CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

LARISSA DE MORAIS ROCHA

A PSICOMOTRICIDADE COMO MEIO DE PREVENÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

PATOS - PB
2024

LARISSA DE MORAIS ROCHA

A PSICOMOTRICIDADE COMO MEIO DE PREVENÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário de Patos - UNIFIP, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em fisioterapia pela referida instituição.

Orientadora:

Profª. Samara Campos de Assis

PATOS – PB

2024

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

Gr

R86p

Rocha, Larissa de Morais.
A psicomotricidade como meio de prevenção na doença de Alzheimer. / Larissa de Morais Rocha.–Patos – PB: UNIFIP, 2024.
99 fls.

Orientador(a): Profª Samara Campos de Assis
Monografia - Graduação Bacharelado em Fisioterapia
Centro Universitário de Patos UNIFIP

1. Doença de Alzheimer. 2. Psicomotricidade. 3. Habilidades psicomotoras. I. Título. II. UNIFIP

UNIFIP/BC CDU: 615.8

Francisco C. Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

A PSICOMOTRICIDADE COMO MEIO DE PREVENÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário UNIFIP de Patos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Aprovado em: 03/Dez/2024

Samara Campos de Assis

MA. SAMARA CAMPOS DE ASSIS

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(ORIENTADOR (A))

Ana Mayara Pereira Vilar Trigueiro

ESP. ANA MAYARA TRIGUEIRO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(1° MEMBRO)

Rubia Karine Diniz Dutra

MA. RUBIA KARINE DINIZ DUTRA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(2°MEMBRO)

A Deus, a minha mãe Alinne e a minha avó Rita, que sempre fizeram o possível paraque eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

“Tudo o que é seu chegará até
você não por acaso, mas pelos planos
de Deus”

Santa Terezinha do menino Jesus

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural que ocorre de maneira diferente em cada indivíduo, acarretando em mudanças físicas, biológicas e sociais. O envelhecimento populacional aumentou o número de idosos em relação ao de jovens, assim elevando a incidência de doenças crônicas, destacando-se dentre elas a Doença de Alzheimer. A DA faz parte do grupo de patologias neurodegenerativas, que são caracterizadas pela destruição irreversível de certos neurônios, tendo como consequência da sua progressão o declínio cognitivo e funcional. A presente pesquisa tem como objetivo avaliar as alterações psicomotoras em idosos que possuem Doença de Alzheimer, identificando como elas influenciam na qualidade de vida desses indivíduos, incluindo a capacidade de realizar suas atividades de vida diárias. Este estudo foi realizado como uma pesquisa de campo exploratória e descritiva com abordagem quantitativa a ser realizada no município de Patos no estado da Paraíba, tendo a coleta de dados realizada através da aplicação de um questionário sociodemográfico produzido pelo pesquisador, e com a aplicação da Escala Motora para Terceira Idade (EMTI) que avalia os pilares da psicomotricidade, motricidade fina, coordenação global, equilíbrio, esquema corporal/rapidez, organização espacial e temporal . Nos participantes desta pesquisa houve uma prevalência do sexo feminino (80%) na faixa etária entre 74 a 86 anos, a maioria (60%) com ensino superior commpleto. Ao aplicar a Escala Motora para Terceira Idade, foi observado alterações expressivas nas habilidades psicomotoras nos quesitos equilíbrio e coordenação global. De uma forma geral, a maioria (60%) dos avaliados permaneceram dentro da normalidade, e os que atingiram maior pontuação realizavam tratamento fisioterapêutico. De acordo com esta pesquisa, o equilíbrio e a coordenação global aparecem como os pontos principais a serem abordados no trabalho com idosos, sejam estes com Desenvolvimento Motor dentro ou abaixo da normalidade, uma vez que esta área envolve aspectos essenciais para o desempenho de atividades básicas de vida diária.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Psicomotricidade, habilidades psicomotoras;

ABSTRACT

Aging is a natural process that occurs differently in each individual, resulting in physical, biological and social changes. Population aging has increased the number of elderly people in relation to the number of young people, thus increasing the incidence of chronic diseases, among which Alzheimer's disease stands out. AD is part of the group of neurodegenerative pathologies, which are characterized by the irreversible destruction of certain neurons, with cognitive and functional decline as a consequence of its progression. This research aims to evaluate psychomotor changes in elderly people with Alzheimer's disease, identifying how they influence the quality of life of these individuals, including the ability to perform their daily activities. This study was conducted as an exploratory and descriptive field research with a quantitative approach to be carried out in the city of Patos in the state of Paraíba, with data collection performed through the application of a sociodemographic questionnaire produced by the researcher, and with the application of the Motor Scale for the Elderly (EMTI) that evaluates the pillars of psychomotricity, fine motor skills, global coordination, balance, body schema/speed, spatial and temporal organization. Among the participants of this research, there was a prevalence of females (80%) in the age group between 74 and 86 years old, the majority (60%) with complete higher education.

When applying the Motor Scale for the Elderly, significant changes in psychomotor skills were observed in the items balance and global coordination. In general, the majority (60%) of those evaluated remained within normal limits, and those who achieved higher scores underwent physiotherapy treatment. According to this research, balance and global coordination appear as the main points to be addressed when working with the elderly, whether they have Motor Development within or below normal, since this area involves essential aspects for the performance of basic activities of daily living.

Keywords: Alzheimer's disease, Psychomotricity, psychomotor skills**.**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fisiopatologia da Doença de Alzheimer

Figura 2: Atrofia do Hipocampo

Figura 3: Critérios clínicos para diagnóstico

Figura 4: Construção de uma torre

Figura 5: Construção de uma ponte

Figura 6: Enfiar a linha na agulha

Figura 7: Fazer um nó

Figura 8: Labirinto

Figura 9: Bolinhas de papel

Figura 10: Ponta do polegar

Figura 11: Lançmento com uma bola

Figura 12: Círculo com um polegar

Figura 13: Agarrar uma bola

Figura 14: Subir sobre um banco

Figura 15: Saltar sobre uma corda

Figura 16: Saltar sobre o mesmo lugar

Figura 17: Saltar uma altura de 20cm

Figura 18: Caminhar em linha reta

Figura 19: Pé manco

Figura 20: Saltar uma altura de 40cm

Figura 21: Saltar sobre o ar

Figura 22: Pé manco com uma caixa de fósforos

Figura 23: Saltar sobre uma cadeira

Figura 24: Equilíbrio Estático sobre um banco

Figura 25: Equilíbrio sobre um joelho

Figura 26: Equilíbrio com o tronco flexionado

Figura 27: Equilíbrio nas pontas dos pés

Figura 28: Pé manco estático

Figura 29: Equilíbrio de cócoras

Figura 30: Fazer o quatro

Figura 31: Manter-se sobre a ponta dos pés

Figura 32: Pé manco estático - olhos fechados

Figura 33: Imitação de gestos simples (movimentos das mãos)

Figura 34: Imitação de gestos simples (movimentos dos braços)

Figura 35: Prova de rapidez

Figura 36: Tabuleiro/´posição normal

Figura 37: Tabuleiro/ posição invertida

Figura 38: Prova dos palitos

Figura 39: Jogo de paciência

Figura 40: Direita/esquerda – conhecimento sobre si

Figura 41: Execução de movimentos

Figura 42: Direita/esquerda- reconhecimento sobre o outro

Figura 43: Reprodução de movimentos- representação humana

Figura 44: Reprodução de movimentos- figura esquematizada

Figura 45: Reconhecimento da posição relativa de três objetos

Figura 46: Reprodução p/ meio de golpes- estruturas temporais

Figura 47: Simbolização (desenho) de estruturas espaciais

Figura 48: Simbolização de estruturas temporais

Figura 49: Transcrição de estruturas temporais-ditado

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos participantes

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Motricidade fina
Grafico 2: Coordenação global
Gráfico 3: Equilíbrio
Gráfico 4: Esquema corporal/rapidez
Gráfico 5: Organização espacial
Gráfico 6: Organização temporal

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD’s – Atividades de vida diárias

DA- Doença de Alzheimer

EMTI- Escala Motora para Terceira Idade

OMS- Organização Mundial da Saúde

P1- Paciente 1

P2- Paciente 2

P3- Paciente 3

P4- Paciente 4

P5- Paciente 5

TCLE- Termo de consentimento live e esclarecido

UNIFIP- Centro Universitário de Patos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 01
2 OBJETIVOS 03
2.1 OBJETIVO GERAL..... 03
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 03
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 04
3.1 PROCESSO DO ENVELHECIMENTO..... 04
3.2 DOENÇADEALZHEIMER 04
3.2.2 Incidência..... 05
3.2.3 Fisiopatologia..... 05
3.2.4 Evolução da doença..... 05
3.2.5 Diagnóstico..... 05
3.3 RETROGÊNESE..... 07
3.4 PSICOMOTRICIDADE..... 08
3.5 TRATAMENTO..... 09
4 METODOLOGIA 09
4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO 09
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM 10
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 12
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 14
4.5ANÁLISE DOS DADOS 14
4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO 14
5 ARTIGO..... 14
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 14
REFERÊNCIAS 12
APÊNDICES 12

APÊNCICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 21

APENDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR..... 21

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIOBIODEMOGRÁFICO 21

ANEXOS 21

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL 21

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 21

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA COOPEX / UNIFIP..... 21

1 INTRODUÇÃO

As doenças neurodegenerativas são patologias caracterizadas pela destruição irreversível de certos neurônios, o que leva à perda progressiva e incapacitante de determinadas funções do sistema nervoso. Algumas delas são hoje consideradas as maiores causas de demência no mundo (Burns,A. ; Iliffe,S. 2009). A doença de Alzheimer (DA), é a patologia neurodegenerativa mais frequente associada à idade, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em uma deficiência progressiva e uma eventual incapacitação (Sereniki, et al.,2008).

A evolução humana pode ser estudada do ponto de vista da filogênese, ontogênese e retrogênese. A filogênese é o estudo da evolução das espécies, desde os seus primórdios, a ontogênese refere-se a evolução humana, e a retrogênese, por sua vez, refere-se a involução humana. De acordo com Fonseca, (1998) todas as manifestações regressivas do comportamento no idoso, sejam motoras, perceptivas, cognitivas ou socioemocionais, vão dar-se no sentido inverso ao da ontogênese, ou seja, do córtex a medula, do mais complexo ao mais simples, do mais voluntario ao mais automático. No ponto de vista da DA essa involução geneticamente programada, está presente com frequência.

Segundo Small *et al.*(1997), observa-se que na DA o comprometimento das capacidades cognitivas dos pacientes torna-se mais significativo com o passar dos anos. A primeira a ser afetada é a memória recente, porém outras habilidades também são comprometidas com o progresso da doença, como, por exemplo, a capacidade de realizar cálculos e de usar objetos e ferramentas que fazem parte do cotidiano da pessoa acometida pela doença.

Como mostra De Aquino *et al*. (2015), a DA caracteriza-se em três fases evolutivas, na fase I há o surgimento dos primeiros sintomas de déficit de memória recente, vagos e difusos, que podem perdurar por cerca de dois ou três anos. Já na fase II além das alterações da fase I, iniciam também os aparecimentos de déficits cognitivos (orientação linguagem, memória, raciocínio e julgamento) que prejudicam de forma significativa as AIVDs do indivíduo. Por fim, na fase III, além dos sintomas citados anteriormente, ocorre a deterioração da capacidade intelectual e iniciativa do indivíduo, chegando à imobilização no leito e consequentemente ao óbito.

Estimativas da OMS – a Organização Mundial da Saúde (2010) revelam que 18 milhões de homens e mulheres sofrem de Alzheimer, e a projeção é de que esse número possa quase dobrar até 2025, atingindo pelo menos 34 milhões de pessoas (DE AQUINO, et al.,2015).

Pensando em uma forma de minimizar os sintomas da doença de Alzheimer, a literatura aponta a psicomotricidade como um meio de prevenção, que auxilia o sistema cognitivo e no tratamento das funções primordiais. Nesse aspecto, destaca-se como conceitos básicos da Psicomotricidade: o aprimoramento das funções motoras junto com a lateralidade, da noção espacial e temporal, da estruturação do esquema e da imagem corporal; e o desenvolvimento da coordenação motora fina (pequenos músculos) e global (grandes músculos), obtendo equilíbrio e adquirindo ritmo (Pereira, 2022).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as alterações psicomotoras em idosos que possuem Doença de Alzheimer;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar o papel da Psicomotricidade na DA;
- Observar como as alterações psicomotoras influenciam a qualidade de vida dos idosos com Alzheimer, incluindo a sua capacidade de realizar atividades diárias.
- Identificar se os referidos pacientes fazem tratamento psicomotor;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo natural que acontece de forma divergente nos seres humanos, implicando não só em mudanças físicas e biológicas, como também significativas mudanças sociais (OMS, 2015). Fatores como gênero, etnia, condições socioeconômicas e questões hereditárias podem influenciar de maneira diferenciada no processo de envelhecimento de cada indivíduo (Ministério da Saúde, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) no processo do envelhecimento há duas vertentes, a senilidade e senescência. A senescência é compreendida como a diminuição gradual dos aspectos funcionais e as alterações ocorridas no organismo do indivíduo de forma natural. Já a senilidade corresponde a condições patológicas que podem surgir no processo de envelhecimento.

Nasri (2008) apontou que o aumento do envelhecimento populacional consiste no aumento da proporção de número de idosos e no declínio da proporção de número de jovens. O envelhecimento populacional não deve apenas ser ligado ao aumento da expectativa de vida e declínio da mortalidade, mas também à diminuição das taxas de fecundidade.

O envelhecimento populacional implicou em um predomínio no número de doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais se destaca a doença de Alzheimer, doença neurodegenerativa que ocasiona a morte gradual das células neurais do cérebro, afetando áreas como memória e demais funções cognitivas (Bottino et al, 2002).

3.2 DOENÇA DE ALZHEIMER

Os altos índices de envelhecimento da população ocasionam o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, entre elas as demências, merecendo especial atenção, uma vez que interfere na capacidade funcional dos idosos e é a responsável por números alarmantes de acometidos, e caracteriza-se por ser uma síndrome marcada pelo declínio progressivo e global de memória, associado ao déficit de uma ou mais funções cognitivas (linguagem, agnosia, apraxias, funções executivas), com uma intensidade que possa interferir no desempenho social diário ou ocupacional do indivíduo (Machado, 2006)

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019) mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com demência, e a cada ano são registrados quase dez milhões de novos casos. A estimativa é de que cerca de 152 milhões de pessoas serão afetadas até 2050. A demência engloba uma série de doenças progressivas que afetam as

capacidades de atenção, memória e outras habilidades cognitivas e comportamentos. Entre as formas de demência, a mais comum é a doença de Alzheimer, que contabiliza de 60% a 70% de todos os casos. As mulheres são mais frequentemente afetadas do que os homens.

O nome dessa patologia refere-se ao médico Alois Alzheimer, que foi o primeiro a descrevê-la em 1906. O caso estudado por ele foi o da paciente Auguste Deter que aos 51 anos desencadeou um quadro de perda progressiva de memória, desorientação, distúrbio de linguagem (com dificuldade de compreensão e expressão), dessa forma, sendo incapaz de preservar sua autonomia. Após seu falecimento aos 55 anos, Alzheimer estudou seu cérebro e descreveu as alterações que hoje são conhecidas como próprias da doença (Abraz, 2019).

O Alzheimer é uma desordem crônica, progressiva e irreversível com surgimento insidioso e de etiologia desconhecida. A doença é causada pela destruição de neurônios colinérgicos, se manifestando, principalmente, na perda de memória e cognição, bem como prejuízos ao comportamento social. Conforme progride, acarreta perda gradual da autonomia, com acometimento também da mobilidade evoluindo de forma que o indivíduo apresente dependência de cuidados até mesmo na realização de atividades antes cotidianas (Silva, et al. 2020).

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento - CID-10 o Alzheimer pode ser avaliado enquanto doença cerebral degenerativa primária, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos, podendo ter seu início na meia-idade (pré-senil), porém com maior incidência em idades mais avançadas, com a confirmação de aspectos essenciais para se caracterizar diagnóstico definitivo, dentre esses se faz necessário que haja a presença de uma demência; início insidioso com deterioração lenta; ausência de evidências que sugerem que seja uma patologia decorrente de outra doença sistêmica ou cerebral, que possa induzir uma demência e ausência de sinais neurológicos de lesão focal (Moreno et al. 2020).

3.2.1 Incidência

De acordo com o Instituto Alzheimer Brasil (s.a.) estima-se por meio de dados populacionais que haja cerca de 2 milhões de pessoas portadoras da patologia. Matos et al. (2021) realizou um estudo em relação a caracterização epidemiológica da mortalidade no Brasil entre os anos de 2010 a 2019, onde o SIM registrou 164.976 óbitos pela doença nas 5 regiões brasileiras, sendo o Sudeste a obter o maior número de óbitos com 54,72%.

A DA apresenta sua incidência crescente conforme o aumento da população idosa (acima dos 65 anos). A Alzheimer’s Disease International (ADI) realizou um levantamento de que a patologia atinge cerca de 35,6 milhões de pessoas a nível mundial, e a previsão é de

que em 2030 haja por volta de 65,7 milhões de pessoas acometidas pela DA (Dalmagro, Cazarin, Zenaide, 2020).

A incidência da doença de Alzheimer pode ser reduzida através do controle dos fatores de risco. Cerca de 40% dos casos de demência poderiam, provavelmente, ser evitáveis ao abordar riscos modificáveis como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade e diabetes, depressão, perda auditiva, inatividade física, tabagismo, isolamento social, baixa educação formal, ingestão excessiva de álcool, lesão cerebral traumática e poluição do ar. Além disso, estudos sugerem ação positiva para diminuir o risco de DA, a prática de exercícios aeróbios regulares, intervenções musicais, dieta e participação em atividades sociais e programas de reabilitação (Moreira; Moreira, 2020)

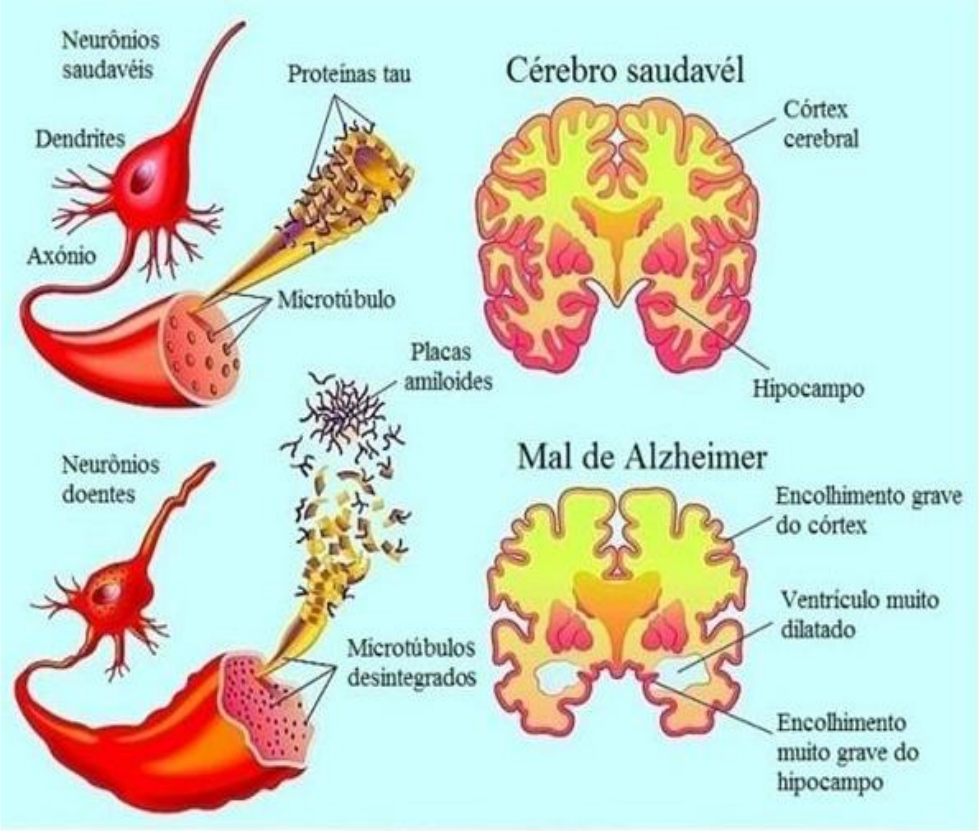
3.2.2 Fisiopatologia

Histopatologicamente a DA é caracterizada pela perda sináptica e morte neural, observadas em regiões cerebrais responsáveis por funções cognitivas. No parênquima cerebral de pacientes portadores de DA observam-se depósitos fibrilares amilóides localizados nas paredes dos vasos sanguíneos, uma variedade de diferentes placas senis, além do acumulo de filamentos anormais da proteína Tau e consequentemente formação de novelos neurofibrilares, perda neural e sináptica (Sereniki; Vital, 2008).

Na perspectiva neuropatológica, o cérebro de pacientes com DA mostra uma atrofia cortical difusa, com a perda neuronal, número expressivo de placas senis (que se relaciona ao nível de demência) e novelos neurofibilares com extensas degenerações. A evolução da doença varia entre 5 a 10 anos, diminuindo a expectativa de vida pela metade (Moreira; Moreira, 2020).

Afim de buscar explicações para a etiologia da doença, duas hipóteses foram desenvolvidas com base nesses marcadores histopatológicos. A primeira hipótese afirma que a DA inicia-se com a clivagem proteolítica da proteína precursora amilóide, resultando na produção, agregação e deposição de substancias β-amiloide e formação de placas senis, produzindo radicais livres e ocasionando inflamações, provocando morte celular, como ilustrado na figura 1. Já a segunda hipótese indica a disfunção do sistema colinérgico, ocorrendo uma redução da atividade da colina acetiltransferase e acetilcolinesterase, diminuindo assim os níveis de acetilcolina e acarretando no prejuízo cognitivo (Sereniki; Vital, 2008).

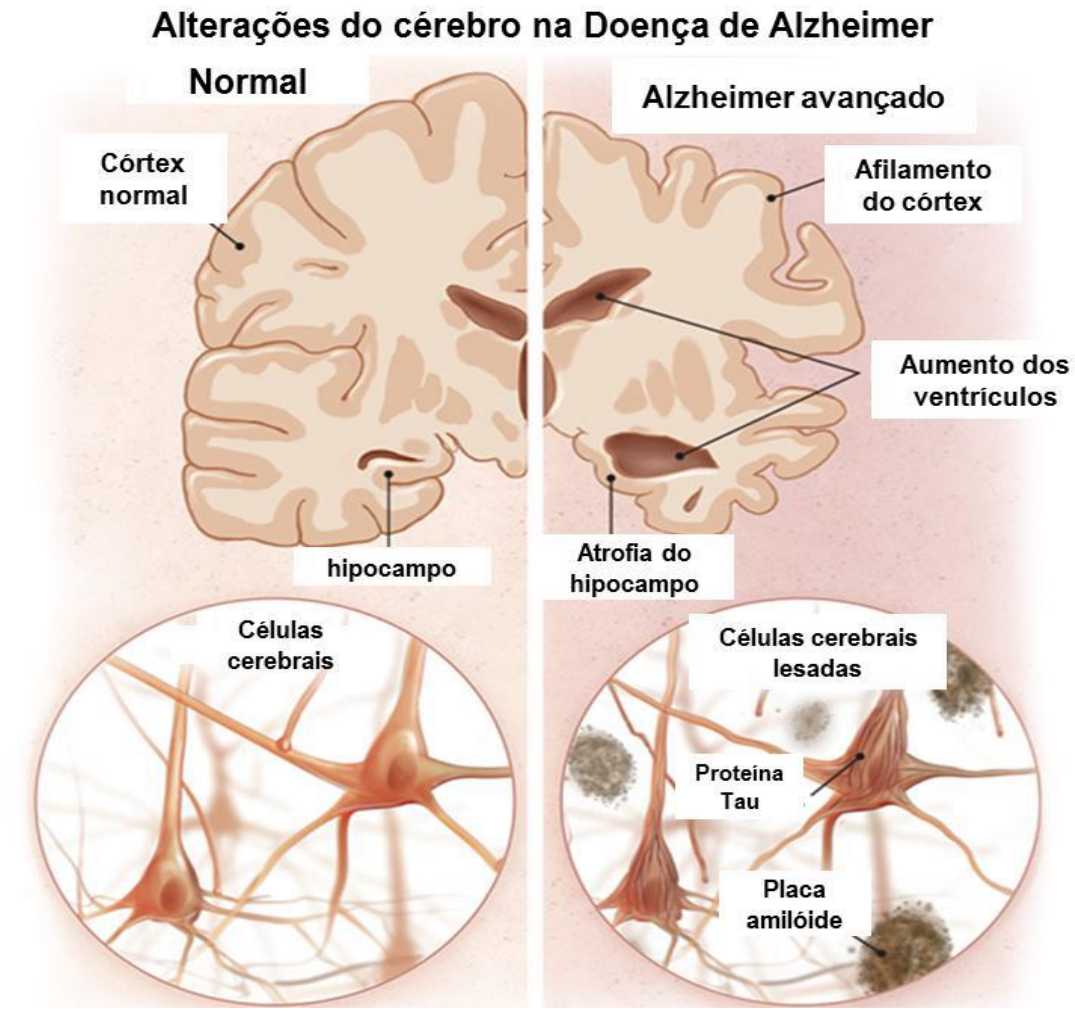
FIGURA 1: Fisiopatologia da Doença de Alzheimer.



Fonte: http://www.fisioterapiaparatodos.com/p/doenca/mal-de-alzheimer/

A atrofia do hipocampo esta comumente ligada com a etiologia da DA. O hipocampo é o principal centro da memória, localiza-se no lobo temporal do cérebro e possui a função de transferência da memória de longo e curto prazo. A acetilcolina (ACh) é um importante neurotransmissor formado nas células nervosas colinérgicas a partir de 2 precursores (acetilcoenzima e a colina). Na DA ocorre a diminuição desse neurotransmissor, resultando na desorientação na memória de curto prazo, essa perturbação é o principal sintoma da doença conforme ilustrado na figura 2 (Ferreira; Mainardes, 2012).

FIGURA 2: Atrofia do Hipocampo



Fonte:http://www.ineuro.com.br/para-os-pacientes/alzheimer-reconhecendo-seus-sintomas/

A DA tem sua evolução de acordo com o tempo, e segundo o Ministério da Saúde (2012) pode ser caracterizada em quatro estágios, estágio 1 (inicial), estágio 2 (moderado), estágio 3 (grave), estágio 4 (terminal), onde o paciente perde por completo suas habilidades motoras e paticamente todas as suas lembranças.

3.2.3 Evolução da doença

A neurodegeneração característica da Doença de Alzheimer provoca uma deficiência progressiva e uma eventual incapacitação. Segundo os autores, a evolução da doença pode ser dividida em três fases, na fase inicial a pessoa acometida apresenta perda da memória recente, dificuldade de aprender e guardar informações novas, complicações em desemprenhar tarefas instrumentais, porém ainda consegue se manter independente e realizar atividades de vida diária (Ferreira; Mainardes, 2012).

Na fase moderada ou intermediária ocorre uma perda significativa da memória e da atividade cognitiva, além da afasia fluente, que é a dificuldade de se expressar com clareza, da apraxia, disfunção das habilidades motoras e das alterações comportamentais, incluindo irritabilidade, agressividade, inquietação, impaciência, e também pode ocorrer delírios e

alucinações. Nessa fase o indivíduo passa a depender dos cuidados de familiares ou responsáveis, pois possui tendência a fugir ou perambular pela casa, e começa necessitar de ajuda com a higiene pessoal, cuidados com a casa e alimentação. (Valim et al, 2010).

O último estágio, chamado de grave ou final, é caracterizado pelo grave prejuízo da memória, associado ao agravamento dos sintomas anteriores. O paciente apresenta uma fala monossilábica, evoluindo a perda total da fala, tende a ficar a maior parte do tempo sentado ou restrito ao leito devido a piora da marcha e enrijecimento das articulações, há perda de controle de bexiga e intestino, e dificuldade para deglutir alimentos, progredindo para o uso de sondas. Nessa fase o indivíduo torna-se dependente do cuidador, que geralmente são familiares ou pessoas próximas, como a doença possui diferentes sintomas conforme evolui, torna-se difícil as pessoas que convivem com esse paciente diagnosticarem a doença (Mendonça; Nascimento, 2012).

3.2.4 Diagnóstico

É muito comum que os primeiros sintomas da DA sejam confundidos com um simples sinal de envelhecimento do paciente, essa confusão acaba que retardando a procura por um medico e consequentemente o diagnóstico da doença. A partir do aparecimento dos primeiros sinais, é recomendado aos familiares buscar profissionais ou serviços de saúde especializados para um possível diagnóstico precoce da doença (Ximenes, 2014).

Como mostra Moreira (2020), o diagnóstico da Doença de Alzheimer é clínico, feito através de anamnese e avaliação cognitiva ou neuropsicológica, comprovando danos ao menos em dois dos cinco domínios cognitivos, entre eles, memória, capacidade de captar e relembrar assuntos recentes, sendo seu comprometimento caracterizado por repetição de conversas e perguntas e, por esquecimentos de ações habituais; função executiva, expressa pela incapacidade de raciocínio, realização de tarefas complexas e julgamento; habilidade visuoespacial que se mostra pela dificuldade de reconhecer faces ou objetos comuns, de orientar-se no espaço e de manipular utensílios; linguagem, que se manifesta pela discordância em selecionar e compreender palavras; e personalidade definida pela alterações de comportamento e conduta.

FIGURA 3- Critérios clínicos para diagnóstico

Paciente deve preencher os critérios para demência, com as seguintes características adicionais: A. Início lento, insidioso; B. Piora definida de cognição, evidenciada por relato ou exame objetivo; e C. Os prejuízos cognitivos iniciais e mais proeminentes são evidenciados pela história e exame em uma das categorias seguintes: a. Apresentação amnéstica: a mais comum. O comprometimento cognitivo deve incluir dificuldade para aprender e recordar informações recentes e pelo menos mais uma outra disfunção cognitiva.

b. Apresentações não amnésticas:
• Linguagem: principalmente dificuldade de expressar-se. Deve haver disfunção concomitante em outros domínios cognitivos.
• Habilidade visuoespacial: principalmente prejuízo na cognição espacial, incluindo agnosias, e alexia. Deve haver disfunção concomitante em outros domínios cognitivos.
• Disfunção executiva: principalmente dificuldades de raciocínio, julgamento e resolução de problemas. Deve haver disfunção concomitante em outros domínios cognitivos.
D. O diagnóstico de demência da doença de Alzheimer provável não deve ser feito quando há evidência de: (a) doença cerebrovascular considerável concomitante; (b) características essenciais da demência com corpos de Lewy afora a própria demência; (c) características proeminentes da demência frontotemporal variante comportamental; (d) características proeminentes da afasia progressiva primária nas variantes semântica e não fluente/agramática; (e) outra doença neurológica concorrente ou comorbidade não neurológica ou uso de medicação, que possam ter um efeito substancial na cognição.

Critérios Clínicos Essenciais do NIA-AA para o diagnóstico provável da demência da doença de Alzheimer segundo McKhann et al. (2011).

Os diagnósticos diferenciais da Doença de Alzheimer podem ser representados pela depressão, comum em pacientes com demência; deficiência de vitamina B12 com alta incidência em pacientes com hipotireiodismo e/ou idosos; infarto cerebral, neoplasia, coleções de líquido extracerebral detectados por tomografia computadorizada ou ressonância magnética que favorecem a demência (Conitec, 2017).

3.3 RETROGÊNESE

A teoria da retrogênese foi descrita pelo psiquiatra Barry Reisberg e seu grupo de pesquisadores (1999), como um processo patológico reverso ao processo biológico de desenvolvimento humano. Como apontado em alguns estudos, a progressão dos sintomas da DA refere-se de forma inversa aos padrões de maturação do desenvolvimento, observados em estágios funcionais do indivíduo (Britto, 2018). A retrogênese pode ocasionar alterações neuropatológicas que acontecem na DA, envolvendo a questão comportamental, funcional, cognitiva e neurológica de degeneração. De acordo com a teoria da Retrogênese Funcional, o curso da DA seguiria o caminho inverso da ontogênese (Glisoi, Silva, Galduróz, 2021).

Deste modo, evolução caminha para uma involução pré-programada para se desintegrar em ritmo variável de acordo com a constituição genética, bem como pelo fenótipo, influenciado pelo meio em que cada indivíduo se insere. A retrogênese pode ser definida como um como o processo que faz parte da senescência no qual ocorre um mecanismo inverso ao da aquisição do desenvolvimento normal. onde o desenvolvimento se transforma em "(des)desenvolvimento". A evolução transforma-se em involução, a organização vertical ascendente, em desorganização vertical descendente (Borges *et al.*, 2010).

Reisberg et al. (1999) aponta que o mau prognóstico da DA pode ser melhor compreendido por meio da teoria da retrogênese de, que mostra uma forte hipótese de que os mecanismos reparadores do processo de seleção natural da espécie se encerram gradualmente, fazendo com que caminhemos para uma espécie de involução pré-programada (Glisoi, Silva, Galduróz, 2021).

De forma geral, Reisberg e seus colaboradores comparam os resultados de pesquisas sobre a DA com desenvolvimento normal infantil, mas de forma inversa. Nas revisões sobre o assunto, os autores buscaram na literatura cientifica a correlação de vários estudos em que alterações fisiológicas, clinicas e patológicas seguiam o sentido oposto a ontogenese. Como se viu, a teoria da retrogênese contempla a funcionalidade, a cognição, o comportamento emocional, bem como aspectos neurológicos e aspectos anatomopatológicos, que tentam explicar o caminho inverso a ontogênese percorrido pela retrogênese (Borges *et al.*, 2010).

3.4 PSICOMOTRICIDADE

A psicomotricidade pode ser definida como uma manifestação corporal caracterizada por três saberes fundamentais: movimento, afeto e intelecto. Os pensamentos voltados a Psicomotricidade tiveram como principal precursor o autor francês “Jean Le Boulch” (Silva, 2010).

A psicomotricidade é compreendida como uma ciência que se dedica aos estudos pertinentes da relação entre o corpo e a mente. Nesse sentido, o ser humano é visto como um todo: movimentos corporais, sentimentos, pensamentos, emoções e contexto social. As intervenções psicomotoras visam compreender uma pessoa em vários de seus aspectos, incluindo as capacidades motoras, psicoemocionais, cognitivas e sociais – tudo isso para elaborar o plano de intervenção ideal para cada caso. Estas intervenções podem ser lúdico-terapêuticas, exercícios expressivos, relaxação e atividades motoras (Alves Guimarães *et al.*, 2022).

A psicomotricidade compõe vários fatores psicomotores, dentre os principais temos: a tonicidade, o equilíbrio, a lateralidade, a noção corporal, a estruturação espaço-temporal e as coordenações motoras fina e global (Fonseca, 1995).

A tonicidade tem a função de organizar e dar o suporte necessário a postura corporal para a realizar os movimentos. Lateralidade está relacionada à consciência corporal, entendendo que o corpo tem dois lados (direita e esquerda) e à noção de externo e interno. A noção do corpo diz respeito à representação mental que temos sobre o nosso corpo, e a estruturação espaço-temporal à consciência do corpo em determinado espaço, permitindo que o indivíduo interaja com meio e com os objetos nele inseridos. A coordenação motora

grossa refere-se a habilidades menos delicadas, como pular, subir e descer escadas. Já a coordenação motora fina é a maneira como usamos os nossos braços, mãos e dedos, para realizar movimentos de forma precisa, de acordo com a exigência da atividade.

A gerontopsicomotricidade, por sua vez, é exclusivamente dedicada aos indivíduos da terceira idade, permitindo ao geronte ou idoso desenvolver habilidades psicomotoras de forma terapêutica e preventiva através de terapias não farmacológicas, as quais estudam o movimento corporal de pacientes idosos e sua relação com aspectos psicológicos e afetivos. O profissional que atua na área da gerontopsicomotricidade trabalha com objetivo de neutralizar ou minimizar a retrogênese psicomotora, a diminuição das capacidades cognitivas, a perda de capacidades sensoriais, os problemas emocionais e afetivos (Alves Guimarães *et al.*, 2022).

3.5 TRATAMENTO

Para gerenciar a DA é importante estabelecer de metas compartilhadas e a parceria entre o médico, paciente e cuidadores. Além de ser um processo ser dinâmico e multidisciplinar envolvendo diversos profissionais de saúde, como: nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros. É essencial que haja um diagnóstico preciso e precoce dos sintomas, combinados com um plano de atendimento personalizado de acordo com as necessidades do paciente; intervenções não farmacológicas e abordagens comportamentais; tratamento farmacológico apropriado; e ajuste dinâmico e pragmático do plano de cuidados de acordo com as mudanças nas metas e nos recursos do paciente e seu cuidador. Tendo em vista que os cuidadores são fundamentais durante o processo, é necessário estabelecer uma aliança terapêutica continuada, contribuindo para adesão, bem-estar e segurança do paciente e do cuidador (Atri, 2019).

O tratamento primordial é o farmacológico, porém a realização de atividades físicas e a reabilitação neuropsicológica auxiliam no retardamento dos sintomas da doença e recuperação, pelo menos em parte, das funções cognitivas e motores do indivíduo acometido pela patologia.

Nota-se a importância de exercício físico na vida saudável de indivíduos normais, mas para a demência trata-se de maior resultado quando se praticado ao decorrer da idade para idosos, tendo um bom resultado para proteger as pautas causais do processo demencial. O exercício físico realizado pela a fisioterapia de forma regular pode estar causando um atraso no processo demencial, e ajuda na diminuição do déficit de equilíbrio da DA, diminuindo a queda de idosos (Dos Santos Leal *et al*., 2017).

Conforme a doença evolui, é comum identificar uma redução cognitiva, alterações motoras, instabilidade postural, diminuição da massa muscular, força e flexibilidade, bem como, o aumento da perda de atividades e funções. Essas alterações podem ocasionar dificuldades na realização das Atividades de Vida Diária (AVD), deterioração da marcha, diminuindo a capacidade de caminhar e a independência de idosos acometidos pela patologia (Bassani et al., 2017).

A intervenção fisioterapêutica tem como objetivo principal retardar o avanço da doença, atuando de acordo com a necessidade de cada paciente, afim de conservar a funcionalidade motora o mais próximo do normal. É possível observar que a realização de fisioterapia e exercícios físicos, promove benefícios aos idosos com Demência de Alzheimer, tais como: melhora do equilíbrio, mobilidade, flexibilidade, força muscular, funções cognitivas, melhora da amplitude de movimento (ADM), memória, humor e autoestima, melhora da locomoção e foco atencional, prevenção de úlceras de decúbito (Da Silva, 2020).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo exploratória e descritiva com abordagem quantitativa realizada no município de Patos no estado da Paraíba, as entrevistas ocorreram mais especificamente no Centro Universitário de Patos-UNIFIP.

A pesquisa de campo é utilizada para realizar um tipo de pesquisa que ocorre fora de um laboratório ou sala de entrevista, ou seja, ocorre em ambientes cotidianos. Nessa perspectiva, os pesquisadores vão a campo em busca de dados para que após isso seja realizado um estudo específico por meio de diversos métodos de coleta e análise (SPINK, 2003).

No método de pesquisa quantitativa-descritiva, o pesquisador busca coletar informações que sejam quantificáveis para análise estatística de uma amostra de uma população específica de pesquisa (FROSSARD, 2017).

Segundo Zanella (2012), o levantamento de dados tem como objetivo colher dados para que sejam realizados estudos a respeito de determinado assunto, podendo utilizar questionários para coletá-los, entrevistas, observações e análises de documentos, podendo serem usados separadamente ou em combinação.

A pesquisa transversal, baseia-se no estudo de uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população e para a identificação de grupos de risco (SITTA *et al.*, 2010).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população deste estudo foi formada por pacientes diagnosticados com a Doença de Alzheimer na cidade de Patos no estado da Paraíba e a amostragem foi constituída pelos primeiros cinco voluntários que aceitaram fazer parte da pesquisa.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário como pré-requisito, ter o diagnóstico clínico da Doença de Alzheimer no município de Patos no estado da Paraíba, não apresentarem outras doenças neurológicas e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). Como critérios de exclusão estabeleceu-se aqueles que não se encaixam nos critérios de inclusão.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com a aplicação de questionário sociobiodemográfico produzido pelo pesquisador, com o intuito de traçar o perfil da amostra sobre os dados intrínsecos e rotina de trabalho, a pesquisa também contou com a aplicação da Escala Motora para Terceira Idade (EMTI) para identificar quais as alterações psicomotoras presentes nos participantes do estudo.

O questionário sociodemográfico conta com questões sobre idade, sexo, estado civil, renda, profissão entre outros. A Escala Motora para Terceira Idade (EMTI) aplicada possui o objetivo de avaliar os seis pilares da psicomotricidade, sendo esses equilíbrio, lateralidade, esquema corporal, organização espaço-temporal, coordenação motora fina e ampla.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o *software Microsoft Excel* versão 2020.

4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

A realização deste estudo considerou a Resolução n° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos. Após a concessão de sua aprovação, sobe número do parecer 6.692.859, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram ao TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador ou todos sujeitos assinalarão o item aceito a participar da pesquisa para conseguir ter acesso ao questionário . A preservação da privacidade dos sujeitos será garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE B).

5 ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA INTEGRAÇÂO DO CENTRO UNIVERSI´TARIO DE PATOS UNIFIP

A PSICOMOTRICIDADE COMO MEIO DE PREVENÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

ISSN Impresso: 1809-8320
ISSN Online: 2675-2638
http://integração.unifip.edu.br/

A PSICOMOTRICIDADE COMO MEIO DE PREVENÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

PSYCHOMOTRICITY AS A MEANS OF PREVENTION IN ALZHEIMER'S DISEASE

Larissa de Morais Rocha [1]

Samara Campos de Assis [2]

RESUMO: O envelhecimento é um processo natural que ocorre de maneira diferente em cada indivíduo, acarretando em mudanças físicas, biológicas e sociais. O envelhecimento populacional aumentou o número de idosos em relação ao de jovens, assim elevando a incidência de doenças crônicas, destacando-se dentre elas a Doença de Alzheimer. A DA faz parte do grupo de patologias neurodegenerativas, que são caracterizadas pela destruição irreversível de certos neurônios, tendo como consequência da sua progressão o declínio cognitivo e funcional. A presente pesquisa tem como objetivo avaliar as alterações psicomotoras em idosos que possuem Doença de Alzheimer, identificando como elas influenciam na qualidade de vida desses indivíduos, incluindo a capacidade de realizar suas atividades de vida diárias. Este estudo foi realizado como uma pesquisa de campo exploratória e descritiva com abordagem quantitativa a ser realizada no município de Patos no estado da Paraíba, tendo a coleta de dados realizada através da aplicação de um questionário sociodemográfico produzido pelo pesquisador, e com a aplicação da Escala Motora para Terceira Idade (EMTI) que avalia os pilares da psicomotricidade, motricidade fina, coordenação global, equilíbrio, esquema corporal/rapidez, organização espacial e temporal . Nos participantes desta pesquisa houve uma prevalência do sexo feminino (80%) na faixa etária entre 74 a 86 anos, a maioria (60%) com ensino superior commpleto. Ao aplicar a Escala Motora para Terceira Idade, foi observado alterações expressivas nas habilidades psicomotoras nos quesitos equilíbrio e coordenação global. De uma forma geral, a maioria (60%) dos avaliados permaneceram dentro da normalidade, e os que atingiram maior pontuação realizavam tratamento fisioterapêutico. De acordo com esta pesquisa, o equilíbrio e a coordenação global aparecem como os pontos principais a serem abordados no trabalho com idosos, sejam estes com Desenvolvimento Motor dentro ou abaixo da normalidade, uma vez que esta área envolve aspectos essenciais para o desempenho de atividades básicas de vida diária.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; psicomotricidade; habilidades psicomotoras.

ABSTRACT: Aging is a natural process that occurs differently in each individual, resulting in physical, biological and social changes. Population aging has increased the number of elderly people in relation to the number of young people, thus increasing the incidence of chronic diseases, among which Alzheimer's disease stands out. AD is part of the group of neurodegenerative pathologies, which are characterized by the irreversible destruction of certain neurons, with cognitive and functional decline as a consequence of its progression. This research aims to evaluate psychomotor changes in elderly people with Alzheimer's disease, identifying how they influence the quality of life of these individuals, including the ability to perform their daily activities. This study was conducted as an exploratory and descriptive field research with a quantitative approach to be carried out in the city of Patos in the state of Paraíba, with data collection performed through the application of a sociodemographic questionnaire produced by the researcher, and with the application of the Motor Scale for the Elderly (EMTI) that evaluates the pillars of psychomotricity, fine motor skills, global coordination, balance, body schema/speed, spatial and temporal organization. Among the participants of this research, there was a prevalence of females (80%) in the age group between 74 and 86 years old, the majority (60%) with complete higher education. When applying the Motor Scale for the Elderly, significant changes in psychomotor skills were observed in the items balance and global coordination. In general, the majority (60%) of those evaluated remained within normal limits, and those who achieved higher scores underwent physiotherapy treatment. According to this research, balance and global coordination appear as the main points to be addressed when working with the elderly, whether they have Motor Development within or below normal, since this area involves essential aspects for the performance of basic activities of daily living.

Keywords: Alzheimer's disease, Psychomotricity, psychomotor skills**.**

INTRODUÇÃO

A transição demográfica presente devido ao envelhecimento populacional é um fato a ser observado no Brasil e no mundo, isso ocorre devido ao aumento da expectativa de vida associado a diminuição da taxa de natalidade juntamente com a taxa de mortalidade. O envelhecimento consiste em um processo natural caracterizado por diversas mudanças que ocorrem em todo o organismo, sendo o principal fator de risco para as doenças crônicas, o que culmina por gerar então uma estreita relação entre o avanço da idade e o surgimento de tais patologias (Da Paz et.al., 2021)

As doenças neurodegenerativas são patologias caracterizadas pela destruição irreversível de certos neurônios, o que leva à perda progressiva e incapacitante de determinadas funções do sistema nervoso (Falco, et.al. 2016). Considera-se que a Doença de Alzheimer seja o distúrbio neurodegenerativo crônico e incurável mais visto na humanidade, sendo o tipo de demência mais comum (Camara, 2019). Com o aumento da longevidade, a prevalência de DA também tende a aumentar.

De acordo com Machado et.al. (2020) a doença de Alzheimer é uma desordem progressiva e crônica, caracterizada pela destruição de neurônios colinérgicos, sendo uma das principais causas de demência no mundo. A patologia caracteriza-se pelo acúmulo das proteínas beta amiloide extracelular e proteína tau deformadas no Sistema Nervoso Central, o que leva à atrofia cerebral severa e neurodegeneração no hipocampo e no córtex cerebral. Desse modo, devido a atrofia cerebral, o indivíduo apresenta déficit de cognição, memória, comportamento, e no que diz respeito a motricidade.

A teoria da retogênese descrita por Reisberg et.al. (1999) refere-se a involução humana, onde mudanças nas habilidades psicomotoras que ocorrem de forma inversa a aquisição do desenvolvimento motor normal. No idoso, todas as manifestações regressivas do comportamento, quer sejam motoras, perceptivas, cognitivas ou socioemocionais, vão dar-se no sentido inverso ao da ôntogenese, que seria a evolução humana normal.

Como apresentado por De Lima Silva et.al. (2023) estudos com neuroimagem apontam que o processo de retrogênese se inicia por volta da quarta década de vida e que o declínio das funções neuromotoras ocorre de forma gradual. A nível comportamental, as perdas repercutem primeiramente no contexto das atividades avançadas de vida diária, podendo progredir para prejuízos na execução de atividades instrumentais e básicas.

A psicomotricidade é compreendida como uma ciência que se dedica aos estudos pertinentes da relação entre o corpo e a mente (SILVA et. Al. 2022). Nesse sentido, o presente estudo tem o objetivo de identificar as alterações psicomotoras em idodos diagnosticados com a Doença de Alzheimer, por meio da Escala Mortora para Terceira Idade-EMTI caracterizada por uma bateria de testes que avalia a aptidão motora de idosos

considerando alguns pilares da psicomotricidade (motricidade fina, coordenação global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e temporal), visando apontá-la como meio de prevenção para a patologia e para um envelhecimento saudável.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo exploratória e descritiva com abordagem quantitativa realizada no município de Patos no estado da Paraíba, as entrevistas ocorreram mais especificamente no Centro Universitário de Patos-UNIFIP.

A população deste estudo foi formada por pacientes diagnosticados com a Doença de Alzheimer na cidade de Patos no estado da Paraíba e a amostragem foi constituída pelos primeiros cinco voluntários que aceitaram fazer parte da pesquisa.

Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário como pré-requisito, ter o diagnóstico clínico da Doença de Alzheimer no município de Patos no estado da Paraíba, não apresentarem outras doenças neurológicas e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). Como critérios de exclusão estabeleceu-se aqueles que não se encaixam nos critérios de inclusão.

A coleta de dados foi realizada com a aplicação de questionário sociobiodemográfico produzido pelo pesquisador, com o intuito de traçar o perfil da amostra sobre os dados intrínsecos e rotina de trabalho, a pesquisa também contou com a aplicação da Escala Motora para Terceira Idade (EMTI) para identificar quais as alterações psicomotoras presentes nos participantes do estudo.

O questionário sociodemográfico conta com questões sobre idade, sexo, estado civil, renda, profissão entre outros. A Escala Motora para Terceira Idade (EMTI) aplicada possui o objetivo de avaliar os seis pilares da psicomotricidade, sendo esses equilíbrio, lateralidade, esquema corporal, organização espaço-temporal, coordenação motora fina e ampla.

ANÁLISE DOS DADOS

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o *software Microsoft Excel* versão 2020.

PROCEDIMENTO ÉTICO

A realização deste estudo considerou a Resolução n° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos. Após a concessão de sua aprovação, sobe número do parecer 6.692.859, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram ao TCLE, que foi impresso

em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador ou todos sujeitos assinalarão o item aceito a participar da pesquisa para conseguir ter acesso ao questionário. A preservação da privacidade dos sujeitos será garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE B).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 5 participantes que possuiam o diagnóstico da DA, residentes na cidade de Patos-PB, entre 74 e 86 anos, e de acordo com a tabela 1, a maioria do sexo feminino (80%). Quanto ao nível de escolaridade 60% tinham ensino superior completo, já em relação a situação econômica, a maioria (80%) apresentou renda de mais de um salário mínimo. Dentre os avaliados, 60% relataram que possuem antecedentes familiares relacionados a DA, e em relação aos hábitos de vida 20% respondeu ser eitilista, 40% afirmaram ser sedentários. Ao serem questionados se realizavam tratamento fisioterapêutico, 40% respondeam que sim e os 60% negaram a prática.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos participantes

Variáveis	Porcentagem
Gênero	
Masculino	20%
Feminino	80%
Estado Civil	
Casado	40%
Divorciado	20%
Viúvo	40%
Solteiro	0%
Escolaridade	
Nunca estudou	0%
Sabe ler e escrever	0%
Ensino fundamental incompleto	0%
Ensino fundamental completo	20%
Ensino médio incompleto	20%
Ensino médio completo	0%
Ensino superior incompleto	0%
Ensino superior completo	60%
Situação Econômica	
Renda de até 1 salário mínimo	20%
Renda de mais de 1 salário mínimo	80%
Não possui renda	0%
Antecedentes Familiares	
Sim	60%
Não	40%
Hábitos de vida	
Sedentarismo	40%
Tabagismo	0%
Etilismo	20%

Outros	40%

Realiza Fisioterapia

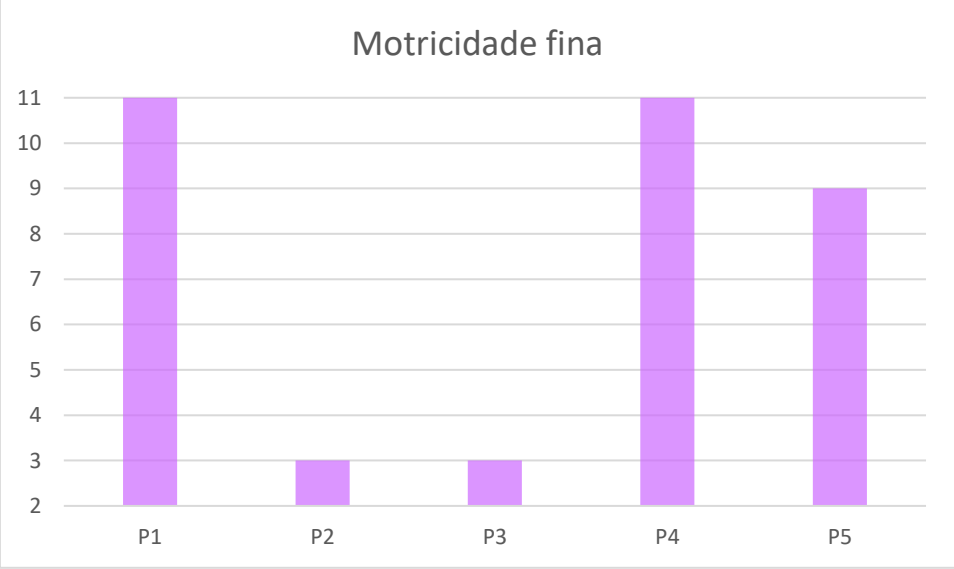
Sim	40%
Não	60%

Fonte: Autor, 2024.

A Doença de Alzheimer é a patologia neurodegenerativa mais frequente em idosos, fisiologicamente ocorre uma atrofia cerebral nos indivíduos acometidos que acarretam perdas significativas na funcionalidade cognitiva e motora do idoso. De acordo com a OMS (2019), a DA atinge mais o sexo feminino, corroborando com o presente estudo.

Ao realizar os testes propostos para avaliar a motricidade fina dos participantes, dois dos cinco tiveram grande dificuldade em executar as tarefas, obtendo um escore muito inferior quando comparado aos demais, que conseguiram completar todas as tarefas que lhes foram apresentadas ou apresentaram uma pontuação elevada.

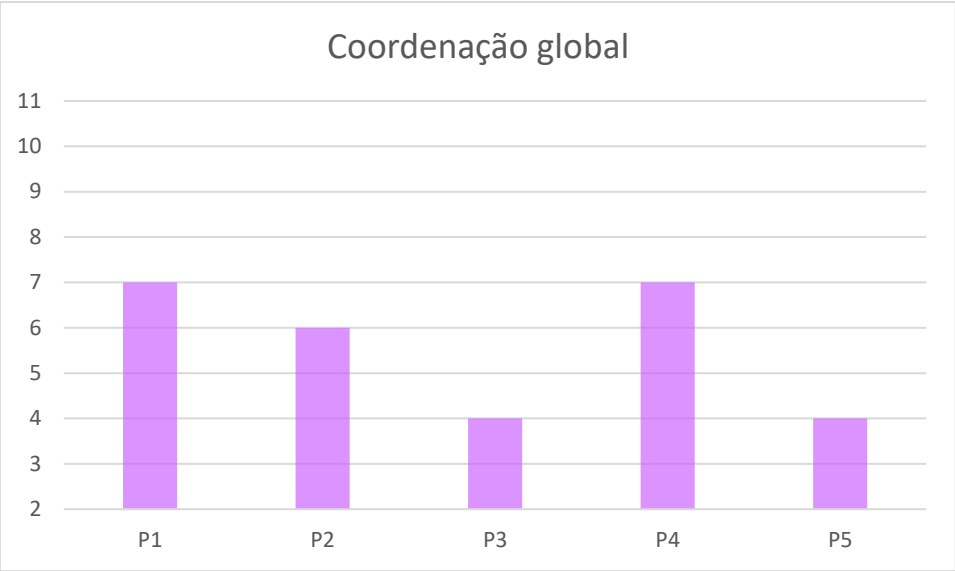
Gráfico 1 - Motricidade fina



Fonte: dados da pesquisa, 2024

Os idosos apresentaram dificuldade significativa em realizar as atividades propostas relacionadas a coordenação global, onde nenhum dos participantes conseguiu realiar mais de 6 tarefas, classificando a coordenação global como o de 2° pior tópico em relação aos resultados.

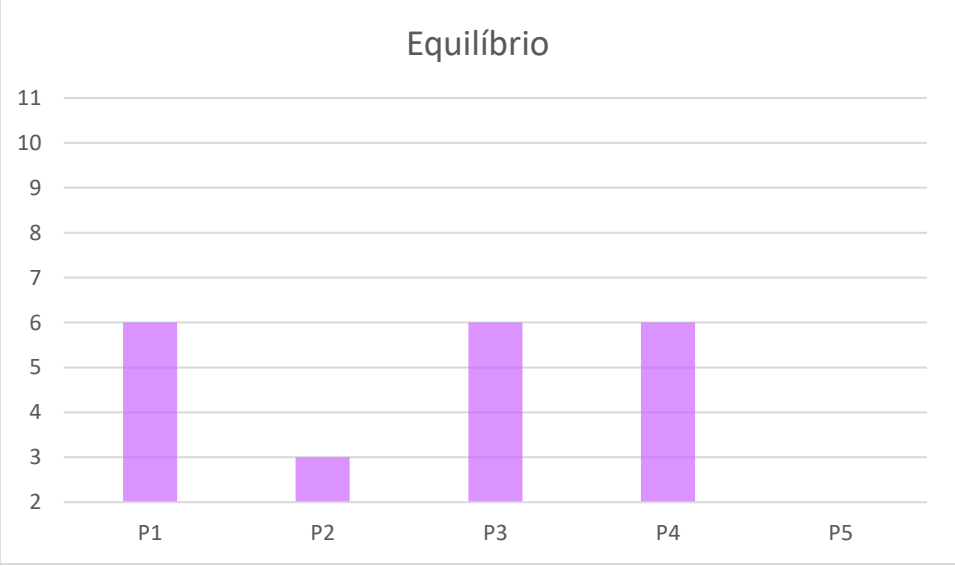
Gráfico 2- Coordenação Global



Fonte: dados da pesquisa, 2024

Comparado aos demais tópicos, a habilidade psicomotora de equilíbrio foi a mais prejudicada, no gráfico 3 podemos observar que todos os participante apresentaram resultados inferiores, onde um deles não conseguiu passar da primeira tarefa proposta.

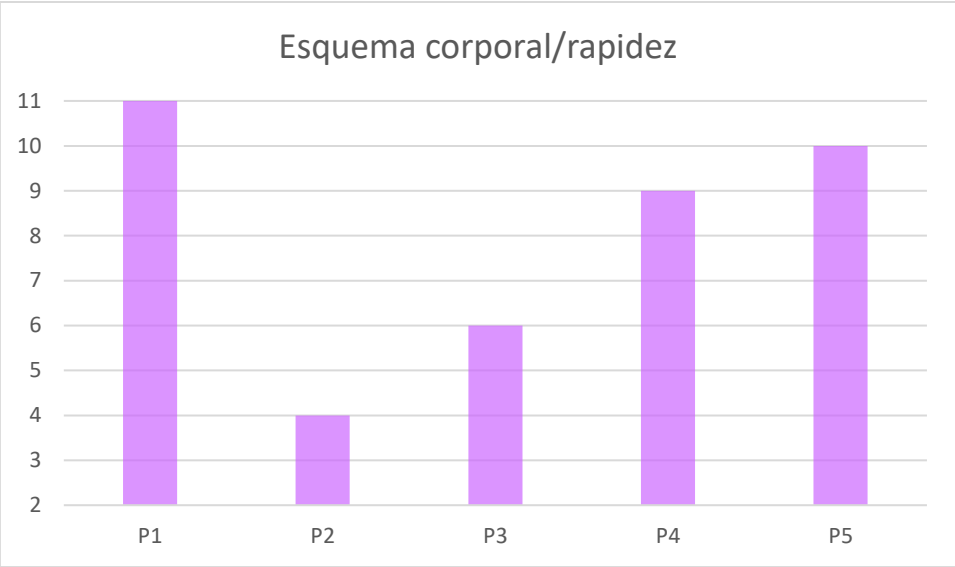
Gráfico 3 - Equilíbrio



Fonte: dados da pesquisa, 2024

Observando o gráfico 4, percebemos que dois entre os avaliados apresentaram montuações mais baixas em relação aos demais, que em sua maioria conseguiu realizar grande parte das atividades propostas, obtendo resultados acima da média.

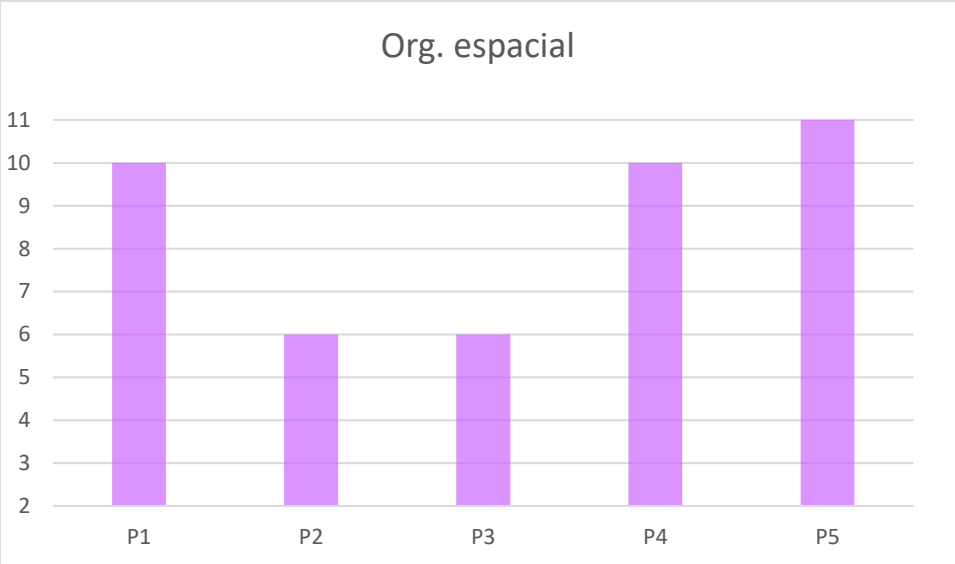
Gráfico 4- Esquema Corporal/Rapidez



Fonte: dados da pesquisa, 2024

Na penútima habilidade avaliada observa-se uma certa discrepância em relação aos participantes P2 e P3, porém os demais conseguiram obter bons resultados ouaté completar todos os testes.

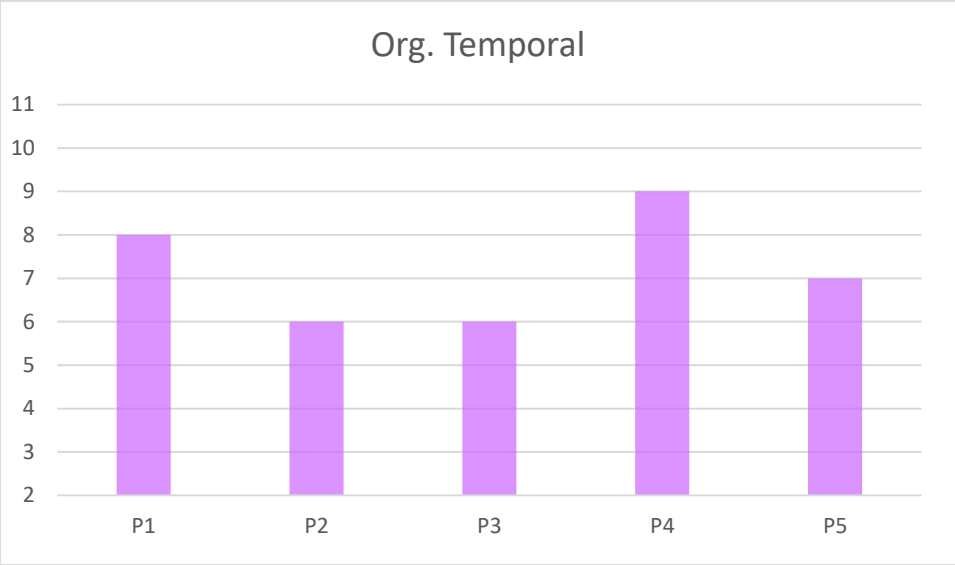
Gráfico 5- Organização espacial



Fonte: dados da pesquisa, 2024

Na última habilidade avaliada, assim como mostrado no gráfico de organização eapacial, também houve certa diferença de resultados entre os avaliados, porém as pontuações se mantiveram em uma média.

Gráfico 6- Organização temporal



Fonte: dados da pesquisa, 2024

Em relação a classificação dos resultados quanto a capacidade motora geral dos avaliados , os participantes P1, P4 e P5 permaneceram dentro ou além da normalidade, sendo respectivamente P1 classificado como normal alto, P4 como superior e P5 como normal médio. Os demais avaliados ficaram abaixo da normalidade, P2 apresentando a classificação muito inferior, e P3 de inferior, relacionando-se também com o tempo de diagnóstico da doença desses indivíduos , onde um se encontra em fase avançada e o outro na fase moderada. Zidan et. al. (2012) afirma em seu estudo que o declínio motor ocorre de forma linear, piorando de acordo com a progressão da patologia.

A Doença de Alzheimer é a patologia neurodegenerativa mais frequente em idosos, fisiologicamente ocorre uma atrofia cerebral nos indivíduos acometidos que acarretam perdas significativas na funcionalidade cognitiva e motora do idoso. De acordo com a OMS (2019), a DA atinge mais o sexo feminino, corroborando com o presente estudo.

Apesar das mudanças fisiológicas que ocorrem durante o processo natural do envelhecimento, idosos diagnosticados com a DA tendem a ter perdas expresivas em um menor período de tempo. Um estudo feito por Glisoi et.al. (2021) investiga as diferenças entre um grupo de idosas saudáveis e outro com idosas diagnosticadas com Alzheimer em termos de desempenho psicomotor, capacidades cognitivas e funções diárias. A pesquisa destaca que o grupo de idosas saudáveis apresentam melhores resultados em testes de agilidade, memória e habilidades funcionais, enquanto os participantes com Alzheimer mostram comprometimentos significativos nessas áreas.

Esta pesquisa corrobora com o estudo de Glisoi et.al. (2021) e de Rosa Neto et.al. (2011) onde os ítens de equilíbrio e coordenação global foram os mais prejudicados. Estes afetam de forma direta a marcha, a realização independente de AVD's e torna o indivíduo mais suceptível a quedas.

Dos idosos avaliados os de melhor pontuação (P1 e P4) realizavam tratamento fisioterapêutico. Os cuidados fisioterapêuticos tornam-se importantes à medida que temos a psicomotricidade como auxiliadora fundamental para a atuação da fisioterapia, para a promoção e prevenção integral do idoso. Atividades psicomotoras possuem como objetivo a manutenção das capacidades funcionais, aprimoração do conhecimento, sobretudo das atividades de vida diária. E por seus efeitos evidenciam de forma global uma melhora de bem-estar, conservação da independência e reduzindo as consequências da patologia , beneficiando a qualidade de vida do idoso. (Banzatto et al., 2015).

CONCLUSÃO

A qualidade de vida também é associada a um bom desempenho motor, aos estímulos cognitivos e motores que os idosos recebem. Dessa forma, de acordo com esta pesquisa, o Equilíbrio e a Coordenação Global aparecem como os pontos principais a serem abordados no trabalho com idosos, sejam estes com Desenvolvimento Motor dentro ou abaixo da normalidade, uma vez que esta área envolve aspectos essenciais para o desempenho de atividades básicas de vida diária, como levantar-se da cama, subir escadas, caminhar etc.

REFERÊNCIAS

BANZATTO,S. et al. Anális eda efetividade da fisioterapia através da psicomotricidade em idosos institucionalizados.**Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Jan./Mar.2015.

BORGES, Sheila de Melo et al. Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, p. 131-137, 2010.

CAMARA, A. B. Receptores neurais e a doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura sobre as famílias de receptores mais associadas a doença, suas funções e áreas de expressão**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, pp. 161-176. 2019.

DA PAZ, Erivânia Guedes et al. Doenças neurodegenerativas em adultos e idosos: um estudo epidemiológico descritivo. **Revista Neurociências**, v. 29, p. 1-11, 2021.

DE LIMA SILVA, Lorenna Walesca et al. ESCALA MOTORA PARA TERCEIRA IDADE: UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA E INTEGRATIVA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 31, n. 1, 2023.

FALCO, Anna De et al. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. **Química Nova**, v. 39, p. 63-80, 2016.

GLISOI, Soraia Fernandes das Neves; SILVA, Thays Martins Vital da; GALDURÓZ, Ruth Ferreira. Variáveis psicomotoras, cognitivas e funcionais em idosas saudáveis e com doença de Alzheimer. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, p. 39-48, 2021.

NETO, Francisco Rosa; SAKAE, Thiago Momôru; POETA, Lisiane Schilling. Validação dos parâmetros motores na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciência e movimento**, v. 19, n. 1, p. 20-25, 2011.

MACHADO, Annelisa Pimentel Rezende; CARVALHO, Izabella Oliveira; DA ROCHA SOBRINHO, Hermínio Maurício. Neuroinflamação na doença de Alzheimer. **Revista brasileira militar de ciências**, v. 6, n. 14, 2020.

ROSA NETO F, SAKAE TM E POETA LS. Validação dos parâmetros motores na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, 2011

SILVA, R. S.; SILVA, F. J. A. da. Gerontopsicomotricidade e os efeitos da atividade física sobre o declínio cognitivo decorrente da doença de Alzheimer. **Revista Amor Mundi**, *[S. l.]*, v. 2, n. 9, p. 17–26, 2022. DOI: 10.46550/amormundi.v2i9.143. Disponível em: https://journal.editorametrics.com.br/index.php/amormundi/article/view/143. Acesso em: 9 jun. 2024.

ZIDAN, M.; ARCOVERDE, C.; ARAUJO, N.B.; VASQUES, P.; RIOS, A.; LAKS, J.; DESLANDES, A. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. **RevPsiqClin**. 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou as alterações psicomotoras em idosos diagnosticados com a Doença de Alzheimer, afim de identificar como esses déficits otores afetam a qualidade de vida dos idosos. A avaliação psicomotora pode auxiliar a detectar alterações motoras, cognitivas e emocionais em pacientes com a DA, permitindo intervenções individualizadas que proporcionem melhor a qualidade de vida e retardem o avanço dos sintomas da patologia.

Foram identificadas alterações relacionadas a motricidade nos pacientes avaliados principalmente relacionadas ao equilíbrio e coordenação global, o que afeta significativamente na realização das AVD’s. Também observou-se a diferença de perda das habilidades psicomotoras em idosos saudáveis e os com DA, onde os que posuem o diagnóstico da patologia atingiram pontuações menores quando comparados ao outro grupo, respondendo a hipótese da presente pesquisa.

Dentre os avaliados, os participantes que realizavam tratamento fisioterapêutico apresentaram pontuações mais elevadas que os demais, apontando a importância da

fisioterapia para a manutenção das habilidades psicomotoras e o atraso dos sintomas relacionados a motricidade e cognição.

Existem poucas referências quanto a alteração das habilidades motoras direcionado a população de doença de Alzheimer, o que dificultou, em partes, a realização da pesquisa. Porém, como apresentado nos resultados, observa-se que a doença prejudica a função motora dos portadores da patologia.

Quando se fala em Doença de Alzheimer, geralmente aborda-se temas relacionados ao seu comprometimento cognitivo, revelando uma menor interesse em realizar pesquisas relacionadas a avaliação do declínio motor da doença que também é um ponto que afeta de forma importante a qualidade de vida dos idosos. Diante disso, sugerem-se novas pesquisas voltadas para a investigação do comprometimento motor em Alzheimer.

REFRÊNCIAS

ABRAz, Associação Brasileira de Alzheimer. *Demência*. [2019]

ALVES GUIMARÃES, U.; OLÍMPIO DOS SANTOS, J. .; SANTOS DE FREITAS, L. . GERONTOPSICOMOTRICIDADE E OS EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA SOBRE O DECLÍNIO COGNITIVO DECORRENTE DA DOENÇA DE ALZHEIMER. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, *[S. l.]*, v. 3, n. 11, p. e3112270, 2022. DOI: 10.47820/recima21.v3i11.2270. Disponível em: https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/2270. Acesso em: 1 nov. 2023.

ATRI, Alireza. The Alzheimer's disease clinical spectrum: diagnosis and management. *Medical Clinics*, v. 103, n. 2, p. 263-293, 2019.

BASSANI, D. D. et al. Análise cinemática da marcha em pacientes portadores da Demência de Alzheimer. *Revista Fisioterapia Brasil*, São Paulo, vol. 18, n. 3, p. 310, 2017.

BANZATTO,S. et al. Anális eda efetividade da fisioterapia através da psicomotricidade em idosos institucionalizados.**Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Jan./Mar.2015.

BORGES, Sheila de Melo et al. Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), v. 37, p. 131-137, 2010.

BOTTINO, C. M. DE C. et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. Arquivos de NeuroPsiquiatria, v. 60, n. 1, p. 70–79, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITTO, T. M. Design e saúde: contribuições para o cuidado na doença de Alzheimer e outras demências. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

Burns, A.; Iliffe, S.; *British med*. j. 2009, 338, b158.

CAMARA, A. B. Receptores neurais e a doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura sobre as famílias de receptores mais associadas a doença, suas funções e áreas de expressão**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, pp. 161-176. 2019.

DA SILVA, Sweltton Rodrigues Ramos et al. Benefícios do cuidado fisioterapêutico em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 3, p. 4532-4546, 2020.

DA PAZ, Erivânia Guedes et al. Doenças neurodegenerativas em adultos e idosos: um estudo epidemiológico descritivo. **Revista Neurociências**, v. 29, p. 1-11, 2021.

DE LIMA SILVA, Lorenna Walesca et al. ESCALA MOTORA PARA TERCEIRA IDADE: UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA E INTEGRATIVA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 31, n. 1, 2023.

DALMAGRO, A. P. et al. Atualização no estudo das bases bioquímicas e moleculares da doença de Alzheimer. Braz. *Ap. Sci. Rev.*,Curitiba, v. 4, n. 1, pp.118-130. 2020.

DE AQUINO, Ranniere Gurgel Furtado et al. Abordagem Fisioterapêutica no Paciente Portador de Doença de Alzheimer: Revisão da Literatura. *CORPVS*, v. 1, n. 25, p. p. 39-44, 2015.

DOS SANTOS LEAL[1], Maura; JUNIOR[1], Nelson Carvas; VALE[1], Fernando Alves. Atuação da fisioterapia no comprometimento do equilíbrio em idosos com Alzheimer. *Revista da Universidade Ibirapuera*, 2017.

FALCO, Anna De et al. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. **Química Nova**, v. 39, p. 63-80, 2016.

FERREIRA, D. C.and CATELAN-MAINARDES, S. C.**.** *Doença de alzheimer: como identificar, prevenir e tratar***.** UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar Editora CESUMAR. Maringá,

FERREIRA, Dhuani Claro; MAINARDES, S. C. C. Doença de Alzheimer: como identificar, prevenir e tratar. *VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica*, 2012. Paraná, Brasil. 2013.

Fonseca V. Gerontopsicomotricidade: uma abordagem ao conceito da retrogenese psicomotora. In: Fonseca V. Psicomotricidade: filogenese, ontogenese e retrogenese. *Porto Alegre: Artes Medicas*; . p. 343-81, 2019.

FROSSARD, Fabio. *Tudo sobre Pesquisa Quantitativa Descritiva com exemplo!* 2017. Disponível em: https://alunoexpert.com.br/pesquisa-quantitativa-descritiva/.

GLISOI, Soraia Fernandes das Neves; SILVA, Thays Martins Vital da; GALDURÓZ, Ruth Ferreira. Variáveis psicomotoras, cognitivas e funcionais em idosas saudáveis e com doença de Alzheimer. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, p. 39-48, 2021.

NETO, Francisco Rosa; SAKAE, Thiago Momôru; POETA, Lisiane Schilling. Validação dos parâmetros motores na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciência e movimento**, v. 19, n. 1, p. 20-25, 2011.

MACHADO, Annelisa Pimentel Rezende; CARVALHO, Izabella Oliveira; DA ROCHA SOBRINHO, Hermínio Maurício. Neuroinflamação na doença de Alzheimer. **Revista brasileira militar de ciências**, v. 6, n. 14, 2020.

MENDONÇA, G. M. S.and NASCIMENTO, M. B. da C.. *Mal de Alzheimer e a atuação do fisioterapeuta.* GT 4 – Práticas investigadas. DOCPlayer. 201-. Disponível em: <http://docplayer.com.br/4406689-Mal-de-alzheimer-e-a-atuacao-fisioterapeutica.html>.

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R. Jr., Kawas, C. H., Klunk, W. E., . . . & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia, 7*(3), 263-269. https://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005

MATOS, D. F. et al. Caracterização epidemiológica da mortalidade por Alzheimer no Brasil entre 2010 e 2019. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 11.2021.

MOREIRA, Marcos; MOREIRA, Shirlene Vianna. O espectro clínico e laboratorial da doença de Alzheimer. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 14, n. 3, p. 83-110, 2020.

MORENO, L. et al. Avaliação Neuropsicológica Em Idosos Com Alzheimer. 2020, v.3

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. Einstein, v. 6, supl. 1, p. S4-S6, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS, 2015.

ROSA NETO F, SAKAE TM E POETA LS. Validação dos parâmetros motores na terceira idade. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 2011

SERENIKI, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 30, 2008.

SERENIKI, A. and VITAL, M. A. B. F..Alzheimer'sdisease: pathophysiologicalandpharmacologicalfeatures. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. vol.30, n.1, suppl..ISSN 0101-8108.2008.Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200002>.

SILVA, Sabrina Piccineli Zanchettin et al. Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de alzheimer: uma revisão integrativa. Nursing (São Paulo), v. 23, n. 271, p. 4991-4998, 2020.

SILVA, R. S.; SILVA, F. J. A. da. Gerontopsicomotricidade e os efeitos da atividade física sobre o declínio cognitivo decorrente da doença de Alzheimer. **Revista Amor Mundi**, *[S. l.]*, v. 2, n. 9, p. 17–26, 2022. DOI: 10.46550/amormundi.v2i9.143. Disponível em: https://journal.editorametrics.com.br/index.php/amormundi/article/view/143. Acesso em: 9 jun. 2024.

Small, G. W.; Rabins, P. V.; Barry, P. P.; Buckholtz, N. S.; DeKosky, S. T.; Ferris, S. H.; Finkel, S. I.; Gwyther, L. P.; Khachaturian, Z. S.; Lebowitz, B. D.; McRae, T. D.; Morris, J. C.; Oakley, F.; Schneider, L. S.; Streim, J. E.; Sunderland, T.; Teri, L. A.; Tune, L. E.; *JAMA, J. Am. Med. Assoc.* 1997, *278*, 1363.

SPINK, Peter Kevin. *Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista*. 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/nSkXqD7jKvgdrTFYGmTF8gP/#.

VALIM, M.D. et al. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso.*Rev. Eletr. Enf.*12(3):528-34. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2010. Disponível: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a16.htm>. Acessado em: 21 de outubro de 2023.

Veras, Renato. "Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações." *Revista de saúde pública* 43 (2009): 548-554.

XIMENES, M. A.. Doença de Alzheimer: o cuidado no diagnóstico.*Revista Portal de Divulgação*, n.41, Ano IV. Jun/Jul/Ago, 2014. Disponível: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista43nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/461/504>. Acessado em: 21 de outubro de 2023.

ZAIONS J. D. C. et al. A influência da fisioterapia na preservação da memória e capacidade funcional de idosos portadores da Demência de Alzheimer. *PERSPECTIVA, Erechim*, v. 36, n. 133, p. 159, Mar. 2012.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. *METODOLOGIA DE ESTUDO E DE PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO*. 2012. Disponível em: http://cegpm.virtual.ufpb.br/wp-content/uploads/2013/07/METODOLOGIA-DE-ESTUDO-E-DE-PESQUISA-EM-ADMINISTRA%C3%87%C3%83O3.pdf. Acesso em: 25 set. 2023.

ZIDAN, M.; ARCOVERDE, C.; ARAUJO, N.B.; VASQUES, P.; RIOS, A.; LAKS, J.; DESLANDES, A. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. RevPsiqClin. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: **A psicomotricidade como meio de prevenção na Doença de Alzheimer**

Pesquisadores responsáveis: Samara Campos de Assis; Larissa de Morais Rocha

Informações sobre a pesquisa:

Você está sendo convidado/a para participar de um estudo, cujo título é: A psicomotricidade como meio de prevenção na Doença de Alzheimer, tendo como objetivo Avaliar as alterações psicomotoras em idosos que possuem Doença de Alzheimer. Para conseguirmos realizar o estudo será necessária a sua participação na aplicação de uma escala -Escala Motora para Terceira Idade (EMTI) - que irá avaliar os seis pilares da psicomotricidade no paciente, também sendo realizada uma avaliação observacional. Diante do ponto de vista social e institucional, essa pesquisa servirá para identificar o papel da psicomotricidade como meio de prevenção da Doença de Alzheimer. Quanto aos riscos de participação nesta pesquisa, destacamos que haverão riscos mínimos, como: *possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; medo; vergonha; cansaço. Desta forma, teremos muito cuidado na elaboração do conteúdo e no modo de aplicação do questionário, deixaremos o entrevistado o mais à vontade possível, para que ele se sinta confortável e não se sinta em nenhum momento constrangido. D*estacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, por tanto, serão garantidos o absoluto sigilo e confidencialidade diante das informações que nos forem repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o seu consentimento livre e esclarecido, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador.

O estudo proposto terá como benefícios o aumento do conhecimento de acadêmicos e profissionais em relação a importância da psicomotricidade como meio de prevenção na Doença de Alzheimer.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizar ações que não considere convenientes e, até mesmo, abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com a resolução 510/2016, que em seu Capítulo III, Artigo 9º.

Você também terá direito a manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa das Centro Universitário de Patos– Paraíba (Rua Horácio Nóbrega, S/N – Belo Horizonte – Patos – Paraíba) através do telefone 0.xx.83.3421.7300 – ramal 276 ou pelo e-mail *cep@UNIFIPonline.edu.br* .

Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com assinatura deste termo

_____

Pesquisador responsável

Contato com o/a Pesquisador/a responsável:
Samara Campos de Assis
Instituição: Centro universitário de Patos- UNIFIP
Cel: (83) 98797-5247
Email: samaraassis@fiponline.edu.br

Eu, _____, portador de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a Resolução 510/2016 - Cap. III – Artigo 9º todos os meus direitos abaixo relacionados:

I. Ser informado sobre a pesquisa;
II. Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;
III. Ter sua privacidade respeitada;
IV. Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;
V. Decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;
VI. Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e
VII. O ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos, _____de _____ de _____

_____

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B - Termo de Compromisso do Pesquisador

Título do projeto: A psicomotricidade como meio de prevenção para Doença de Alzheimer

Pesquisador responsável: Samara Campos de Assis

Instituição: Centro Universitário de Patos - UNIFIP

Telefone para contato: (83) 98797-5247

Local da coleta de dados: Centro Universitário de Patos - UNIFIP

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados utilizando a "Escala Motora para Terceira Idade (EMTI)". Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em poder do pesquisador por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Srta. Larissa de Morais Rocha.

Patos, ____ de _____ de _____

_____

Nome e assinatura do acadêmico

_____

Nome e assinatura do orientador

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

MANUAL DE AVALIAÇÃO MOTORA PARA A TERCEIRA IDADE

Prof.Dr. Francisco Rosa Neto

MOTRICIDADE FINA

NÍVEL 2 - CONSTRUÇÃO DE UMA TORRE

Material: 12 cubos em desordem; tomam-se quatro e, com eles, é montada uma torre diante do idoso (figura 1). "Faça você uma torre igual" (sem desmontar o modelo). O idoso deve fazer uma torre de quatro ou mais cubos quando lhe for indicado.

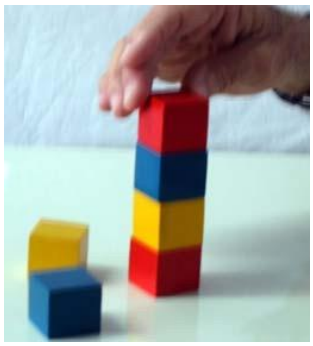


Figura 1

NÍVEL 3 - CONSTRUÇÃO DE UMA PONTE

Material: 12 cubos em desordem; tomam-se três e, com eles, se constrói uma ponte diante do idoso (figura 2). "Faça você uma ponte semelhante" (sem desmontar o modelo). Pode ensinar várias vezes a forma de fazê-lo. É suficiente que a ponte se mantenha ainda que não esteja muito bem equilibrada.

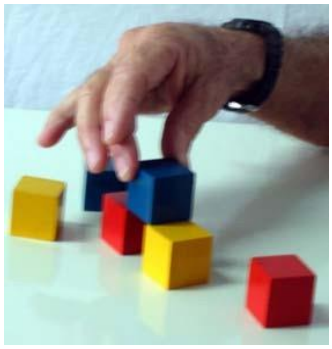


Figura 2

NÍVEL 4 – ENFIAR A LINHA NA AGULHA

Material: Linha número 60 e agulha de costura (1cm x 1mm). Para começar, mãos separadas a uma distância de 10cm. A linha passa pelos dedos em 2cm. Comprimento total da linha é de 15cm (figura 3). Duração: 9 segundos. Ensaios: dois

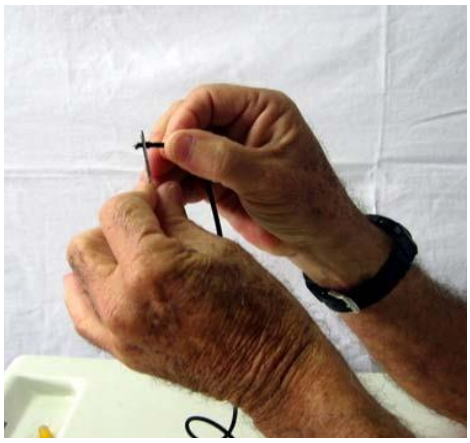


Figura 3

NÍVEL 5 - FAZER UM NÓ

Material: Um par de cordões de sapatos de 45cm e um lápis. “Presta atenção no que faço". Fazer um nó simples em um lápis (figura 4). "Com este cordão, você irá fazer um nó em meu dedo como eu fiz no lápis". Aceita-se qualquer tipo de nó, desde que não se desmanche.



Figura 4

NÍVEL 6 – LABIRINTO

O idoso deve estar sentado em uma mesa diante de um lápis e uma folha contendo os labirintos (Anexo II). Traçar com um lápis uma linha contínua da entrada até a saída do primeiro labirinto e, imediatamente, iniciar o próximo. Após 30 segundos de repouso, começar o mesmo exercício com a mão esquerda (figura 5).

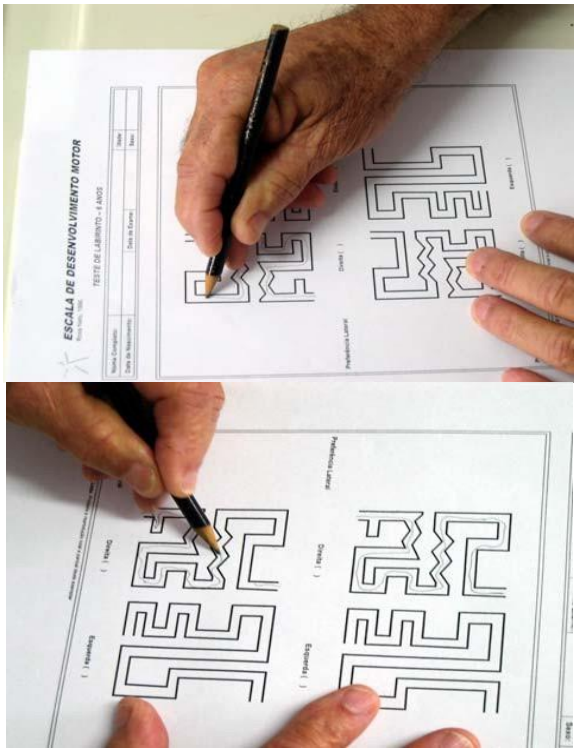


Figura 5

Erros: A linha ultrapassar o labirinto mais de duas vezes com a mão dominante e mais de três vezes com a mão não-dominante; o tempo máximo ser ultrapassado; levantar mais que uma vez o lápis do papel. Duração: 1 minuto e 20 segundos para a mão dominante (direita ou esquerda) e 1 minuto e 25 segundos para a mão não dominante (direita ou esquerda). Tentativas: duas para tentativas cada mão.

NÍVEL 7 - BOLINHAS DE PAPEL

Fazer uma bolinha compacta com um pedaço de papel de seda (5cm X 5cm) com uma só mão, a palma deve estar para baixo, e é proibida a ajuda da outra mão. Após 15 segundos de repouso, o mesmo exercício deve ser realizado com a outra mão (Figura 6). Erros: o tempo máximo ser ultrapassado; a bolinha ser pouco compacta. Duração: 15 segundos para a mão dominante e 20 segundos para a mão não-dominante. Tentativas: duas para cada mão. Observar se há sincinesias (movimentos involuntários).

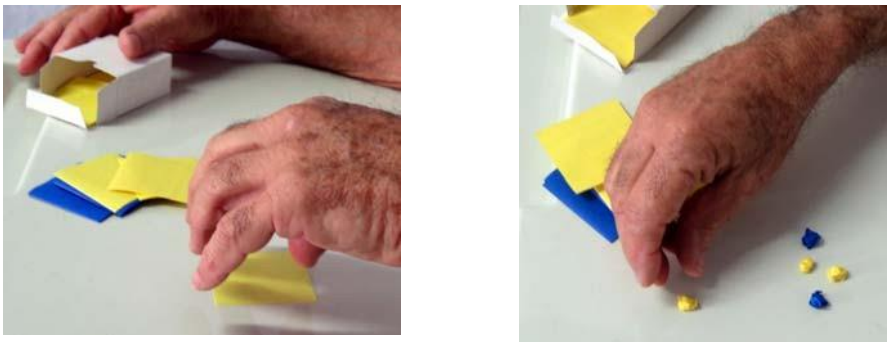


Figura 6

NÍVEL 8 - PONTA DO POLEGAR

Com a ponta do polegar, tocar com a máxima velocidade possível os dedos da mão, um após o outro, sem repetir a seqüência. Inicia-se do dedo menor para o polegar, retornando novamente para o menor (figura 7).

5 4 3 2 1 □ 2 3 4 5



Figura 7

O mesmo exercício deve ser realizado com a outra mão. Erros: Tocar várias vezes o mesmo dedo; tocar dois dedos ao mesmo tempo; esquecer de um dedo; ultrapassar o tempo máximo. Duração: cinco segundos. Tentativas: duas para cada mão.

NÍVEL 9 - LANÇAMENTO COM UMA BOLA

Arremessar uma bola (6 cm de diâmetro), em um alvo de 25 X 25, situado na altura do peito, 1,50m de distância (lançamento a partir do braço flexionado, mão próxima do ombro, pés juntos). Erros: deslocar de modo exagerado o braço; não fixar o cotovelo ao corpo durante o arremesso; acertar menos de duas vezes sobre três com a mão dominante e uma sobre três com a mão não- dominante. Tentativas: três para cada mão (figura 8).



Figura 8

NÍVEL 10 - CÍRCULO COM O POLEGAR

A ponta do polegar esquerdo deve estar sobre a ponta do índice direito e, depois ao contrário. O índice direito deixa a ponta do polegar esquerdo e, desenhando uma circunferência ao redor do índice esquerdo, vai buscar a ponta do polegar esquerdo; entretanto, permanece o contato do índice esquerdo com o polegar direito. Dez movimentos sucessivos regulares devem ser feitos com a maior velocidade possível em um espaço de tempo de 10 segundos. Em seguida, o idoso fecha os olhos e continua assim por realizar mais dez movimentos. Erros: o movimento ser mal-executado; haver menos de

10 círculos; executar a tarefa apenas com os olhos abertos (figura 9). Tentativas: três



Figura 9

NÍVEL 11 - AGARRAR UMA BOLA

Agarrar com uma mão uma bola (6 cm de diâmetro), lançada desde 3 metros de distância. O idoso deve manter o braço relaxado ao longo do corpo até que se diga "agarre". Após 30 segundos de repouso, o mesmo exercício deve ser feito com a outra mão. Erros: agarrar menos de três vezes sobre cinco com a mão dominante; menos de duas vezes sobre cinco com a mão não-dominante. Tentativas: cinco para cada mão (figura 10).



Figura 10

COORDENAÇÃO GLOBAL

NÍVEL 2 - SUBIR SOBRE UM BANCO

Subir, com apoio, em um banco de 15cm de altura e descer. (Banco situado ao lado de uma parede) figura 11.



Figura 11

NÍVEL 3 – SALTAR SOBRE UMA CORDA

Com os pés juntos: saltar por cima de uma corda estendida sobre o solo (sem impulso, pernas flexionadas), figura 12. Erros: os pés estarem separados; o idoso perder o equilíbrio e cair. Tentativas: três (duas tentativas deverão ser positivas).



Figura 12

NÍVEL 4- SALTAR SOBRE O MESMO LUGAR

Dar saltos, sete ou oito sucessivamente, sobre o mesmo lugar com as pernas ligeiramente flexionadas (figura 13). Erros: movimentos não simultâneos de ambas as pernas, cair sobre os calcanhares. Tentativas: duas.



Figura 13

NÍVEL 5 - SALTAR UMA ALTURA DE 20CM

Com os pés juntos: saltar sem impulso uma altura de 20cm (figura 14). Material: dois suportes com uma fita elástica fixada nas extremidades dos mesmos, altura: 20cm. Erros: tocar no elástico; cair (apesar de não ter tocado no elástico); tocar no chão com as mãos. Tentativas: três, sendo que duas deverão ser positivas.



Figura 14

NÍVEL 6 - CAMINHAR EM LINHA RETA

Com os olhos abertos, percorrer 2 metros em linha reta, posicionando alternadamente o calcanhar de um pé contra a ponta do outro (figura 15). Erros: afastar-se da linha; balanceios; afastar um pé do outro; execução ruim. Tentativas: três.



Figura 15

NÍVEL 7 – PÉ MANCO

Com os olhos abertos, saltar ao longo de uma distância de 5 metros com a perna esquerda, a direita flexionada em ângulo reto com o joelho, os braços relaxados ao longo do corpo (figura 16). Após um descanso de 30 segundos, o mesmo exercício com a outra perna. Erros: distanciar-se mais de 50cm da linha; tocar no chão com a outra perna; balançar os braços. Tentativas: duas para cada perna. Tempo indeterminado.



Figura 16

NÍVEL 6- PULAR SOBRE UMA ALTURA DE 40CM

Com os pés juntos: saltar sem impulso uma altura de 40cm (figura 17). Material: dois suportes com uma fita elástica fixada nas extremidades dos mesmos, altura: 40cm.

Erros: tocar no elástico; cair (apesar de não ter tocado no elástico); tocar no chão com as mãos. Tentativas: três no total, sendo que duas deverão ser positivas.



Figura 17

NÍVEL 9 - SALTAR SOBRE O AR

Salto no ar, flexionar os joelhos para tocar os calcanhares com as mãos (figura 18). Erros: não tocar nos calcanhares. Tentativas: três.



Figura 18

NÍVEL 10 – PÉ MANCO COM UMA CAIXA DE FÓSFOROS

Joelho flexionado em ângulo reto, braços relaxados ao longo do corpo. A 25cm do pé que repousa no solo se coloca uma caixa de fósforos. O idoso deve levá-la impulsionando-a com o pé até o ponto situado a 5 metros (figura 19). Erros: tocar no

chão (ainda que uma só vez) com o outro pé; movimentos exagerados com os braços, a caixa ultrapassar em mais de 50cm do ponto fixado; falhar no deslocamento da caixa. Tentativas: três.



Figura 19

NÍVEL 11 - SALTAR SOBRE UMA CADEIRA

Saltar sobre uma cadeira de 45cm a 50cm com uma distância de 10cm da mesma. O encosto será sustentado pelo examinador (figura 20). Erros: perder o equilíbrio e cair, agarrar-se no encosto da cadeira. Tentativas: três.





Figura 20

EQUILÍBRIO

NÍVEL 2 - EQUILÍBRIO ESTÁTICO SOBRE UM BANCO

Sobre um banco de 15cm de altura, deve o idoso manter-se imóvel, pés juntos, braços relaxados ao longo do corpo (figura 21). Erros: deslocar os pés, mover os braços. Duração: 10 segundos.



Figura 21

NÍVEL 3 - EQUILÍBRIO SOBRE UM JOELHO

Braços ao longo do corpo, pés juntos, apoiar um joelho no chão sem mover os braços ou o outro pé. Manter esta posição, com o tronco ereto (sem sentar- se sobre o calcanhar) figura 22. Após 20 segundos de descanso, o mesmo exercício com a outra perna. Erros: tempo inferior a 10 segundos; deslizamentos dos braços, do pé ou joelho; sentar-se sobre o calcanhar. Tentativas: duas para cada perna.

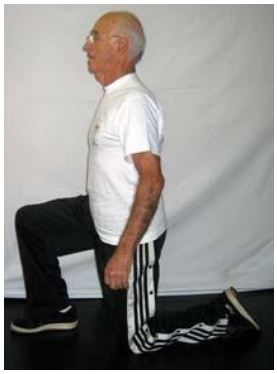


Figura 22

NÍVEL 4 - EQUILÍBRIO COM O TRONCO FLEXIONADO

Com os olhos abertos, pés juntos, mãos apoiadas nas costas: flexionar o tronco em ângulo reto e manter esta posição (figura 23). Erros: mover os pés; flexionar as pernas; tempo inferior a 10 segundos. Tentativas: duas.



Figura 23

NÍVEL 5 - EQUILÍBRIO NAS PONTAS DOS PÉS

Manter-se sobre a ponta dos pés, olhos abertos, braços ao longo do corpo, pés e pernas juntos (figura 24). Duração: 10 segundos. Tentativas: três.



Figura 24

NÍVEL 6- PÉ MANCO ESTÁTICO

Com os olhos abertos, manter-se sobre a perna direita, a outra permanecerá flexionada em ângulo reto, coxa paralela à direita e ligeiramente em abdução, braços ao longo do corpo (figura 25). Fazer um descanso de 30 segundos, o mesmo exercício com a outra

perna. Erros: baixar mais de três vezes a perna levantada; tocar com o outro pé no chão; saltar; elevar-se sobre a ponta do pé; balanceios. Duração: 10 segundos. Tentativas: três



Figura 25

NÍVEL 7 - EQUILÍBRIO DE CÓCORAS

De cócoras, braços estendidos lateralmente, olhos fechados, calcanhares e pés juntos (figura 26). Erros: cair; sentar-se sobre os calcanhares; tocar no chão com as mãos; deslizar-se; baixar os braços três vezes. Duração: 10 segundos. Tentativas: três.





Figura 26

NÍVEL 8 - EQUILÍBRIO COM O TRONCO FLEXIONADO

Com os olhos abertos, mãos nas costas, elevar-se sobre as pontas dos pés e flexionar o tronco em ângulo reto (pernas retas) figura 27. Erros: flexionar as pernas mais de duas vezes; mover-se do lugar; tocar o chão com os calcanhares. Duração: 10 segundos. Tentativas: duas.



Figura 27

NÍVEL 9 - FAZER O QUATRO

Manter-se sobre o pé esquerdo, a planta do pé direito apoiada na face interna do joelho esquerdo, mãos fixadas nas coxas, olhos abertos (figura 28) Após um descanso de 30 segundos, executar o mesmo movimento com a outra perna. Erros: deixar cair uma perna; perder o equilíbrio; elevar-se sobre a ponta dos pés. Duração: 15 segundos. Tentativas: duas para cada perna.



Figura 28

NÍVEL 10- FICAR NA PONTA DOS PÉS

Manter-se sobre a ponta dos pés, olhos fechados, braços ao longo do corpo, pés e pernas juntas (figura 29). Erros: mover-se do lugar; tocar o chão com os calcanhares; balançar o corpo (permite-se ligeira oscilação). Duração: 15 segundos. Tentativas: três.



Figura 29

NÍVEL 11 – PÉ MANCO ESTÁTICO - OLHOS FECHADOS

Com os olhos fechados, manter-se sobre a perna direita, o joelho esquerdo flexionado em ângulo reto, coxa esquerda paralela à direita e em ligeira abdução, braços ao longo do corpo (figura 30). Após 30 segundos de descanso, repetir o mesmo exercício com a outra perna. Erros: baixar mais de três vezes a perna; tocar o chão com a perna levantada; mover-se do lugar; saltar. Duração: 10 segundos. Tentativas: duas para cada perna.



Figura 30

ESQUEMA CORPORAL

CONTROLE DO PRÓPRIO CORPO (NÍVEL 2 - 5)

- **PROVA DE IMITAÇÃO DOS GESTOS SIMPLES (movimentos das mãos).**

O idoso, de pé diante do examinador, imitará os movimentos de mãos e braços que este realiza; o examinador ficará sentado próximo ao examinando, para poder pôr suas mãos em posição neutra entre cada um destes gestos (figuras 31/32).

1) Imitação de gestos simples: movimentos das mãos.

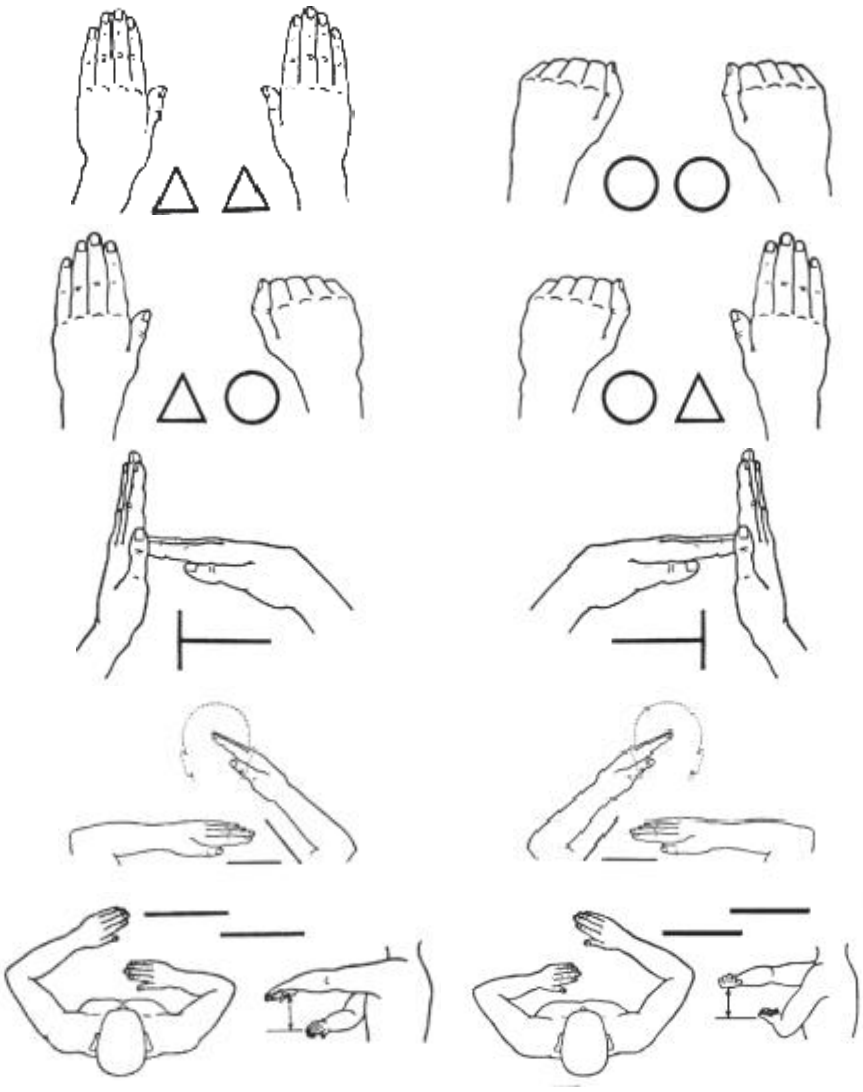


Figura 31 (Prova de Berges

“Vai fazer como eu, com as mãos, olhe bem e repita o movimento” “Vamos, ânimo, faça como eu; preste atenção". Material: quadro com itens e símbolos.

Item 1:	O examinador apresenta suas mãos abertas, palmas para face do sujeito (40cm de distância entre as mãos, a 20cm do peito).
Item 2:	O mesmo, com os punhos fechados.

Item 3:	Mão esquerda aberta, mão direita fechada.
Item 4:	Posição inversa à anterior.
Item 5:	Mão esquerda vertical, mão direita horizontal, tocando a mão esquerda em ângulo reto.
Item 6:	Posição inversa.
Item 7:	Mão esquerda plana, polegar em nível do esterno, mão e braço direitos inclinados, distância de 30cm entre as mãos, mão direita por cima da mão esquerda.
Item 8:	Posição inversa.
Item 9:	As mãos estão paralelas, a mão esquerda está diante da mão direita a uma distância de 20cm, a mão esquerda está por cima da direita, desviada uns 10cm. Previamente se pede ao idoso que feche os olhos; a profundidade pode deduzir-se do movimento das mãos do examinador.
Item 10:	Posição inversa.

♦ **PROVA DE IMITAÇÃO DE GESTOS SIMPLES (movimentos dos braços).**

2) Imitação de gestos simples: movimentos dos braços.

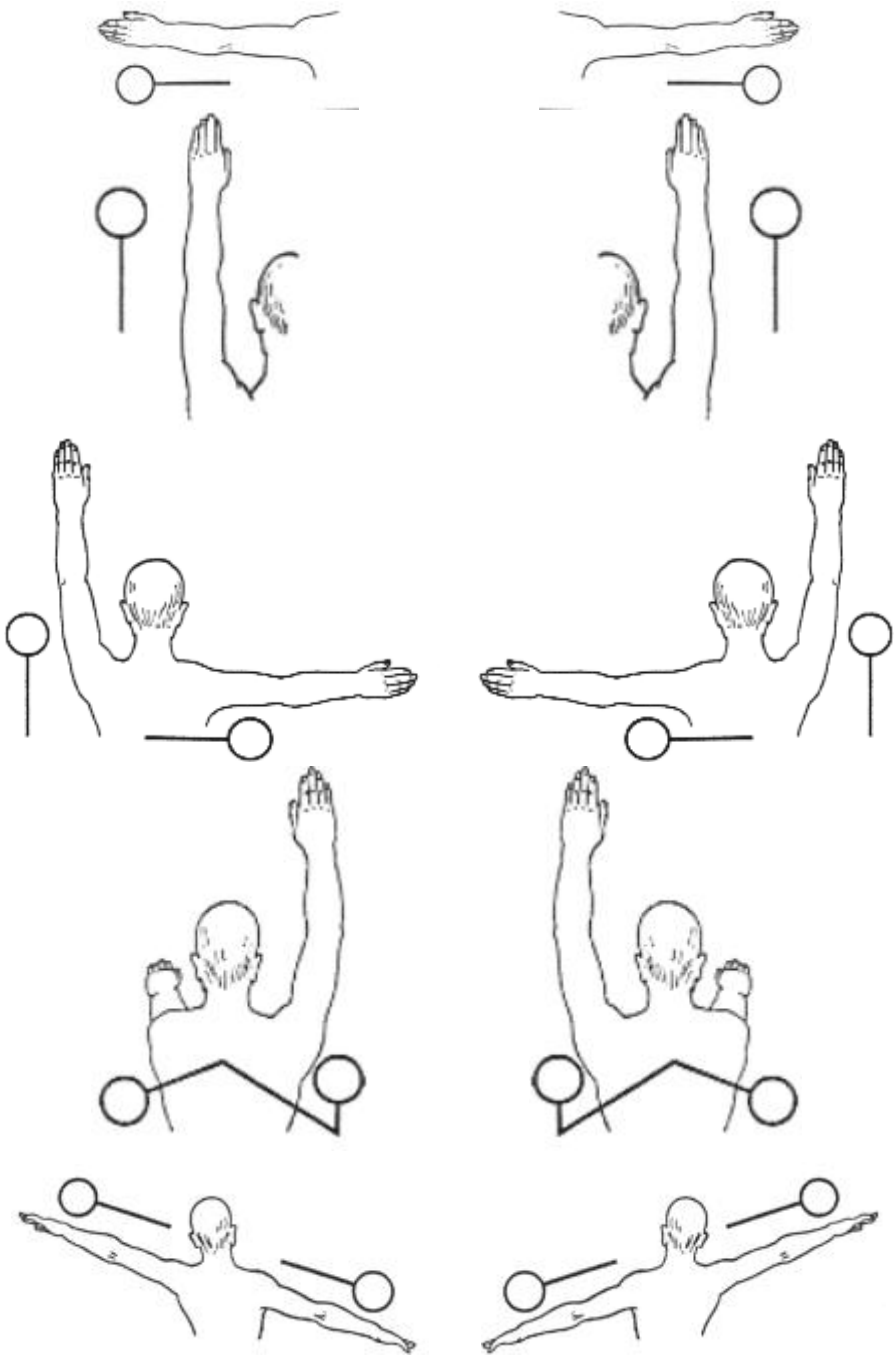


Figura 32 (Prova de

Item 11:	O examinador estende o braço esquerdo, horizontalmente para a esquerda, com a mão aberta.

Item 12:	O mesmo movimento, porém com o braço direito, para a direita.
Item 13:	Levantar o braço esquerdo.
Item 14:	Levantar o braço direito.
Item 15:	Levantar o braço esquerdo e estender o direito para a direita.
Item 16:	Posição inversa.
Item 17:	Estender o braço esquerdo para diante e levantar o direito.
Item 18:	Posição inversa.
Item 19:	Com os braços estendidos obliquamente, mão esquerda no alto, mão direita abaixo, com o tronco erguido.
Item 20:	Posição inversa.

PONTUAÇÃO

IDADE CRONOLÓGICA	**PONTOS**
NÍVEL 3	7 - 12 acertos
NÍVEL 4	13 - 16 acertos
NÍVEL 5	17 - 20 acertos

PROVA DE RAPIDEZ (NÍVEL 6 - 11)

Material: folha de papel quadriculado com 25 X 18 quadrados (quadro de 1cm de lado), lápis preto nº 2 e cronômetro (figura 33). A folha quadriculada se apresenta em sentido longitudinal. "Pegue o lápis. Vê estes quadrados? Vai fazer um risco em cada um, o mais rápido que puder. Faça os riscos como desejar, porém apenas um risco em cada quadrado. Preste muita atenção e não salte nenhum quadrado, porque não poderá voltar atrás". O idoso toma o lápis com a mão que preferir (mão dominante).

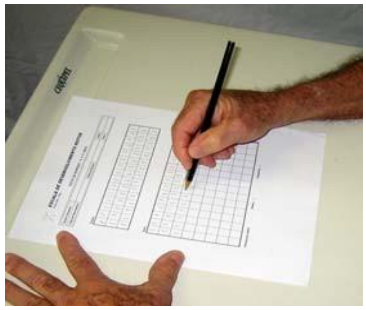


Figura 33 - Prova de rapidez

Iniciar o mais rápido que puder até completar o tempo da prova. Estimular várias vezes: "Mais rápido". Tempo: 1 minuto.

Critérios da prova:

 Caso os traços forem lentos e precisos ou em forma de desenhos geométricos, repetir uma vez mais a prova, mostrando claramente os critérios;

 Observar durante a prova se o examinando apresenta dificuldades na coordenação motora, instabilidade, ansiedade, e sincinesias.

PONTUAÇÃO

NÍVEL	***NÚMERO DE TRAÇOS***
6	57 – 73
7	74 – 90
8	91 – 99
9	100 – 106
10	107 – 114
11	115 ou mais

ORGANIZAÇÃO ESPACIAL

NÍVEL 2 – TABULEIRO / POSIÇÃO NORMAL

Apresenta-se o tabuleiro para o idoso, com a base do triângulo frente a ele (figura 34). Tiram-se as peças posicionando-as na frente de suas respectivas perfurações. "Agora coloque você as peças nos buracos". Tentativas: duas.

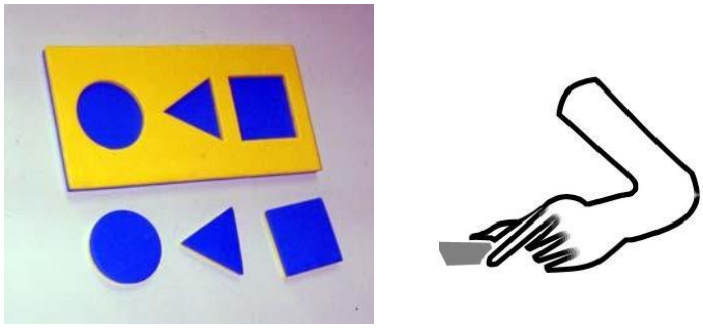


Figura 34

NÍVEL 3 - TABULEIRO / POSIÇÃO INVERTIDA

O mesmo material utilizado anteriormente, porém, deverá retirar as peças e deixá-las alinhada com o vértice do triângulo posicionado para o idoso. Dá uma volta no tabuleiro (figura 35). Sem limite de tempo. Tentativas: duas.

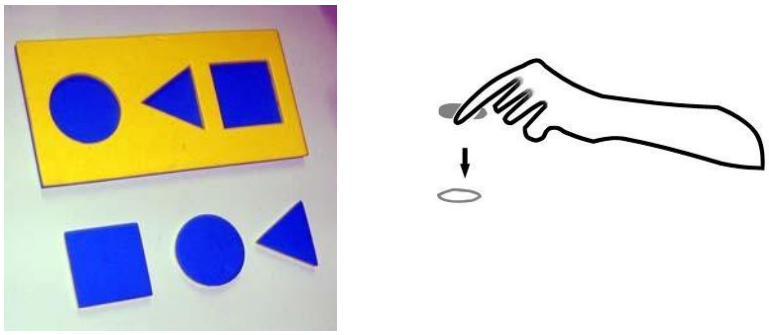
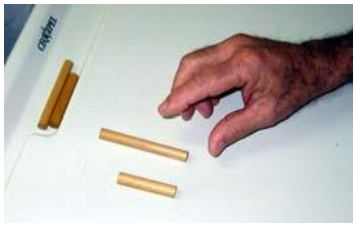


Figura 35

NÍVEL 4 – PROVA DOS PALITOS

Dois palitos de diferentes comprimentos: cinco e seis centímetros. Colocar os palitos sobre a mesa. Os mesmos estarão paralelos e separados por 2,5cm (figura 36).



a) _____ b) _____ c) _____

_____ _____ _____

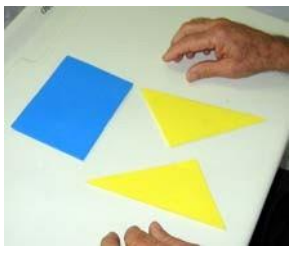
Figura 36

"Qual o palito mais longo? Colocar o dedo em cima do palito mais longo". Três provas trocando de posição os palitos. Se falhar em uma das três tentativas, fazer três mais trocando as posições dos palitos. Resultado positivo quando o idoso acerta três de três tentativas ou cinco de seis tentativas.

NÍVEL 5 - JOGO DE PACIÊNCIA

Colocar um retângulo de cartolina de 14cm X 10cm e em sentido longitudinal, diante do idoso. Ao seu lado e um pouco mais próximo do sujeito, as duas metades do outro retângulo, cortado pela diagonal, com as hipotenusas para o exterior e separadas uns centímetros (figura 37).

"Pegue estes triângulos e junte-os de maneira que saia algo parecido a este retângulo". Tentativas: três em 1 minuto. Nº tentativas: duas, sendo que cada tentativa não deverá ultrapassar um minuto.



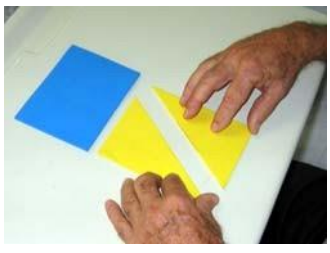


Figura 37

NÍVEL 6 - DIREITA / ESQUERDA - CONHECIMENTO SOBRE SI

Identificar em si mesmo a noção de direita e esquerda (figura 38).

1. Levantar a mão direita	2. Levantar a mão esquerda	3. Indicar o olho direito
		
Figura 38		

O examinador não executará nenhum movimento, apenas o examinando. Total de três perguntas e todas deverão ser respondidas corretamente.

Ex.: “Mostre-me sua mão direita...”. Êxito: Três acertos - 3/3.

NÍVEL 7 - EXECUÇÃO DE MOVIMENTOS

EXECUÇÃO DE MOVIMENTOS NA ORDEM

O examinador solicitará ao examinando que realize movimentos, de acordo com a seqüência abaixo. Ex.: “Agora você irá colocar a mão direita na orelha esquerda...”.

Êxito: Cinco acertos - 5/6.

		
1. Mão direita na orelha esquerda	2. Mão esquerda no olho direito	3. Mão direita no olho esquerdo
		
4. Mão esquerda na orelha direita	5. Mão direita no olho direito	6. Mão esquerda na orelha esquerda

NÍVEL 8 - DIREITA / ESQUERDA - RECONHECIMENTO SOBRE OUTRO

O examinador se colocará de frente ao examinando e perguntará: “agora você irá identificar minha mão direita”. (Figura 39).

1. Toca-me a mão direita	2. Toca-me a mão esquerda	3. Em que mão tem a bola?

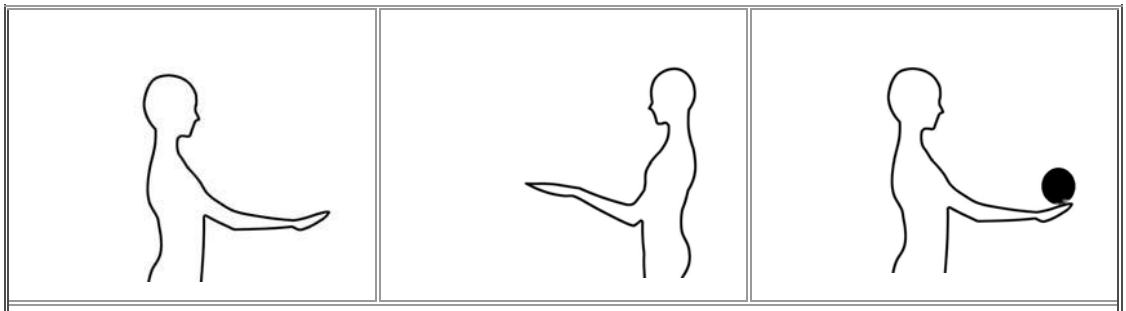


Figura 39

O observador tem uma bola na mão direita. Êxito: Três acertos - 3/3

NÍVEL 9 - REPRODUÇÃO DE MOVIMENTOS – REPRESENTAÇÃO HUMANA

Frente a frente, o examinador irá executar alguns movimentos e o examinando irá prestar muita atenção nos movimentos das mãos (figura 40).

"Eu vou fazer certos movimentos que consistem em levar uma mão (direita ou esquerda) até um olho ou uma orelha (direita ou esquerda), desta maneira" (demonstração rápida). "Você fixará no que estou fazendo e irá fazer o mesmo, não poderá realizar movimentos de espelho". Se o idoso entendeu o teste através dos primeiros movimentos, ele deve prosseguir; caso contrário, será necessária uma segunda explicação. Êxitos: Seis acertos - 6/8.

			
1. Mão esquerda no olho direito	2. Mão direita na orelha direita	3. Mão direita no olho esquerdo	4. Mão esquerda na orelha esquerda






5. Mão direita no olho direito | 6. Mão esquerda na orelha direita | 7. Mão direita na orelha esquerda | 8. Mão esquerda no olho esquerdo

Figura 40

NÍVEL 10 - REPRODUÇÃO DE MOVIMENTOS – FIGURA ESQUEMATIZADA

Frente a frente, o examinador irá mostrar algumas figuras esquematizadas e o examinando irá prestar muita atenção nos desenhos e irá reproduzi-los (figura 41).

Os mesmos movimentos executados anteriormente (prova de nível 9). "Você fará os mesmos gestos e com a mesma mão do boneco esquematizado". Êxitos: Seis acertos - 6/8.

BONECO - figura esquematizada desenhada em cartão de 18cm X 10cm

			
1. Mão esquerda no olho direito	2. Mão direita na orelha direita	3. Mão direita no olho esquerdo	4. Mão esquerda na orelha esquerda
			
5. Mão direita no olho	6. Mão esquerda na	7. Mão direita na orelha	8. Mão esquerda

direito	orelha direita	esquerda	no olho esquerdo
Figura 41			

NÍVEL 11 - RECONHECIMENTO DA POSIÇÃO RELATIVA DE TRÊS OBJETOS

Sentados, frente a frente, examinador fará algumas perguntas para o examinando que permanecerá com os braços cruzados.

MATERIAL: três cubos ligeiramente separados (15cm) colocados da esquerda para a direita sobre a mesa, como segue: AZUL, AMARELO, VERMELHO.

“Você vê os três objetos (cubos) que estão aqui na sua frente. Você irá responder rapidamente as perguntas que irei fazer", figura 42.

O examinando terá como orientação espacial (ponto de referência) o examinador.

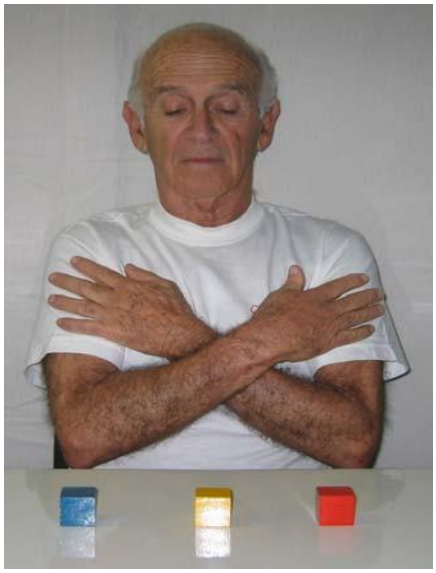


Figura 42

- ✓ *O CUBO AZUL ESTÁ À DIREITA OU À ESQUERDA DO VERMELHO?*
- ✓ *O CUBO AZUL ESTÁ À DIREITA OU À ESQUERDA DO AMARELO?*
- ✓ *O CUBO AMARELO ESTÁ À DIREITA OU À ESQUERDA DO AZUL?*
- ✓ *O CUBO AMARELO ESTÁ À DIREITA OU À ESQUERDA DO VERMELHO?*
- ✓ *O CUBO VERMELHO ESTÁ À DIREITA OU À ESQUERDA DO AMARELO?*

- ✓ *O CUBO VERMELHO ESTÁ À DIREITA OU À ESQUERDA DO AZUL?*

Êxitos: Cinco acertos - 5/6

PONTUAÇÃO - ORGANIZAÇÃO ESPACIAL

- ✓ Anotar positivo (+), nas provas com bom resultados.
- ✓ Anotar negativo (-), nas provas mal sucedidas.

AVALIAÇÃO – ORGANIZAÇÃO ESPACIAL

- ✓ Progredir, quando os resultados forem positivos, de acordo com o teste.
- ✓ Parar, quando os resultados forem negativos, de acordo com o teste.

ORGANIZAÇÃO TEMPORAL – PARTE I (Nível de 2-5)

LINGUAGEM – Estruturas temporais de linguagem expressiva e observação da linguagem espontânea. Será bem resolvida a prova em que o idoso consegue repetir ao menos uma das frases sem erro.

NÍVEL 2

Frase de duas palavras.

NÍVEL 3

A) *"EU TENHO UM CACHORRO PEQUENO"*

B) *"MEU IRMÃO É PROFESSOR"*

NÍVEL 4

A) *"VAMOS COMPRAR PASTÉIS PARA A MARIA"*

B) *"O JOÃO GOSTA DE CAMINHAR"*

NÍVEL 5

A) *"PAULO VAI CONSTRUIR UM CASTELO DE AREIA"*

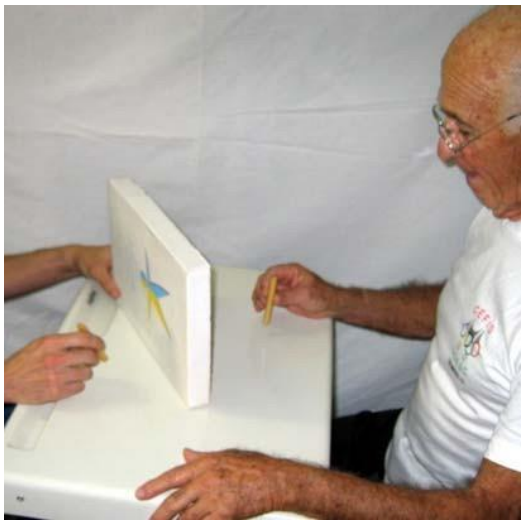
B) *"LUIS SE DIVERTE JOGANDO FUTEBOL COM SEU AMIGO"*

ORGANIZAÇÃO TEMPORAL – PARTE II (Nível de 6-11)

ESTRUTURA ESPAÇO - TEMPORAL

REPRODUÇÃO P/ MEIO DE GOLPES - ESTRUTURAS TEMPORAIS

ENSAIO 1	**00**	ENSAIO 2	**0 0**
TESTE 01	**000**	TESTE 11	**0 0000**
TESTE 02	**00 00**	TESTE 12	**00000**
TESTE 03	**0 00**	TESTE 13	**00 0 00**
TESTE 04	**0 0 0**	TESTE 14	**0000 00**
TESTE 05	**0000**	TESTE 15	**0 0 0 00**
TESTE 06	**0 000**	TESTE 16	**00 000 0**
TESTE 07	**00 0 0**	TESTE 17	**0 0000 00**
TESTE 08	**00 00 00**	TESTE 18	**00 0 0 00**
TESTE 09	**00 000**	TESTE 19	**000 0 00 0**
TESTE 10	**0 0 0 0**	TESTE 20	**0 0 000 00**



Examinador e examinando sentados frente a frente, com um lápis na mão cada um. "Você irá escutar diferentes sons, e com o lápis irá repeti-los. Escute com atenção".

 Tempo curto: em torno de 1/4 de segundo **(00),** dado com o lápis sobre a mesa.

 Tempo longo: em torno de 1 segundo **(0 0 0)**, dado com o lápis sobre a mesa.

O examinador dará golpes da primeira estrutura da prova e o examinando repetirá os mesmos. O examinador golpeia outras estruturas e o idoso continua repetindo. Enquanto os tempos curtos e longos são reproduzidos corretamente se passa já diretamente a prova.

Os movimentos (golpes com um lápis) não poderão ser vistos pelo examinando. Ensaios: Se o idoso falha, nova demonstração e novo ensaio. Parar definitivamente quando o idoso cometer três erros consecutivos. Estes períodos de tempo são difíceis de apreciar; já que importa realmente é que a sucessão seja correta.

SIMBOLIZAÇÃO (DESENHO) DE ESTRUTURAS ESPACIAIS

ENSAIO 1	**00**	ENSAIO 2	**0 0**
TESTE 01	**0 00**	TESTE 06	**0 0 0**

TESTE 02	**00 00**	TESTE 07	**00 0 00**
TESTE 03	**000 0**	TESTE 08	**0 00 0**
TESTE 04	**0 000**	TESTE 09	**0 0 00**
TESTE 05	**000 00**	TESTE 10	**00 00 0**



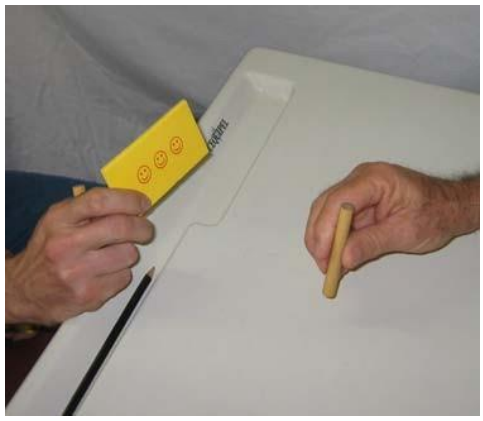
As estruturas espaciais podem ser representadas com círculos (diâmetro de três cm.) colados em um cartão. “Agora você irá desenhar umas esferas, aqui você tem um papel e um lápis, de acordo com as figuras que irei mostrar”.

Apresenta-se então a primeira estrutura de ensaio, dando-lhe uma explicação se for necessário. “Muito bem, vejo que você entendeu. Agora você irá prestar bem a atenção nas figuras que irei mostrar e as desenhará o mais rápido possível neste papel”. Tentativa: parar a prova se o idoso falhar duas estruturas sucessivas.

SIMBOLIZAÇÃO DE ESTRUTURAS TEMPORAIS

a) *LEITURA - REPRODUÇÃO POR MEIO DE GOLPES*

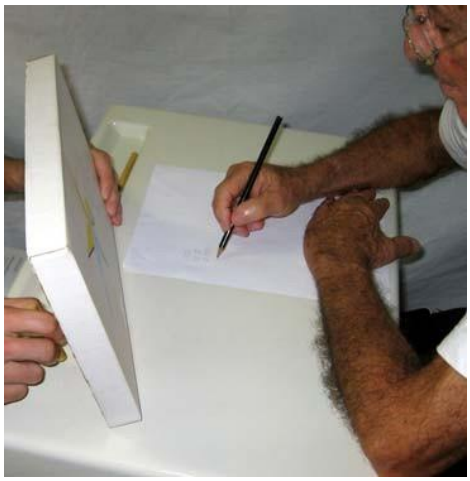
ENSAIO 1	**00**	ENSAIO 2	**0 0**
TESTE 01	**000**		
TESTE 02	**00 00**		

TESTE 03	**00 0**
TESTE 04	**0 0 0**
TESTE 05	**00 00 00**
	

As estruturas simbolizadas serão representadas exatamente da mesma maneira que as estruturas espaciais (círculos colados sobre o cartão). “Vamos fazer algo melhor. Apresenta outra vez os círculos no cartão e em vez do idoso desenhá-los, ele dará pequenos golpes com o lápis”. Parar houver falha em duas estruturas sucessivas.

b) TRANSCRIÇÃO DE ESTRUTURAS TEMPORAIS – DITADO

ENSAIO 1	**00**	ENSAIO 2	**0 0**
TESTE 01	**0 00**		
TESTE 02	**000 0**		
TESTE 03	**00 000**		
TESTE 04	**0 0 00**		
TESTE 05	**00 0 0**		



"Para finalizar as provas, serei eu quem dará os golpes com o lápis e você irá desenhá-los. Parar após dois erros sucessivos".

RESULTADOS

Entendemos por êxitos as reproduções e transcrições claramente estruturadas. Concedemos um ponto por um golpe ou desenho bem resolvido e totalizamos os pontos obtidos nos diversos aspectos da prova. Em todos os casos convém anotar:

- ✓ *MÃO UTILIZADA*
- ✓ *SENTIDO DAS CIRCUNFERÊNCIAS*
- ✓ *COMPREENSÃO DO SIMBOLISMO (COM OU SEM EXPLICAÇÃO)*

PONTUAÇÃO

NÍVEL	***PONTOS***
6	6 – 13 acertos
7	14 – 18 acertos
8	19 – 23 acertos
9	24 – 26 acertos

10	27 – 31 acertos
11	32 – 40 acertos

Os resultados das pontuações obtidos na avaliação permitem a classificação dos parâmetros motores em níveis, a saber: muito superior (130 ou mais), superior (120 – 129), normal alto (110 – 119), normal médio (90 – 109), normal baixo (80 – 89), inferior (70 – 79) e muito inferior(<70)

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Autorização Institucional

ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS (UNIFIP)

CENTRO UNIVERSITÁRIO - UNIFIP
CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Eu, **Eva Jeminne de Lucena Araújo**, Coordenadora da Clínica-Escola de Fisioterapia Dr. Aderban Martins de Medeiros, venho por meio deste autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa **"A PSICOMOTRICIDADE COMO MEIO DE PREVENÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER"** sob responsabilidade da aluna **Larissa de Morais Rocha** e orientadora Profª. **Samara Campos de Assis** como requisito para a conclusão do curso de Fisioterapia do Centro Universitário – UNIFIP. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização, bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Patos - PB, 30 de NOVEMBRO de 2023

Recebi em 01/12/23
Larissa de Morais Rocha

UNIFIP CENTRO UNIVERSITÁRIO
Eva Jeminne de Lucena Araújo
Coordenadora da Clínica
Escola de Fisioterapia UNIFIP

Eva Jeminne de Lucena Araújo

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PSICOMOTRICIDADE COMO MEIO DE PREVENÇÃO NA DOENÇA DE
Pesquisador: Samara Campos de Assis
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 76600523.9.0000.5181
Instituição Proponente: CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.692.859

Apresentação do Projeto:
De acordo com a proponente: "O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo exploratória e descritiva com abordagem quantitativa a ser realizada no município de Patos no estado da Paraíba, as entrevistas ocorrerão mais especificamente no Centro Universitário de Patos-UNIFIP. A pesquisa de campo é utilizada para realizar um tipo de pesquisa que ocorre fora de um laboratório ou sala de entrevista, ou seja, ocorre em ambientes cotidianos. Nessa perspectiva, os pesquisadores vão a campo em busca de dados para que após isso seja realizado um estudo específico por meio de diversos métodos de coleta e análise (SPINK, 2003). No método de pesquisa quantitativa-descritiva, o pesquisador busca coletar
informações que sejam quantificáveis para análise estatística de uma amostra de uma população específica de pesquisa (FROSSARD, 2017). Segundo Zanella (2012), o levantamento de dados tem como objetivo colher dados para que sejam realizados estudos a respeito de determinado assunto, podendo utilizar questionários para coletá-los, entrevistas, observações e análises de documentos, podendo serem usados separadamente ou em combinação. A pesquisa transversal, baseia-se no estudo de uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população e para a identificação de grupos de risco (SITTA et al., 2010). A população será formada por pacientes diagnosticados com a Doença de Alzheimer na cidade de Patos no estado da Paraíba e a amostragem serão constituídas pelos primeiros cinco voluntários que aceitarem fazer parte da pesquisa. Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa será necessário como

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br

CamScanner

possibilidade de constrangimento do indivíduo; desconforto; medo; vergonha; risco de quedas durante a avaliação. No entanto, teremos muito cuidado na elaboração do conteúdo e no modo de aplicação do questionário, buscaremos tomar os cuidados necessários durante a avaliação. Deixarei o paciente o mais à vontade possível, para que ele e seu cuidador se sintam confortáveis na minha presença e não se sintam em nenhum momento constrangido, farei tudo que for possível para manter o sigilo prometido e esclarecer os benefícios e a importância desta pesquisa.

Os benefícios da presente pesquisa se sobressaem aos riscos, pois nos permitirá observar a importância da psicomotricidade como meio de prevenção na Doença de Alzheimer.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012 , 510/2016 e 580/2018 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em pesquisa do UNIFIP - Centro Universitário de Patos, considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.

Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o envio do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto, via Plataforma Brasil, a ser realizado em até 60 dias depois da apresentação pública.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2261018.pdf	18/12/2023 12:23:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projetol.pdf	18/12/2023 12:23:06	Samara Campos de Assis	Aceito

CamScanner

Continuação do Parecer: 6.692.859

Investigador	projetol.pdf	18/12/2023 12:23:06	Samara Campos de Assis	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostolarissaassinada.pdf	18/12/2023 12:13:38	Samara Campos de Assis	Aceito
Declaração de concordância	autinstitucionallarissa.pdf	15/12/2023 16:31:48	Samara Campos de Assis	Aceito
Brochura Pesquisa	projetolarissa.pdf	15/12/2023 16:25:20	Samara Campos de Assis	Aceito
Outros	escalalarissa.pdf	15/12/2023 16:19:33	Samara Campos de Assis	Aceito
Cronograma	cronogramalarissaplataforma.pdf	15/12/2023 16:11:31	Samara Campos de Assis	Aceito
Orçamento	orcamentolarissa.pdf	15/12/2023 16:10:57	Samara Campos de Assis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclelarissa.pdf	15/12/2023 16:10:22	Samara Campos de Assis	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PATOS, 08 de Março de 2024

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

CamScanner

ANEXO C – Normas da revista a ser submetido o artigo científico

Título (e subtítulo separado por dois pontos (:), se houver)

Nome completo do autor

Ultima graduação, nome da instituição por extenso (sigla entre parênteses), cidade, estado, país.

Cargo, nome da instituição por extenso (sigla entre parênteses), cidade, estado, país.

URL (Lattes, ou página pessoal)

E-mail:

Submetido em:dd/mm/yyyy. Aprovado em: dd/mm/yyyy. Publicado em: dd/mm/yyyy .

Resumo

Texto direto, simples, de fácil leitura, com no máximo XXX palavras. Idioma principal do texto é o primeiro. Deve conter: Contextualização – uma ou duas sentenças que identifique onde seu trabalho está inserido dentro da grande área; Lacuna – sentença sobre o que ainda será trabalhado, o que necessita de pesquisa, o que ainda não foi entendido, o que ainda precisa ser estudado nesse campo de pesquisa; Propósito – principal objetivo do trabalho, o que foi feito. Tem que ter ligação com a lacuna; Metodologia – uma ou duas frases discorrendo sobre a metodologia utilizada; Resultados – identifica os principais resultados da pesquisa; Conclusões – como o resultado pode colaborar com o avanço da grande área em relação a sua área de pesquisa. Os idiomas seguem a seguinte ordem, de acordo com o idioma principal do trabalho: (Português, Inglês, Espanhol; Inglês, Português, Espanhol; Espanhol, Inglês, Português).

Palavras-chave: Palavras relevantes. Não extraídas do título. Separadas por ponto. Indicação de conteúdo. De três a cinco palavras-chave.

Title in English (and subtitle separated by colon (:) if available)

Abstract

Simple and direct text, with a maximum of XXX words. Main language of the papers goes first. Must contain: Context – one to two sentences identifying its insertion in the

discipline; Gap –sentence on what is still under work, what requires research, what hasn't been understood yet, what needs to be studied in the field; Purpose – work's main objective, what was accomplished. Must have connection with the gap; Methodology – one or two sentences on the approach; Results – presents the research's main results; Conclusions – how the result can collaborate with the discipline in relation to the research field. The order of the languages is as follows, according to work's main language: (Portuguese, English, Spanish; English, Portuguese, Spanish; Spanish, English, Portuguese).

***Keywords**: Relevant keywords. Not extracted from title. Separated by period. Possible indication of content. Three to five keywords.*

Título en español (subtítulo separado por dos puntos (:), si acaso)

Resumen

Texto simple y directo, con un máximo de XXX palabras. Idioma principal es el primero.

Debe presentar: Contextualización – una o dos oraciones que identifiquen donde el trabajo está inserido dentro de la disciplina; Vacío – oración sobre lo que aún será trabajado, lo que necesita de investigación, lo que aún no fue comprendido, lo que aún necesita ser estudiado en el campo de investigación; Propósito – principal objetivo del trabajo, lo que fue hecho. Tiene que relacionarse con el vacío; Metodología – una o dos frases explicando la metodología utilizada; Resultados – identifica los principales resultados de la investigación; Conclusiones – como el resultado puede colaborar con el avanzo de la disciplina en relación a su área de investigación. El orden de los idiomas es, según el idioma principal: (Portugués, Inglés, Español; Inglés, Portugués, Español; Español, Inglés, Portugués).

***Palabras clave**: Palabras relevantes. No extraídas del título. Separadas por punto. Indican el contenido. De tres a cinco palabras clave.*

INTRODUÇÃO / INTRODUCTION / INTRODUCCIÓN

Seu texto aqui / Your text here / Su texto acá.

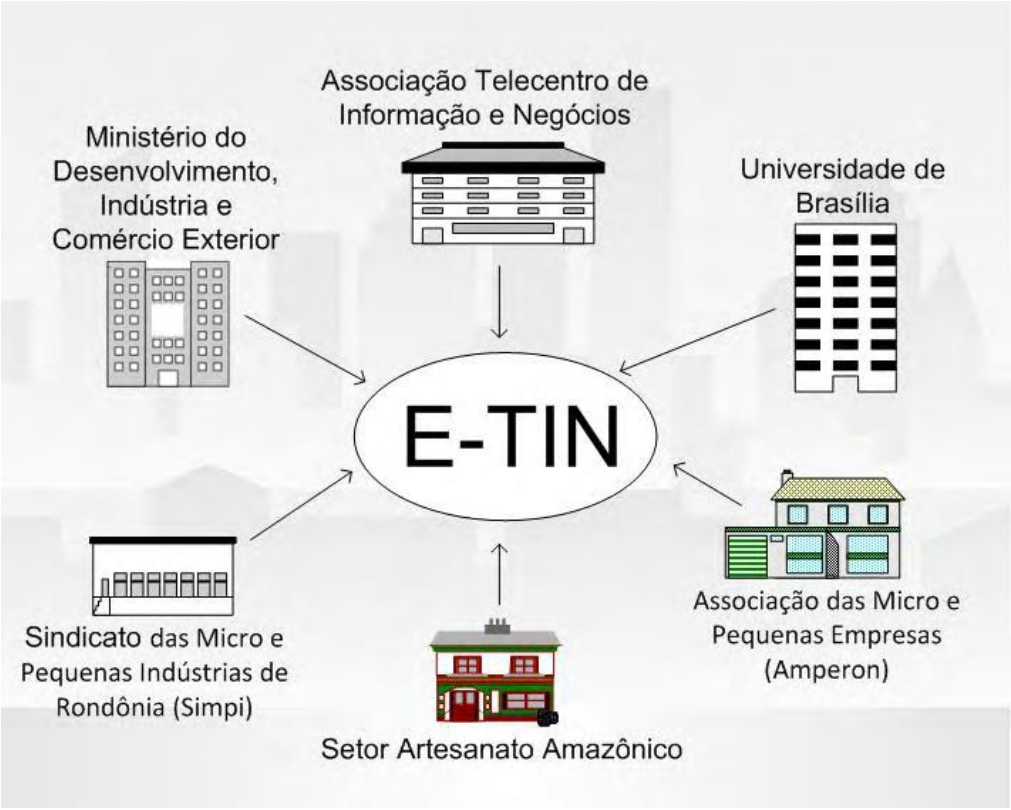
METODOLOGIA / METHODOLOGY / METODOLOGÍA

Descrição da metodologia usada / Methodology description / Metodología usada

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS / ANALYSIS AND DISCUSSION OF RESULTS / ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Seu texto aqui / Your text goes here / Su texto acá.

Figura/Gráfico/Tabela/Quadro 1 – Título da(o) figura/gráfico/tabela/quadro



Fonte: Alvares (2010).

Tabela 1 - Custos e tempo gasto para impressão

Gastos com material para impressão – Novo leiaute (Estimados com + 20% de material)					
[1]Material	Qde. Cadernos/ Qde. Págs.	Qde. Folhas/ Chapas	Valor Unitário Folhas/Chapa (R$)	Valor Total Mensal (R$)	Valor Total Anual (R$)
Papel Capa – AP 180g	_	113	0,60	67,80	813,60
Papel Miolo – AP 75g	13 – 128	2.410	0,22	530,20	6.362,40
Chapas	_	28	25,00	700,00	8.400,00
Plastificação da Capa	_	_	_	70,00	840,00

Fotolito	_	_	_	[2]600,00	7.200,00
TOTAL	**_**	**_**	**_**	**1.968,00**	**23.616,00**

[1]Dados fornecidos pelos responsáveis do Setor Gráfico e do Setor de Orçamento.

[2]Valor da matéria-prima, desconsiderada a mão-de-obra.

Fonte: Nass, 2003.

CONCLUSÕES (Considerações finais) / CONCLUSION (Final considerations) / CONCLUSIÓN (Consideraciones finales)

Seu texto aqui / Your text goes here / Su texto acá.

AGRADECIMENTOS / ACKNOWLEDGEMENTS / AGRADECIMIENTO

Seu texto aqui / Your text goes here / Su texto acá.

REFERÊNCIAS / REFERENCES / REFERENCIAS

CUNHA, M.B. da. Biblioteca digital: bibliografia das principais fontes de informação. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 39, n. 1, p.88-107, jan. / abr. 2010. Disponível em: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/1730/1359>. Acesso em: 02 dez. 2010.

BELKIN, N.J. The cognitive viewpoint in Information Science. *Journal of Information Science*, v. 16, n.1, p.11-15, 1990. DOI: 10.1177 / 016555159001600104.

ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 11., 2010, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: UFRJ, 2010. 1 CD-ROM.

Exemplos de citações e referências / References and citations examples / Ejemplos de referencias y citaciones

- Um autor (sem espaços entre os prenomes) / *One author (no spaces between first names) / Un autor (sin espacios entre los prenombres)*
    - **Referência / *Reference* / *Referencia***

      PETERS, J.D. *Speaking into the air*: a history of the idea of communication. Chicago: University of Chicago, 1999. 293p.

    - **Citação / *Citation* / *Citación***

Peters (1999) ou / *OR* / *o* (PETERS, 1999)

- Dois autores (separar os autores por ponto e vírgula (;) sem espaços entre os prenomes) / *Two authors (separate authors by semicolon (;) without spaces between first names) / Dos autores (separar los autores por punto y coma(;) sin espacios entre los prenombres)*
    - **Referência / *Reference* / *Referencia***

      GONZÁLEZ DE GOMEZ, M.N.; LIMA, C.R.M. de. (Org.). *Informação e democracia*: a reflexão contemporânea da ética e da política. Brasília: Ibict, 2011. 189p. (Série In Formation Colloquia, 1).

    - **Citação / *Citation* / *Citación***

      González de Gomez e Lima (2011) ou (GONZÁLEZ DE GOMEZ; LIMA, 2011)

- Três autores (separar os autores por ponto e vírgula (;) sem espaços entre os prenomes) / *Three authors (separate authors by semicolon (;) without spaces between first names) / Tres autores (separar los autores por punto y coma(;) sin espacios entre los prenombres)*

    - **Referência / *Reference* / *Referencia***

      AL-SUQRI, M.N.; LILLARD, L.L.; AL-SALEEM, N.E. *Information access and library user needs in developing countries*. Hershey, PA: Information Science Reference, 2014. 260p. (Advances in library and information science (ALIS) book series)

    - **Citação / *Citation* / *Citación***

      Al-Suqri, Lillard, e Al-Saleem (2014) ou (AL-SUQRI; LILLARD; AL-SALEEM, 2014)

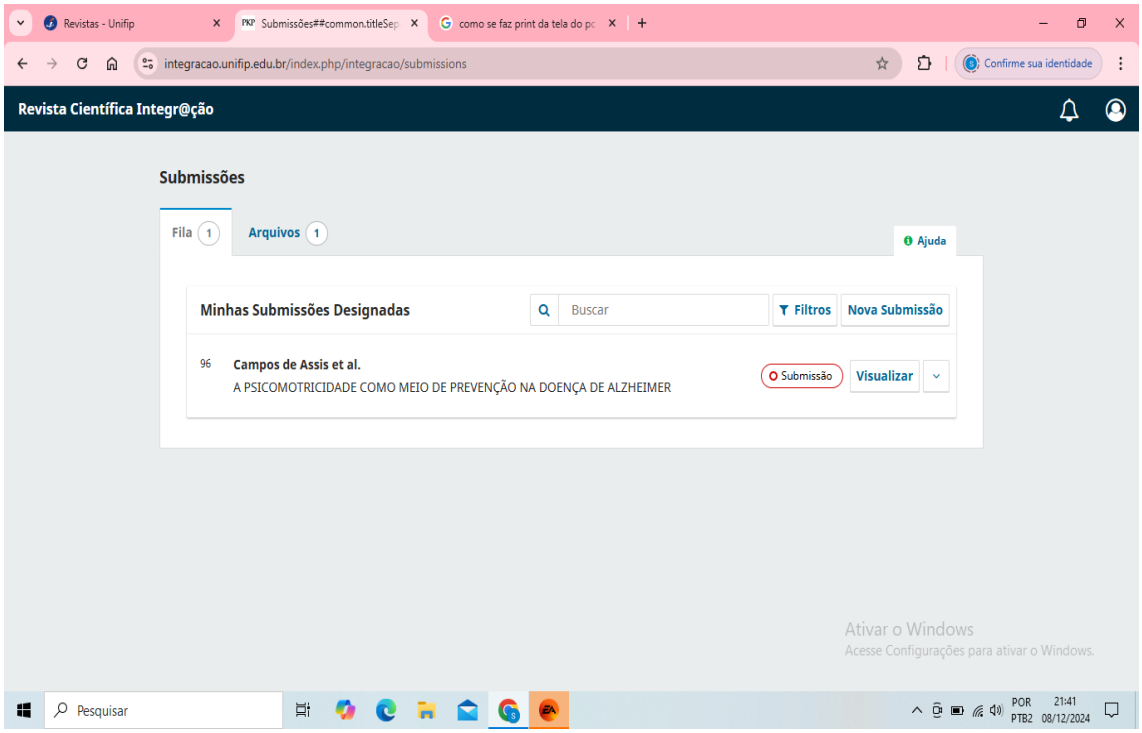
- Mais de três autores (descrever o 1º autor seguido da expressão et al. Sem itálico) / *More than three authors (describe first author followed by latin expression et al., no italics)* / *Más de tres autores (describir el 1er autor seguido de la expresión et al. Sim itálico)*
    - **Referência / *Reference* / *Referencia***

      CROCCO, M.A. et al. *Metodologia de identificação de arranjos produtivos locais potenciais*. Belo Horizonte: UFMG, Cedeplar, 2003. 28 p. (Texto para Discussão, n. 212).

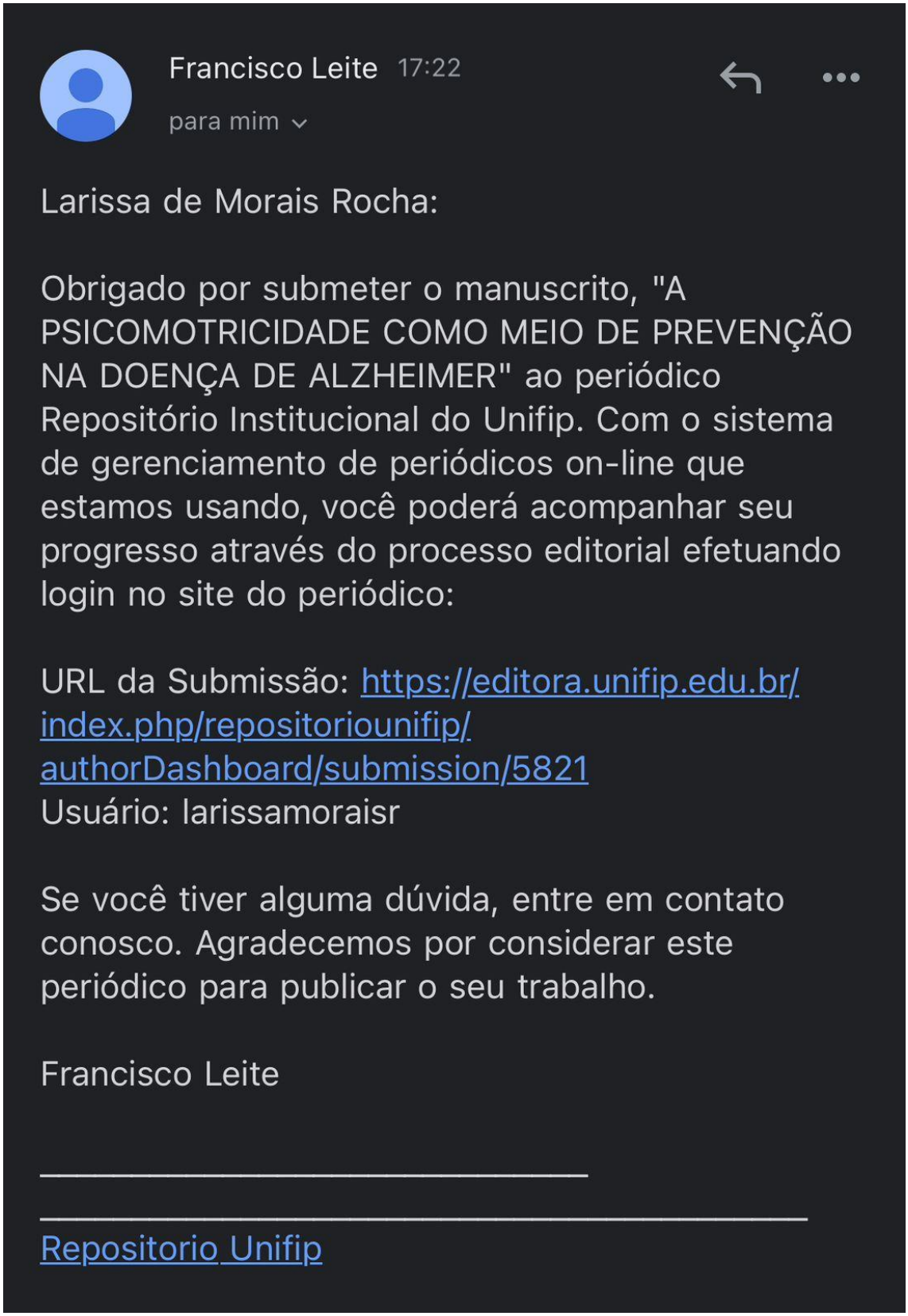
- **Citação / *Citation* / *Citación***

  Crocco et al. (2003) ou (CROCCO et al., 2003)

ANEXO D - Comprovante de submissão na revista



ANEXO E – Comprovante de submissão no repositório



Francisco Leite 17:22

para mim

Larissa de Morais Rocha:

Obrigado por submeter o manuscrito, "A PSICOMOTRICIDADE COMO MEIO DE PREVENÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER" ao periódico Repositório Institucional do Unifip. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: https://editora.unifip.edu.br/index.php/repositoriounifip/authorDashboard/submission/5821
Usuário: larissamoraisr

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.

Francisco Leite

_____

_____

Repositorio Unifip