico na geração de palavras.

Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em um banco de dados no programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, for *Windows*, para realização de análises estatísticas: (a) descritivas para caracterizar o perfil dos idosos; (b) test-t de *Student* para comparação de idade, escolaridade e cognição e (c) teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostras pareadas para identificar as diferenças de percepção geral de QV, na versão do próprio idoso e na versão que o

cuidador avalia o idoso. Foi utilizado como referência para significância estatística o nível de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

Todos os participantes foram informados dos objetivos do trabalho, consultados sobre a disponibilidade para participar do estudo e assegurados do sigilo das informações individuais. Os idosos e seus respectivos responsáveis que estiveram de acordo com os procedimentos do estudo e aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as normas estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM sob o número 1.040.482.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados são referentes ao grupo intervenção e grupo controle, sendo que foram avaliados 19 idosos no total. Os 11 integrantes do grupo intervenção tinham entre 62 e 85 anos de idade, com média de idade de 75,8 anos ($dp=6,7$), oito do sexo feminino e três do sexo masculino. Já os oito integrantes do grupo controle tinham entre 63 e 89 anos de idade, com média de idade de 76,1 anos ($dp=7,9$), um do sexo masculino e sete do sexo feminino. Ambos os grupos apresentaram médias semelhantes de anos de escolaridade, sendo que, no grupo intervenção, esse valor foi um pouco menor do que no controle, com uma média de 7,6 anos de estudo ($dp=5,2$).

Em relação à classificação do grau de comprometimento dos idosos com DA, de acordo com o CDR, os dois grupos apresentaram valores semelhantes: grupo intervenção 1,44 pontos ($dp=0,52$) e grupo controle 1,37 pontos ($dp=0,51$). Esses resultados demonstram que os idosos de ambos os grupos se encontravam no estágio leve e moderado da doença.

As perdas cognitivas foram identificadas através do MEEM, sendo que os idosos do grupo intervenção apresentaram valores de 18,64 pontos ($dp=4,76$) e os do grupo controle 17,00 pontos ($dp=7,36$), $p < 0,97$.

Os grupos mostraram-se semelhantes em idade, escolaridade, estágio de demência e perdas cognitivas no momento *baseline* desta pesquisa, comparados por meio do teste t de *Student* para amostras independentes (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes no momento *baseline*.

Variáveis	Grupos		<i>p</i> *
	Intervenção (<i>n</i> =11)	Controle (<i>n</i> =8)	
<i>Idade (anos)</i>	75,82 ± 6,78	76,13 ± 7,95	0,929
<i>Escolaridade (anos)</i>	7,6 ± 5,24	8,63 ± 6,11	0,710
<i>MEEM (pontos)</i>	18,64 ± 4,76	17,00 ± 7,36	0,977
<i>CDR (pontos)</i>	1,44 ± 0,52	1,37 ± 0,51	0,685

*Teste t de *Student* para amostras independentes. MEEM= Mini Exame do Estado Mental; CDR= Escala de Avaliação da Demência. Fonte: Os autores.

Os resultados obtidos por meio da QdV-DA, nas versões do idoso com DA e do cuidador familiar sobre o paciente, são apresentados, em média e desvio padrão, na (Tabela 2).

Tabela 2. Percepção da Qualidade de Vida.

	Grupo Intervenção (<i>n</i> =11)		Grupo Controle (<i>n</i> =8)		<i>p</i> *
	<i>Pré</i>	<i>Pós</i>	<i>Pré</i>	<i>Pós</i>	
<i>PQdV-DA</i>	37,64 ± 5,10	37,64 ± 4,58	36,88 ± 2,58	36,0 ± 3,85	0,754
<i>CQdV-DA</i>	33,45 ± 5,26	37,36 ± 6,15	34,50 ± 6,02	33,29 ± 4,78	0,12

p* Teste não paramétrico de *Wilcoxon*. PQdV-DA= versão do paciente; CQdV-DA= versão do cuidador avaliar o paciente. Fonte: Os autores.

O teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostras pareadas para identificar as diferenças de percepção geral de QV antes e após a intervenção, apontou resultado significativo de acordo com a percepção dos cuidadores dos idosos participantes do grupo intervenção (pré= 33,45 pontos (dp=5,26) e pós= 37,36 pontos (dp=6,15) após a intervenção ($p < 0,12$). A percepção dos cuidadores dos idosos do grupo controle apresentou valores semelhantes nos momentos pré e pós, 34,50 (dp=6,02) e 33,29 (dp=4,78) pontos respectivamente. A percepção dos idosos do grupo intervenção 37,64 pontos ($p = 0,754$), em relação a sua própria qualidade de vida, se manteve em ambos os momentos.

O programa de exercício físico multimodal com dupla tarefa proposto buscou trabalhar vários aspectos da funcionalidade motora (marcha, equilíbrio, força muscular, elasticidade) e da cognição dos idosos com DA, além disso, a forma como as aulas foram ministradas, em grupo, com auxílio de estagiários acompanhando cada idoso, utilização de diferentes tipos de objetos e com utilização de música, proporcionou aos idosos uma maior interação social e conseqüentemente a melhora da autoestima, pois muitos desses idosos, nunca tinham realizado nenhum tipo de exercício físico, tinham um convívio social bem restrito e não conheciam outros idosos com DA.

Os resultados encontrados em nosso estudo apontaram divergência entre os escores gerais da QV do idoso e a percepção da mesma pelos cuidadores, sendo que após o programa de 12 semanas de exercício físico multimodal a QV dos idosos se mantiveram e a percepção que os cuidadores tinham sobre a mesma melhorou significativamente.

Estudo realizado por Inouye et al.⁽²⁾ buscou comparar o relato do paciente e do respectivo cuidador familiar sobre a percepção geral e de cada dimensão de qualidade de vida (QV) do idoso com DA. Quanto ao escore final, a média na versão do paciente foi de 29,32 pontos (dp=6,27) e na versão do familiar foi de 28,33 pontos (dp=5,58), $p>0,100$. Em nosso estudo a versão do familiar em relação à QV do idoso foi de 33,45 pontos antes da intervenção e 37,36 pontos após a intervenção.

O estudo de Borghi et al.⁽¹⁾ também buscou identificar a QV de idosos com DA e de seus cuidadores. Os autores encontraram média dos escores totais para pacientes e cuidadores, respectivamente, de 26,36 e 35,04 pontos. Em nosso estudo encontramos médias de 37,64 pontos antes e após a intervenção de acordo com a percepção dos próprios idosos e médias de 33,45 antes e 37,36 após na percepção dos cuidadores.

Os achados corroboram com observações descritas na literatura, essas tendências podem ser associadas aos prejuízos de julgamento e crítica que alteram a percepção do paciente, além da dificuldade de entendimento das questões da escala de QV pelos mesmos.

A melhora significativa encontrada após a intervenção com exercício físico pelos cuidadores dos idosos no escore geral da QV de acordo com a percepção dos mesmos, nos leva a crer que o programa proposto foi sim eficaz na melhora da QV de idosos com DA. Esses cuidadores eram familiares e estavam presentes em tempo integral com os idosos.

CONCLUSÃO

Através dos resultados encontrados no presente estudo, pode-se concluir que houve melhora da qualidade de vida de idosos com DA após a intervenção com exercício físico multimodal com dupla tarefa de acordo com a avaliação de seus cuidadores. Sendo assim, o exercício físico pode ser utilizado como uma forma de tratamento não farmacológico para pacientes com DA para a melhoria da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borghi AC, Sassá AH, Matos PCB de, Decesaro M das N, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. dezembro de 2011;32(4):751–8. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400016&lng=pt&tlng=pt
2. Inouye K, Pedrazzani ES, Cristina S, Pavarini I, Toyoda CY. Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer : estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador¹. 2010;18(1):1–8.
3. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini S do CC, Ribeiro R de CL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul [Internet]. 2006;28(1):27–38. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005&lang=pt
4. de Andrade LP, Gobbi LTB, Coelho FGM, Christofolletti G, Riani Costa JL, Stella F. Benefits of Multimodal Exercise Intervention for Postural Control and Frontal Cognitive Functions in Individuals with Alzheimer’s Disease: A Controlled Trial. J Am Geriatr Soc [Internet]. novembro de 2013;61(11):1919–26. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.12531>
5. Pedroso RV, Coelho FG de M, Santos-Galdur??z RF, Costa JLR, Gobbi S, Stella F. Balance, executive functions and falls in elderly with Alzheimer’s disease (AD): A longitudinal study. Arch Gerontol Geriatr. 2012;54(2):348–51.
6. Coelho FGDM, Santos-Galduroz RF, Gobbi S, Stella F, Gomes F, Coelho DM. [Systematized physical activity and cognitive performance in elderly with Alzheimer’s dementia: a systematic review]. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2009;31(2):163–70. Available

at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19578690>

7. Cheik NC, Reis IT. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos Effects of the physical exercise and physical activity on the depression and anxiety in elderly. *Rev Bras Ciência e Mov.* 2003;11(3):45–51.
8. Coelho FG de M, Andrade LP, Pedroso RV, Santos-Galduroz RF, Gobbi S, Costa JLR, et al. Multimodal exercise intervention improves frontal cognitive functions and gait in Alzheimer's disease: A controlled trial. *Geriatr Gerontol Int.* 2013;13(1):198–203.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. 2010. Available at: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
10. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. DSM-IV-TRTM – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed. Porto Alegre: Artmed; 2002. 871 p.
11. Montañó MBMM, Ramos LR. [Validity of the Portuguese version of Clinical Dementia Rating]. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2005;39(6):912–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16341400>
12. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. setembro de 2003;61(3B):777–81. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=pt&tlng=pt
13. Novelli MMPC. “Adaptação transcultural da escala de avaliação de qualidade de vida na doença de Alzheimer” [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2003. Available at: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-16052006-135245/>
14. Novelli MMPC. Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2006. Available at: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-17102014-120122/>