

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO NARRATIVA

THE ROLE OF PHYSIOTHERAPY IN PROMOTING QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS WITH ALZHEIMER'S DISEASE: A NARRATIVE REVIEW

EL PAPEL DE LA FISIOTERAPIA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Larissa Batista da Silva¹

RESUMO: Este artigo, tem como objetivo apresentar uma análise da importância da Fisioterapia na qualidade de vida em indivíduos com a Doença de Alzheimer, e identificar a relevância dessa terapia para esse grupo de pacientes. Inicialmente, buscou-se conceituar o que é a Doença de Alzheimer, para entendermos o quanto esta patologia está associada à população idosa, compreendendo todo o processo de envelhecimento, para então discorrer sobre como a fisioterapia pode ser benéfica em sua atuação para o grupo de pessoas idosas com a Doença de Alzheimer. A Fisioterapia é fundamental para a melhoria na percepção corporal dos pacientes, a melhora da autonomia nas atividades de vida diária, assim como a melhora da mobilidade e da interação com o ambiente, fatores que auxiliam diretamente na qualidade de vida desses indivíduos. Destaca-se que a aplicação de exercícios e atividades com enfoque para a geriatria são estratégias eficazes para melhorar a autonomia e promover um maior bem-estar em pacientes com Alzheimer, contribuindo para um declínio no avanço dessa doença.

Palavras-chave: Geriatria. Fisioterapia. Envelhecimento. Doença de Alzheimer. Qualidade de vida.

ABSTRACT: This article aims to present an analysis of the importance of physiotherapy in the quality of life of individuals with Alzheimer's disease, and to identify the importance of this therapy for this group of patients. Initially, we sought to conceptualize what Alzheimer's disease is, to understand how much this pathology is associated with the elderly population, understanding the entire aging process, and then discuss how physiotherapy can be beneficial in its role for the group of elderly people with Alzheimer's disease. Physiotherapy is fundamental for improving patients' body awareness, improving autonomy in activities of daily living, as well as improving mobility and interaction with the environment, factors that directly contribute to the quality of life of these individuals. It is highlighted that the application of exercises and activities focused on geriatrics are effective strategies to improve autonomy and promote greater well-being in patients with Alzheimer's, contributing to a decline in the progression of this disease.

Keywords: Geriatrics. Physiotherapy. Aging. Alzheimer's Disease. Quality of Life.

¹Fisioterapeuta, Universidade Paulista - UNIP, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo presentar un análisis de la importancia de la fisioterapia en la calidad de vida de las personas con enfermedad de Alzheimer, e identificar la relevancia de esta terapia para este grupo de pacientes. Inicialmente, buscamos conceptualizar qué es la enfermedad de Alzheimer, comprender su asociación con la población anciana, entender el proceso de envejecimiento en su totalidad y, posteriormente, analizar cómo la fisioterapia puede ser beneficiosa para las personas mayores con esta enfermedad. La fisioterapia es fundamental para mejorar la conciencia corporal de los pacientes, aumentar su autonomía en las actividades de la vida diaria, así como mejorar su movilidad e interacción con el entorno, factores que contribuyen directamente a su calidad de vida. Se destaca que la aplicación de ejercicios y actividades geriátricas constituye una estrategia eficaz para mejorar la autonomía y promover un mayor bienestar en pacientes con Alzheimer, contribuyendo a la disminución de la progresión de la enfermedad.

Palabras clave: Geriátria. Fisioterapia. Envejecimiento. Enfermedad de Alzheimer. Calidad de vida.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta como a fisioterapia pode auxiliar na qualidade de vida de indivíduos com a Doença de Alzheimer. O aumento da expectativa de vida tem contribuído para a crescente prevalência de doenças neurodegenerativas, as quais afetam significativamente a qualidade de vida dos indivíduos e de seus familiares. Nesse contexto, torna-se importante compreender as contribuições que a fisioterapia pode oferecer a esse grupo de pacientes.

Entre os desafios apresentados por essa patologia, destacam-se as perdas cognitivas, funcionais e emocionais, que comprometem progressivamente a autonomia e a interação social do paciente. Diante disso, diversas abordagens terapêuticas vêm sendo estudadas e aplicadas com o objetivo de minimizar os efeitos da doença, prolongando a capacidade funcional e o bem-estar geral dos indivíduos.

A hipótese desta pesquisa é que a fisioterapia surge como uma importante estratégia terapêutica, por meio da qual é possível trabalhar funções motoras, cognitivas e afetivas, promovendo melhor qualidade de vida para idosos diagnosticados com Doença de Alzheimer. Essa área integra corpo e mente, permitindo que o paciente mantenha sua mobilidade e suas capacidades motoras pelo maior tempo possível, ao mesmo tempo em que favorece a estimulação cognitiva e emocional, aspectos fundamentais para um envelhecimento saudável.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo analisar como a fisioterapia pode auxiliar no processo de qualidade de vida de indivíduos com Alzheimer, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes no manejo da doença. Por meio da análise dos benefícios dessa prática, pretende-se compreender como a integração do corpo-mente pode retardar a progressão dos déficits e promover um envelhecimento mais ativo e saudável.

Os procedimentos metodológicos utilizados na realização deste estudo consistiram em pesquisas bibliográficas, nos quais foram utilizados artigos científicos e livros.

2. DOENÇA DE ALZHEIMER

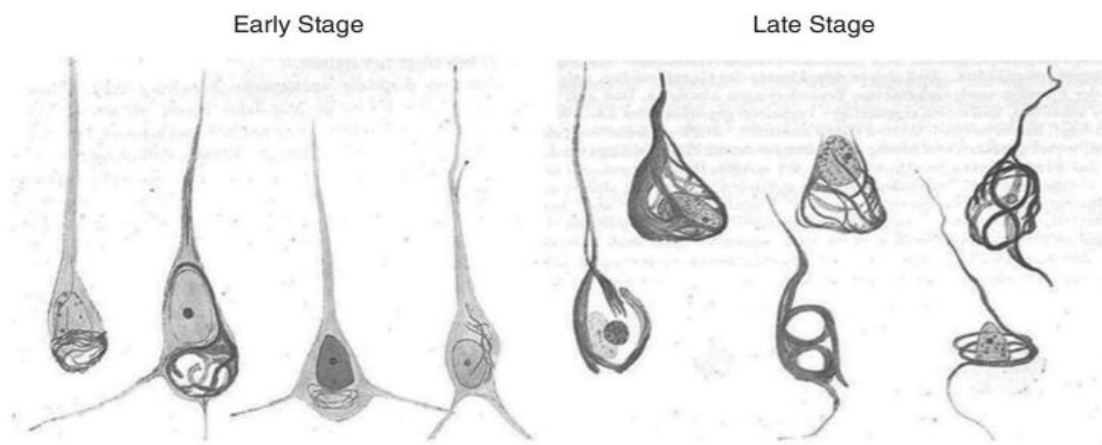
O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa progressiva, caracterizada pela deterioração das funções cognitivas, especialmente da memória, bem como pela desorientação no tempo e no espaço, problemas de linguagem, dificuldades em realizar tarefas diárias. (NITRINI RICARDO, 2005)

Esses sintomas podem ser intensificados à medida que a doença avança, até que esses indivíduos percam a autonomia. (NITRINI RICARDO, 2005)

A doença de Alzheimer foi descrita pela primeira vez em 1906 pelo médico Alois Alzheimer, que deu origem ao nome da doença, o médico conheceu, em 1901, uma paciente de 50 anos chamada Auguste, que apresentava um quadro de uma doença incomum, que se tornava progressiva com o passar do tempo, sofrendo com episódios de confusão e perda de memória, após 5 anos com a doença a paciente veio a óbito, e em sua autópsia, foi constatado uma diminuição no tecido do cérebro, além de um depósito anormal de uma proteína, que posteriormente seria chamada de beta-amiloide e os emaranhados neurofibrilares, de uma proteína chamada tau. (como mostrado na Figura 1 a partir de esboços das preparações histológicas em seu artigo de 1911). (DHAMIDHU ERATNE, 2018)

3

Figura 1 - Emaranhados Neurofibrilares.



Fonte: Jornal International Neuropsychol Social (2017).

Após os achados de Alzheimer, em 1910 o psiquiatra alemão Emil Kraepelin, introduziu em seu livro o termo “doença de Alzheimer”, dando visibilidade à descoberta de Alzheimer. Em 1911, a comunidade médica usava o livro *Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians* para diagnosticar pacientes na Europa e nos Estados Unidos, onde a doença passou de uma condição rara para ser uma das principais causas de demência no mundo. (MARK W BONDI, 2017)

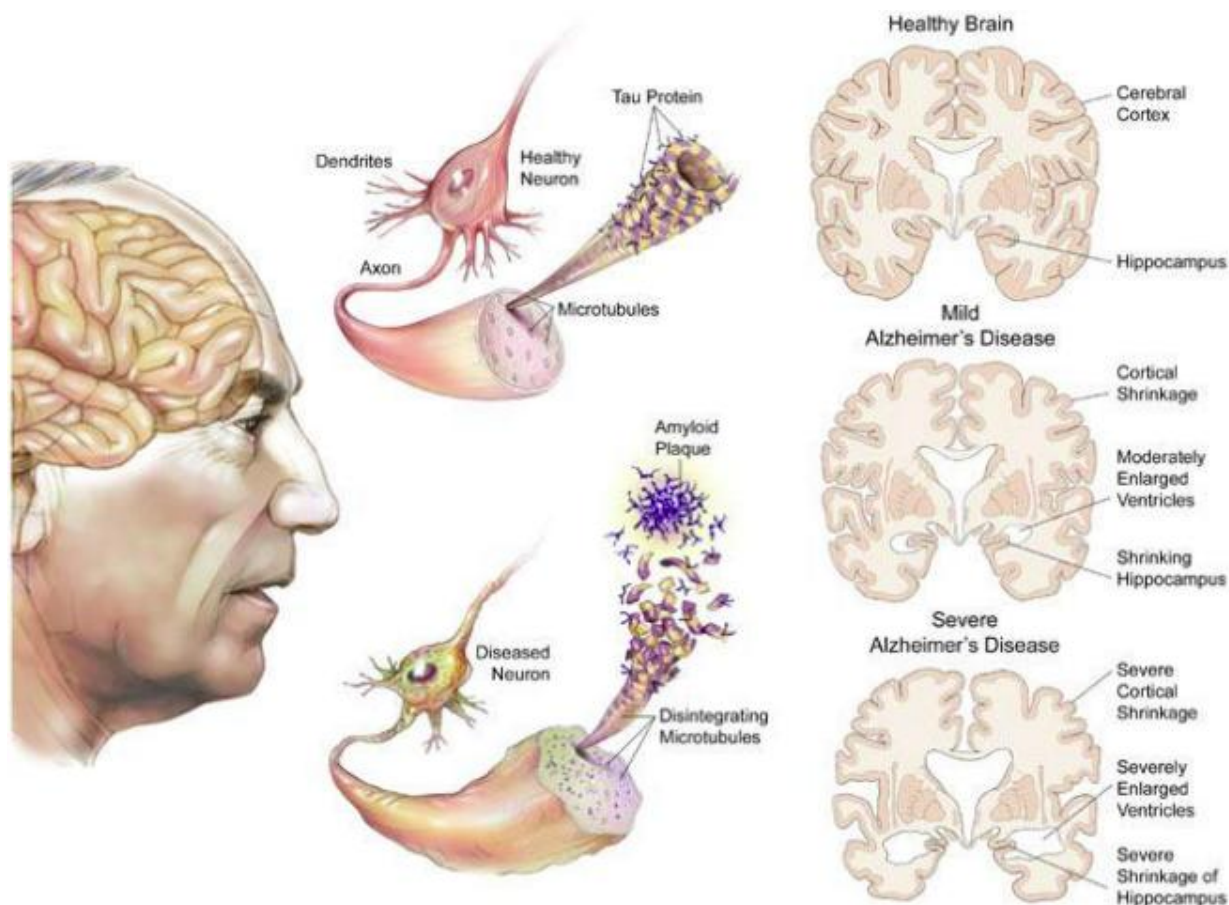
1.1 Fisiopatologia do Alzheimer.

A fisiopatologia do Alzheimer envolve uma série de processos degenerativos, que ocorrem no cérebro. (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2024)

Quando a paciente do doutor Alzheimer morreu, o mesmo examinou o cérebro através de um microscópio, e identificou que haviam placas neuríticas, emaranhados neurofibrilares e a angiopatia amilóide, e essas alterações se tornariam as marcas da doença de Alzheimer. (HAEUSSLER,2020)

A doença ocorre quando o processamento das proteínas de beta-amilóide no sistema nervoso central, começa a dar errado, então surgem, fragmentos de proteínas mal cortadas, que são tóxicas, dentro dos neurônios e nos espaços que existem entre eles, como consequência dessa toxicidade, ocorre a perda progressiva de neurônios em certas regiões do cérebro, como o hipocampo, que controla a memória, e o córtex cerebral, essencial para a linguagem e o raciocínio, memória, reconhecimento de estímulos sensoriais e o pensamento abstrato. Essas proteínas geram lesão no neurônio, onde ocorre a morte neuronal, que conseqüentemente, gera a formação das placas senis entre os neurônios, interferindo assim na transmissão dos sinais entre eles, prejudicando a função sináptica, a presença de beta-amilóide nas placas senis é tóxica para os neurônios, levando à disfunção celular, morte neuronal e atrofia cerebral, essas placas ativam as células imunológicas no cérebro, desencadeando uma inflamação crônica que agrava a degeneração neural. Ao longo do tempo, o acúmulo dessas placas senis, associado à morte neuronal, causa a atrofia cerebral, diminuição do hipocampo e aumento exacerbado dos ventrículos, como mostrado na Figura 1.1. (SELKOE, 2002)

Figura 1.1 - A Doença de Alzheimer e suas alterações no cérebro.



Fonte: Marybeth Hood (2024).

1.2 Etiologia, Causa e Prevalência:

A maior parte dos casos da doença de Alzheimer é esporádica, tem início tardio (≥ 65 anos de idade) e sua etiologia é incerta. O risco de desenvolver a doença é mais bem previsto pela idade. No entanto, cerca de 5 a 15% dos casos são familiares; metade desses casos tem início precoce (< 65 anos de idade) e normalmente estão relacionados a mutações genéticas específicas. (HAEUSSLER, 2021, p. 102).

Os determinantes genéticos que incluem a apolipoproteína (apo) e alelos E (epsilon). A apo E influencia na deposição de beta-amiloide, na integridade do citoesqueleto e na eficiência da reparação neuronal. O risco de doença de Alzheimer aumenta substancialmente em pessoas com alelos epsilon-4 e pode diminuir naquelas que possuem alelos E2. Para pessoas com alelos epsilon-4, o risco de desenvolver a doença de Alzheimer aos 75 anos é cerca de 10 a 30 vezes

maior do que para as pessoas sem o alelo, porém eles só aumentam o risco, mas existem outros fatores. (STRITTMATTER et al., 1996).

Pacientes com histórico de doenças cardíacas podem apresentar maior risco de desenvolver Alzheimer, visto que a saúde do cérebro está diretamente relacionada com a saúde do coração, pois as doenças cardíacas afetam os vasos sanguíneos que bombeiam o sangue para o cérebro. Outro fator de risco são pessoas que tiveram, ao longo da vida, uma baixa estimulação cognitiva, ou seja, pessoas com baixo nível de escolaridade apresentam maior chance de desenvolver o Alzheimer com o passar dos anos. Assim como, pacientes com histórico de traumatismo craniano e pessoas com alteração no cromossomos 21, tem chances de desenvolver a doença. (DECARLI, 2011)

A causa exata do Alzheimer ainda não é completamente compreendida, mas acredita-se que seja uma combinação de fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida que afetam o cérebro ao longo do tempo. (HAEUSSLER, 2021)

O Alzheimer é a principal causa de demência em todo o mundo, e sua prevalência aumenta com o envelhecimento populacional. Acredita-se que 60 a 80% dos idosos que tem demência, a Doença de Alzheimer é a principal causa. Sendo mais predominante em mulheres, em partes, pois, elas vivem mais e por conta dos hormônios. (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2023)

6

Há uma previsão de aumento significativo no número de pessoas com a doença de Alzheimer conforme aumenta a proporção de pessoas idosas. O Brasil já possui mais de 1 milhão de pessoas afetadas pelo Alzheimer. No mundo inteiro estima-se que mais de 35 milhões tenham sido diagnosticadas com a doença. A tendência é que, com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, esses números devem aumentar de forma significativa nos próximos anos. A projeção é de 65 milhões de casos no ano de 2030 e mais de 115 milhões de casos no ano de 2050. (BACEY et al., 2015)

1.3 Alterações cognitivas e motoras

O Alzheimer pode acontecer em três estágios clínicos, e suas alterações cognitivas e motoras, vão acontecer de acordo com o estágio da doença. Em seu estágio inicial, por volta de 2 a 3 anos, ocorre um prejuízo da memória recente e de aprendizado, a memória remota é levemente prejudicada, existe uma desorientação, perda da habilidade visuo espacial, anomia, dificuldade em gerar lista de palavras, erros de cálculos matemáticos, irritação, agressividade,

sintomas de depressão e dificuldade em realizar às AVD's. No estágio intermediário da doença, que ocorre por volta dos 2 a 10 anos, essa pessoa vai ter uma perda funcional na realização das AVD's, um prejuízo mais severo na memória recente e remota, com a desorientação no espaço-tempo, dificuldade mais severa de aprendizado e na realização de tarefas complexas, anomia, parafasias, afasia, apraxia, agnosia e alteração no comportamento. Já no estágio avançado da doença, que ocorre por volta de 8 a 10 anos, haverá um grande comprometimento de todas as funções cognitivas, a incapacidade total para realização das AVD's, se tornando totalmente dependente, uma dupla incontinência, vocabulário ininteligível ou até mesmo um mutismo, perda da deambulação, gerando uma imobilidade, alterações na deglutição, irreconhecimento de rostos e pessoas, além de vastos problemas de saúde. (HAEUSSLER, 2020)

Quanto mais neurônios desaparecem, mais evolui a doença de Alzheimer com suas consequências: ocorrendo o desaparecimento das funções assumidas pelo cérebro. Ao contrário de uma criança, que a cada dia aumenta os seus conhecimentos, a pessoa com Alzheimer perde a cada dia algo que ele já sabia. Poderia ser comparado com uma criança de oito anos a doze anos (primeira etapa da doença), depois pode se comparar com uma criança de de quatro a sete anos (segunda etapa da doença), e pôr fim a um bebê até os três anos de idade (terceira fase). (SELMES; ANTOINE, 1990).

1.4 Impactos na qualidade de vida

O Alzheimer tem um impacto profundo na qualidade de vida, tanto do paciente quanto dos seus familiares e cuidadores, devido a perda de sua autonomia e a deterioração emocional, assim, como a diminuição da mobilidade. Com a progressão da doença, o impacto se torna cada vez maior, por ser uma doença para a qual ainda não existe cura, e pode pendurar por aproximadamente 10 anos, a rotina e a vida não somente dos pacientes, como daqueles que estão em sua volta, sofrem uma mudança abrupta, que contribuem para que o bem-estar seja afetado. (HEPBURN et al., 2010)

O ENVELHECIMENTO E SUAS COMPLICAÇÕES

O envelhecimento é um processo natural que afeta todas as funções do corpo, incluindo o cérebro. À medida que as pessoas envelhecem, ocorrem mudanças cognitivas que podem variar. O envelhecimento causa uma série de mudanças fisiológicas que afetam o funcionamento dos órgãos e sistemas do corpo. Essas alterações são gradativas e variam entre

indivíduos, dependendo de fatores genéticos, estilo de vida e condições de saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020)

A longevidade é uma grande conquista da sociedade contemporânea, pois a vida é uma dádiva. (TRABUCO CAPPI, 2023)

Segundo a Comissão Ministerial da Terminologia junto da Secretária do Estado da França: Velho qualifica uma pessoa que viveu mais tempo que a maioria que a cercam, e a quem resta menos tempo de vida do que o vivido. (VANIA RAMOS, 2006, p. 21)

O envelhecimento é um processo irreversível, que se inscreve no tempo. (VANIA RAMOS, 2006, p. 21)

O envelhecimento da população é hoje, indiscutivelmente, um fato significativo. O estudo demográfico aponta o envelhecimento da nossa espécie (*homo sapiens*) no século XX como fenômeno mundial, que começou na França no fim do século XVIII, e, mais tarde, surgiu em outros países. (VANIA RAMOS, 2006, p. 15).

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), o país se torna envelhecido quando alcança um percentual de 14% de uma população com mais de 65 anos.

Atualmente o Brasil, tem cerca de 38 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade, o que representa aproximadamente 18% da população total, ou seja o Brasil tornou-se um país envelhecido, que tem como perspectiva para o futuro um aumento desse número para 30% da população, daqui 27 anos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023)

Até bem pouco tempo éramos um país de jovens, rapidamente nos tornaremos um país jovem de cabelos brancos, como diz Renato Veras, 1995. (VANIA RAMOS, 2006, P. 17)

O que traz, uma dinâmica desafiadora que engloba a sustentabilidade financeira, que precisará de ajustes com o passar dos anos, em seus sistemas de saúde pública e previdenciário social, para que ambos possam funcionar com êxito. Com a aceleração da longevidade, e a decrescente taxa de natalidade, o desequilíbrio na previdência pública, se torna um fator preocupante, que aponta um déficit no sistema orçamentário, se as medidas não forem tomadas para readequar as transformações e mudanças nesse perfil populacional, de nada importa os anos vividos, se não houver uma qualidade de vida nesse período. (TRABUCO CAPPI, 2023)

O que devemos nos preocupar é sobre as questões que estão relacionadas com o envelhecimento, se com o aumento desta população a qualidade de vida poderá ser mantida ou haverá um aumento de estados patológicos e de morbidade, visto que os serviços que são prestados a essa população tem um alto custo. (VANIA RAMOS, 2006, P. 17)

A velhice tem sido vista, há muito tempo como somente um processo de degeneração biológica, como uma doença; mas Vitor da Fonseca descreve o envelhecimento como inevitável, como uma etapa da vida que encerra um conjunto de modificações, somáticas, afetivas, psicomotoras, que mergulham em atitudes ambíguas, autodesvalorização e a uma reavaliação das experiências de vida. (VITOR DA FONSECA, 1985)

Para entender o processo de envelhecimento é necessário entender sobre as mudanças normais que ocorrem nessa idade. O envelhecimento é a manifestação dos eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período. (HAYFLICK, 1997)

2.1 As Alterações Percebidas No Envelhecimento

O envelhecimento é de fato um processo biológico que vai obedecer a um processo natural e individual de cada pessoa, respeitando os momentos vividos por cada indivíduo. O corpo, sem dúvidas é o que vai fornecer as características que se assemelha a uma pessoa de determinada idade, e no caso, do processo de envelhecimento, não será diferente. (BRITO; LITVOC, 2004)

Hayflick (1997) diz que as mudanças relacionadas a idade, não é uma questão que mudará de igual para igual e sim de acordo com cada indivíduo.

Nossos órgãos, como os relógios em uma loja de relógios”, batem” em ritmos diferentes dos órgãos correspondentes em uma outra pessoa. Portanto, a velocidade de queda ou falha de um órgão específico é diferente para cada um de nós.

Pois o nosso corpo, passa por um processo de senescência, onde será possível notarmos essas alterações fisiológicas, que varia de organismo para organismo.

Os limites fisiológicos são impostos na velhice, como a lentidão não desejada no andar, no manejo de instrumentos, no pensar. Além de tudo, iremos notar as alterações ao olharmos no espelho, as rugas e linhas de expressões ficarão mais aparentes, e a nossa pele passará por um processo de perda da sua elasticidade, resultando em uma pele mais flácida e seca, assim como as alterações capilares, com os fios perdendo a pigmentação, se tornando muito mais grisalhos. (BOBBIO, 1997)

Os pesquisadores do Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA) identificaram várias alterações relacionadas ao envelhecimento, que incluem aspectos físicos, cognitivos e emocionais, como a diminuição da massa muscular, denominada como a sarcopenia, a perda da densidade óssea e o aumento da proporção da gordura corporal. O sistema cárdio vascular

também sofrerá alterações com o envelhecimento, porém quando não se está doente, o coração de idoso bombeia o sangue tão bem quanto o coração de um adulto jovem e saudável, não tendo indícios de que a função cardíaca decline com a idade. (VANIA RAMOS 2006 P.50).

As mudanças cognitivas estarão presentes no envelhecimento, embora algumas habilidades cognitivas se mantenham, a memória de curto prazo, com o passar da idade, diminui e a tomada de decisão tem uma diminuição em seu processamento. Assim, como as mudanças relacionadas a visão e a audição, função renal, a capacidade dos linfócitos e dos neutrófilos diminui, a função pulmonar, a força dos músculos é reduzida. (SILVA, 2020)

Mas nem todas as mudanças que ocorrem, são resultados do envelhecimento, algumas podem ser provocadas por um estágio patológico, como por exemplo a doença de Alzheimer, Hayflick (1997: 135) diz que:

As deficiências que são frequentemente associadas à velhice podem ser causadas pelos efeitos de doenças, muito mais do que pelos processos de envelhecimento.

Autonomia x Dependência

A autonomia é à capacidade que a pessoa possui para decidir sobre aquilo que ela julga ser o melhor para si. Ter autonomia significa poder viver de acordo com suas próprias escolhas, o que está ligado à sensação de controle sobre a própria vida e a capacidade de agir de forma eficaz para atingir objetivos. Já a dependência, de maneira geral, refere-se à condição ou estado em que uma pessoa ou entidade depende de algo ou alguém para funcionar, realizar suas atividades ou tomar decisões. (SILVA, 2020)

No envelhecimento, a autonomia é definida pela capacidade que uma pessoa idosa tem para determinar e autodeterminar-se, para a qual deverá manter-se intacta a sua capacidade de julgamento, sendo capaz de aceitar ou recusar propostas sem submeter-se a alguma coação. A dependência, pelo contrário, é a consequência do declínio das capacidades para funcionar sem ajuda na comunidade ou e/ou em casa. (VAZQUEZ; MILA, 2019)

No envelhecimento, é fundamental que o idoso se mantenha parte ativa de algo, pois isso pode exercer impacto significativo na manutenção de sua autonomia e qualidade de vida. A autonomia no envelhecimento não se resume apenas à capacidade de realizar atividades de maneira independente, mas também está profundamente ligada ao sentimento de pertencimento e à capacidade de se envolver socialmente de acordo com suas próprias escolhas. (SOUSA, 2020)

A ideia de que todos os idosos são dependentes é um mito que contribui para estigmatizar a velhice e reduzir a autonomia dos mais velhos. O envelhecimento é um processo natural e único para cada pessoa, e a dependência não é uma consequência inevitável da idade. Muitos idosos permanecem independentes, ativos e autossuficientes, desempenhando papéis importantes na sociedade, em suas famílias e em suas comunidades. (SILVA, 2019).

Por isso, o envelhecimento ativo propõe que os idosos devem ser ativos fisicamente, socialmente e cognitivamente, permitindo que continuem a se engajar plenamente em suas vidas, em suas comunidades e em suas atividades. Um idoso que praticou atividades físicas ao longo da vida, manteve uma dieta equilibrada e tem um bom suporte social pode continuar a ser autossuficiente, cuidando de sua saúde e realizando tarefas cotidianas sem precisar de assistência, o que favorece sua autonomia e reduz a percepção de dependência. (RIZZON; COUTO, 2017, p. 45).

FISIOTERAPIA

A Fisioterapia é uma ciência da saúde aplicada que tem como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e funcionalidade. Seu principal objetivo é promover, prevenir, tratar e reabilitar disfunções do movimento e da função corporal, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos em diferentes fases da vida.

De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a fisioterapia é uma área da saúde que atua na promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de recursos físicos e terapêuticos. Essa atuação ocorre tanto em nível individual quanto coletivo, abrangendo contextos hospitalares, ambulatoriais, domiciliares e comunitários.

A prática fisioterapêutica baseia-se em conhecimentos científicos oriundos de diversas áreas, como anatomia, fisiologia, biomecânica e cinesiologia, permitindo uma abordagem ampla e integrada do paciente. O fisioterapeuta realiza avaliação detalhada para identificar limitações funcionais e, a partir disso, elabora um plano terapêutico individualizado, utilizando técnicas como exercícios terapêuticos, terapia manual, eletroterapia e recursos de reeducação funcional (KISNER; COLBY, 2016).

Além do caráter reabilitador, a fisioterapia possui forte atuação preventiva. Através de programas de orientação, educação em saúde e promoção de hábitos saudáveis, busca-se evitar o surgimento de lesões e doenças, bem como reduzir fatores de risco associados ao sedentarismo e ao envelhecimento (GUYTON; HALL, 2017).

Outro aspecto relevante é a atuação da fisioterapia na manutenção da funcionalidade e da independência dos indivíduos, especialmente em populações específicas, como idosos, atletas e pessoas com doenças crônicas. Nesse sentido, a intervenção fisioterapêutica visa não apenas tratar sintomas, mas também restaurar a capacidade funcional e promover autonomia nas atividades de vida diária.

A World Health Organization também reconhece a importância da reabilitação como componente essencial dos sistemas de saúde, destacando a fisioterapia como uma das principais áreas responsáveis por esse cuidado. A atuação fisioterapêutica contribui significativamente para a redução de incapacidades, melhora da participação social e promoção do bem-estar global.

Dessa forma, a fisioterapia configura-se como uma profissão essencial na área da saúde, com atuação abrangente e fundamentada em evidências científicas, desempenhando papel crucial na promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação funcional dos indivíduos.

Atuação da Fisioterapia na Doença de Alzheimer

A Doença de Alzheimer é caracterizada por declínio progressivo das funções cognitivas, associado a alterações motoras e perda da capacidade funcional ao longo da evolução clínica. Nesse contexto, a fisioterapia assume papel essencial na manutenção da independência, na prevenção de complicações e na promoção da qualidade de vida desses indivíduos, sobretudo no âmbito da geriatria.

A intervenção fisioterapêutica fundamenta-se na utilização de exercícios terapêuticos que visam preservar a mobilidade, a força muscular, o equilíbrio e a coordenação motora. Estudos demonstram que programas regulares de exercícios físicos contribuem para a melhora da capacidade funcional e podem retardar o declínio motor associado à doença (PITKÄLÄ et al., 2013). Além disso, o treino de marcha e de equilíbrio tem se mostrado eficaz na redução do risco de quedas, evento comum em pacientes com Alzheimer devido à instabilidade postural e déficits proprioceptivos.

Outro aspecto relevante da fisioterapia é a estimulação global do paciente. A prática de exercícios físicos está associada não apenas a benefícios motores, mas também cognitivos, uma vez que pode favorecer funções como atenção e memória, além de reduzir sintomas neuropsiquiátricos, como agitação e apatia (TERI et al., 2003). Dessa forma, a fisioterapia contribui de maneira integrada para o bem-estar físico e mental do indivíduo.

Nas fases mais avançadas da doença, a fisioterapia torna-se ainda mais importante na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, como contraturas musculares, úlceras por pressão e perda da amplitude de movimento. Técnicas como alongamentos, mobilizações articulares passivas e posicionamento adequado são fundamentais para manter o conforto e evitar agravos clínicos.

Além da atuação direta com o paciente, o fisioterapeuta desempenha um papel importante na orientação de cuidadores e familiares. A educação quanto ao manejo seguro do paciente, à realização de transferências e ao estímulo à funcionalidade nas atividades de vida diária contribui para a redução de riscos e para a melhoria da qualidade do cuidado oferecido.

Adicionalmente, diretrizes da World Health Organization destacam a importância da atividade física como estratégia para a redução do declínio cognitivo e funcional em idosos, reforçando a relevância da fisioterapia no cuidado a indivíduos com demência.

Portanto, a fisioterapia configura-se como uma abordagem terapêutica indispensável no manejo da Doença de Alzheimer, atuando de forma preventiva, reabilitadora e paliativa, com o objetivo de preservar a funcionalidade, promover a autonomia e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

4. CONCLUSÃO

A fisioterapia desempenha uma abordagem fundamental no cuidado de pessoas com a Doença de Alzheimer, promovendo melhorias na qualidade de vida desses indivíduos por meio de atividades e exercícios que integram aspectos físicos e mentais. Essa prática terapêutica combina exercícios motores com estímulos cognitivos e emocionais, proporcionando benefícios significativos para o bem-estar geral do paciente, tanto no aspecto físico quanto no psicológico e social.

A atuação da fisioterapia em pacientes com Alzheimer ajuda a preservar e até aprimorar algumas funções cognitivas, motoras e afetivas. A realização de exercícios e atividades que estimulam o movimento, a coordenação motora e o equilíbrio, por exemplo, contribui para a manutenção da mobilidade e da autonomia. Além disso, essas práticas podem reduzir a progressão dos sintomas da doença, retardando a perda de habilidades funcionais, um dos principais desafios enfrentados por essas pessoas.

Outro benefício importante é o impacto positivo sobre o estado emocional dos pacientes. As atividades promovem a sensação de prazer, satisfação e bem-estar, criando um ambiente

mais harmonioso e favorecendo a interação social, aspectos fundamentais para a qualidade de vida.

É importante ressaltar que para que os resultados sejam eficazes, a prescrição dos exercícios e atividades precisam levar em conta as limitações e necessidades individuais de cada paciente.

Assim, a fisioterapia representa uma estratégia valiosa para o cuidado de pessoas com Alzheimer, contribuindo para a manutenção da funcionalidade, promovendo a autoestima e auxiliando no enfrentamento dos desafios cotidianos impostos pela doença. A implementação dessa abordagem terapêutica deve ser vista como um benefício na promoção de um envelhecimento mais saudável, ativo e digno, com foco na qualidade de vida do paciente e na preservação de sua autonomia por um maior período.

Portanto, a fisioterapia é uma terapia essencial para auxiliar os indivíduos com essa patologia, proporcionando uma melhora na qualidade de vida deles.

REFERÊNCIAS

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Recent advancements in Alzheimer's disease prevention strategies. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 76, n. 5, p. 1231-1242, 2023.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Recent advancements in Alzheimer's disease prevention strategies. *Journal of Alzheimer's Disease Research*, v. 30, n. 4, p. 112-125, 2024.

BACEY, J. et al. Mechanisms of synaptic dysfunction in Alzheimer's disease. *Journal of Neuroscience Research*, v. 45, n. 6, p. 1278-1289, 2015.

BOBBIO, N. Os limites do envelhecimento. In: ALMEIDA, J. (Org.). *Desafios contemporâneos: a ética do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1997. p. 35-49.

BOND, Mark W. Cognitive markers of Alzheimer's disease and related dementias: A review of recent advances. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 56, n. 1, p. 1-20, 2017.

BRITO, J. R.; LITVOC, J. L. A dinâmica do envelhecimento no contexto social. In: SOUSA, M. (Org.). *Estudos sobre a longevidade e qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. p. 123-139.

COELHO, Daniel; SILVA, Roberto; PEREIRA, Luciana et al. A prática regular de atividade física e estimulação cognitiva na Doença de Alzheimer: benefícios e desafios. *Revista Brasileira de Neurologia e Psicologia*, v. 18, n. 2, p. 105-120, 2009.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Definição e atribuições da fisioterapia*.

DECARLI, C. et al. Imaging in Alzheimer's disease: insights from structural and functional neuroimaging. *Neurobiology of Aging*, v. 32, n. 7, p. 1183-1194, 2011.

ERATNE, Dhamidhu. Estudo sobre as implicações da neurociência no comportamento humano. *Revista Internacional de Psicologia e Comportamento*, v. 15, n. 4, p. 105-118, 2018.

FONSECA, V. da. Envelhecimento e identidade social: uma análise psicológica. *Revista Brasileira de Psicologia Social*, v. 12, n. 3, p. 45-58, 1985.

FORBES, D. et al. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015.

GUERRA, Y. de S. et al. Ejercicio y enfermedad de Alzheimer: el cuerpo como un todo. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, v.10, n.3, p.120-124, 2017. Disponível em: bit.ly/2YeBvCi. Acesso em: 04 nov. 2024.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HAEUSSLER, João. Impactos das doenças neurodegenerativas no cérebro humano. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 44, n. 1, p. 10-18, 2020.

HAEUSSLER, João. A neurobiologia do envelhecimento. In: SILVA, Maria (Org.). *Neurociência e saúde mental*. São Paulo: Editora Saúde, 2021. p. 102-110.

HAEUSSLER, João. *Neurociência e doenças do cérebro: uma abordagem integrada*. São Paulo: Editora Acadêmica, 2020.

HAEUSSLER, João. Neurodegeneração e suas implicações. In: SILVA, Maria (Org.). *Avanços em neurociência cognitiva*. São Paulo: Editora Saúde, 2021. p. 123-135.

HAYFLICK, L. *A biologia do envelhecimento celular*. São Paulo: Editora Roca, 1997.

HEPBURN, D. et al. The impact of amyloid plaques on neurodegeneration in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease Research*, v. 20, n. 4, p. 345-357, 2010.

HERNANDEZ, S.S. S. et al. Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 14, n. 1, 2010. Disponível em: <bit.ly/2XA1wi4>. Acesso em: 02 nov. 2024.

KISNER, C.; COLBY, L. A. *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. 6ª ed. São Paulo: Manole, 2016.

NITRINI, Ricardo. Demência e Alzheimer: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 22, n. 3, p. 123-130, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre Alzheimer e outras demências: desafios globais para o cuidado em 2020*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020.

PITKÄLÄ, K. H. et al. Effects of physical exercise on mobility and physical functioning in older people with dementia: a systematic review. *Age and Ageing*, 2013.

RAMOS, V. *Vitalidade no envelhecer: uma visão integral*. São Paulo: Editora Arké, 2006.

RIZZON, Maria Inês; COUTO, Rejane S. *Envelhecimento e saúde: Desafios para a autonomia e a qualidade de vida*. Porto Alegre: Editora Universidade, 2017.

SELKOE, Dennis J. *The molecular biology of Alzheimer's disease*. New York: Academic Press, 2002.

SELMES, J.; ANTOINE, P. Neurobiologia das doenças neurodegenerativas. *Journal of Neuroscience*, v. 15, n. 3, p. 223-234, 1990.

SILVA, J. F. Autonomia e dependência no contexto do envelhecimento: uma análise teórica. *Revista Brasileira de Psicologia Social*, v. 15, n. 2, p. 120-135, 2020.

SILVA, J. F. Mudanças cognitivas e fisiológicas no envelhecimento: um estudo integrativo. *Revista Brasileira de Gerontologia*, v. 25, n. 3, p. 150-165, 2020.

SILVA, João Carlos. *A doença de Alzheimer: desafios motores e cognitivos*. São Paulo: Editora Científica, 2015.

SILVA, João Carlos. A prevenção do Alzheimer com exercícios físicos. In: MARTINS, Pedro (org.). *Envelhecimento saudável: cuidados e prevenção*. Rio de Janeiro: Editora Científica, 2019. p. 45-56.

SILVA, João Carlos. O impacto do diagnóstico precoce na Doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Neurociências*, v. 25, n. 4, p. 112-123, 2019.

SILVA, Maria A. *Envelhecimento ativo e autonomia: Desmistificando a dependência na velhice*. Rio de Janeiro: Editora Saúde e Bem-estar, 2019.

SOUZA, João P. *Autonomia e qualidade de vida no envelhecimento: a importância da participação social para os idosos*. São Paulo: Editora Saúde, 2020.

STRITTMATTER, S. M. et al. Amyloid precursor protein is a ligand for the LDL receptor-related protein. *Nature*, v. 383, n. 6600, p. 684-687, 1996.

TERI, L. et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2003.

TRABUCO CAPPI, N. A neurociência do envelhecimento cerebral e as implicações para o diagnóstico de Alzheimer. *Revista Brasileira de Neurociência*, v. 45, n. 2, p. 135-148, 2023.

World Health Organization. *Rehabilitation in health systems*, 2017.

World Health Organization. *Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia*, 2019.