

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Simpósio de Saúde e Meio Ambiente, 4ª edição, de 06/11/2023 a 08/11/2023

ISBN dos Anais: 978-65-5465-072-4

DOI: 10.54265/LFFP7163

SILVA; João Victor Poly Dias da¹, SOUZA; Lara Luiza Campos de²

RESUMO

INTRODUÇÃO

O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa que afeta o sistema nervoso central que ocorre em 10% dos indivíduos com 65 anos ou mais e 40% dos indivíduos com 80 anos ou mais e cerca de 50% dos casos de demência são causados pelo Alzheimer. Dessa maneira é importante que os profissionais de saúde saibam manejar de forma eficaz e assertiva os pacientes com essa doença. Atualmente, não há cura para a doença de Alzheimer; no entanto, os sintomas podem ser tratados com tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

O tratamento medicamentoso para esta doença geralmente envolve o uso de inibidores da acetilcolinesterase. Esses medicamentos ajudam os pacientes a manter os sintomas em um nível mais gerenciável ou até retardar a progressão da doença. O exercício físico é uma forma não farmacológica de melhorar os sintomas ou mesmo retardá-los (TREVISAN et al, 2023).

A justificativa deste estudo consiste na grande demanda desta síndrome nos consultórios e nos atendimentos domiciliares fisioterapêuticos, pois a doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência, responsável por 60% de todos os casos em todo o mundo. Atualmente, cerca de 35,6 milhões de indivíduos vivem com essa condição, e projeta-se que esse número quase dobre a cada duas décadas, com uma estimativa de 65,7 milhões de indivíduos afetados até 2030. Essa doença é uma das principais causas de incapacidade funcional, institucionalização e mortalidade entre a população idosa, com fatores como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e hiperlipidemia contribuindo para o seu desenvolvimento. Fatores de risco adicionais incluem idade, sexo, baixa escolaridade, depressão e mutações genéticas, que também podem aumentar a probabilidade de desenvolver esta doença (TEIXEIRA et al, 2015). Sendo assim, o estudo objetiva descrever a atuação fisioterapêutica na Doença de Alzheimer.

MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia deste estudo é do tipo exploratório, com pesquisa bibliográfica e busca de citações relevantes, ou seja, que facilitem o entendimento do assunto, para que se concretize a revisão bibliográfica. As bases de pesquisa utilizadas foram SciELO, Fiocruz, RUNA e RBCEH para identificação de estudos sobre a atuação da Fisioterapia na Doença de Alzheimer entre os anos de 2007 a 2023.

As palavras chave, utilizadas para a pesquisa foram: Fisioterapia e Doença de Alzheimer. Foram selecionados para esta revisão bibliográfica, estudos de textos completos que contemplam os objetivos do estudo.

Como critério de inclusão para o estudo delimitaram-se artigos que respondem à questão norteadora, com textos completos disponíveis online no idioma português. Para critérios de exclusão não estão inseridos artigos que não refletem sobre a temática em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando se trata de distúrbios neurodegenerativos relacionados à idade, a doença de Alzheimer é a mais comum, levando à incapacidade progressiva e eventual incapacidade por meio de sintomas cognitivos e neuropsiquiátricos. Embora as memórias remotas geralmente sejam retidas até os estágios avançados da doença, o primeiro sinal geralmente é a deficiência da memória de curto prazo. A deterioração de

¹ UniRedentor/ Atya, joaovictorpoly@gmail.com

² UniRedentor/ Atya, lara luizacs@gmail.com

outras funções cognitivas, como habilidades visuoespaciais, habilidades de cálculo e uso eficiente de objetos e ferramentas comuns, acompanha a progressão da doença. A vigília e a lucidez do paciente permanecem inalteradas até que a condição atinja um estágio avançado. Embora a fraqueza motora não seja observada, as contraturas musculares geralmente se desenvolvem em estágios avançados da patologia (SERENIKI, et al, 2007).

Distúrbios comportamentais são frequentemente experimentados com sintomas como agressão, alucinações, hiperatividade, irritabilidade e depressão em indivíduos com doença de Alzheimer. Os transtornos do humor afetam um número considerável dessas pessoas durante a progressão da síndrome demencial. Os sintomas depressivos são comuns em até 40-50% dos pacientes, enquanto os transtornos depressivos afetam cerca de 10-20% dos casos. Além disso, apatia, lentidão (marcha ou fala), dificuldade de concentração, perda de peso, insônia e agitação também podem se manifestar como parte da síndrome demencial (SERENIKI et al, 2007).

A marca registrada da doença de Alzheimer pode ser encontrada no cérebro, pois, a condição é marcada por perda significativa de sinapses e neurônios, que ocorrem em áreas que regulam a função cognitiva, como o córtex cerebral, hipocampo, córtex entorrinal e estriado ventral. Esta característica histopatológica é distinta da DA. Em pacientes com esta doença, as características histopatológicas do cérebro contêm depósitos de fibrilas amilóides localizadas nas paredes dos vasos sanguíneos (SERENIKI et al, 2007).

A teoria da retrogênese incorpora os estágios neuropsicomotores do desenvolvimento de Piaget como um meio de explicar a demência. De acordo com essa teoria, a progressão da doença de Alzheimer ocorre ao contrário do estágio inicial ao último do desenvolvimento. À medida que as demandas cognitivas aumentam, ocorre a perda de habilidades mais avançadas. Em contraste, habilidades mais antigas e simples permanecem; conseqüentemente, a demência tem menos demandas cognitivas do que a idade mais jovem. A retrogênese considera apenas declínios cognitivos e funcionais isoladamente. A teoria não considera a relação entre função cognitiva e motora ou declínio funcional e motor. Também não há muita informação sobre a progressão motora do Alzheimer ou a influência da cognição no declínio motor. Além disso, não há consenso sobre a ordem das perdas motoras na doença de Alzheimer ou se a cognição afeta o risco de queda (GLISOI et al, 2021).

Os objetivos da avaliação fisioterapêutica são determinar se o paciente permanece seguro, independente ou capaz de realizar atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária pelo maior tempo possível e determinar o estágio da DA. Os importantes déficits cognitivos presentes na DA exigem que os fisioterapeutas empreguem estratégias durante a avaliação como a ação de dar comandos simples, para garantir que o paciente entenda o objetivo da tarefa. O Mini Exame do Estado Mental também pode ser usado em pacientes com suspeita de DA e é uma opção de identificação bastante precisa para esta demência (ELY & GRAVE, 2008).

O principal objetivo da fisioterapia nesses casos é proteger suas funções motoras, prevenir deformidades e promover a autossuficiência. Para aumentar a força muscular, expandir a amplitude de movimento e equilíbrio e aumentar a atividade metabólica, o tratamento fisioterapêutico emprega exercícios de resistência e fortalecimento. Além disso, estimula as funções cognitivas e motoras, aumenta o aprendizado e a capacidade funcional. Ao se envolver regularmente em exercícios físicos, a maioria das alterações cerebrais causadas pela DA pode ser impedida, juntamente com a prevenção e o gerenciamento de outras condições degenerativas crônicas. A cinesioterapia, caracterizada por padrões de respiração diafragmática, exercícios de coordenação e movimentos finos, além de treinamento aeróbico de reforço cardiorrespiratório, são formas eficazes de conseguir isso (MARTINS & DIAS, 2021).

Intervenções da Fisioterapia demonstraram fornecer benefícios significativos para pacientes idosos com Doença de Alzheimer. Tais intervenções ajudam a melhorar a função cognitiva e motora, o equilíbrio e a capacidade funcional geral, contribuindo assim para melhorar a qualidade de vida do paciente e retardar a progressão da doença. Para alcançar esses benefícios, a Fisioterapia oferece uma ampla variedade de recursos, incluindo exercícios de alongamento, musculação, circuitos, jogos pré-esportivos, sequências de dança, atividades recreativas e técnicas de relaxamento. Dispositivos auxiliares adicionais, como pesos, caneleiras, bastões, bolas de pilates e bandas elásticas também são empregados para desenvolver capacidade funcional, agilidade, coordenação, equilíbrio, flexibilidade, força e capacidade aeróbica (MARTINS & DIAS, 2021).

No âmbito da saúde, o termo “humanização” tem sido utilizado com diversas definições e interpretações. Antigamente, a humanização estava associada a movimentos religiosos, filantrópicos e paternalistas, mas nos últimos anos seu conceito foi modificado. Atualmente, é comumente aceito como a capacidade de fornecer cuidados superiores que combinam avanços tecnológicos com hospitalidade, melhoria dos ambientes de saúde e melhoria das condições de trabalho dos prestadores de cuidados de saúde. O conceito de humanização está centrado na perspectiva de uma mudança cultural na gestão e nos procedimentos utilizados nos estabelecimentos de saúde. Essa mudança envolve a adoção de uma postura ética que priorize o respeito ao próximo, abrace o desconhecimento e reconheça o usuário como cidadão e não apenas como destinatário dos serviços de saúde. Essa postura ética inclui valorizar e respeitar o usuário e suas necessidades (SILVA & SILVEIRA, 2011).

À semelhança de outros profissionais de saúde, o fisioterapeuta deve possuir compreensão e sensibilidade para o conceito de humanização. Devem ter a capacidade de identificar os indivíduos como seres humanos inteiros e distintos, bem como compreender o seu papel no auxílio a quem procura a sua assistência em momentos de doença. Isto inclui reconhecer as respostas psicológicas do paciente e seu comportamento em relação à doença. Quando se trata da formação de fisioterapeutas é necessário ir além do mero preparo técnico e priorizar os próprios indivíduos. Além de tratar fisicamente o paciente, o fisioterapeuta também deve priorizar o atendimento integral do ponto de vista social, ético e humano. Embora haja recursos físicos disponíveis, a ferramenta mais importante no arsenal de um fisioterapeuta são as mãos. Através do toque, essas mãos podem proporcionar cuidado, reabilitação, conforto e cura. Mesmo operando equipamentos modernos, as mãos do fisioterapeuta ainda são as que tocam e massagem o paciente. Ao enfatizar a importância do contato prático entre profissional e paciente, podemos contribuir para a humanização do atendimento e para uma maior valorização do poder do toque, contrariando a dependência excessiva das máquinas em detrimento do atendimento personalizado (SILVA & SILVEIRA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a doença de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa generalizada que afeta particularmente a população idosa. Embora não haja cura conhecida, os profissionais de saúde devem estar bem preparados para tratar eficazmente os pacientes com doença de Alzheimer utilizando abordagens farmacológicas e não farmacêuticas. A fisioterapia tem papel fundamental no tratamento que visa manter a mobilidade, prevenir contraturas e melhorar a qualidade de vida do paciente. A teoria da retrogênese fornece uma perspectiva única sobre a progressão da doença, enfatizando a reversão das habilidades cognitivas para a idade avançada. No entanto, é importante considerar também a relação entre cognição e função motora, e a influência da cognição no declínio motor.

Em suma, a investigação e a prática da fisioterapia para pacientes com Alzheimer continuam a evoluir, procurando formas de melhorar a qualidade de vida e retardar a progressão desta doença. O cuidado no atendimento é uma parte importante deste trabalho, garantindo que os pacientes sejam tratados com dignidade e respeito em todos os aspectos do seu atendimento. A humanização e empatia são fundamentais, reconhecendo o paciente como pessoa integral e considerando suas necessidades físicas, emocionais e sociais. A fisioterapia desempenha um papel vital nesse processo, prestando cuidados físicos e emocionais aos pacientes, para que, independentemente da doença, possam viver suas vidas de forma saudável e feliz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ELY, Jaqueline Colombo; GRAVE, Magali. Estratégias de intervenção fisioterapêutica em indivíduo portador de Doença de Alzheimer.

Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 5, n. 2, 2008.

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, n. 18/06/2021, p. 39–48, 2021.

MARTINS, Ana Carla do Nascimento; DIAS, Nayanne Resende. Atuação fisioterapêutica no estágio inicial

¹ UniRedentor/ Atya, joaovictorpoly@gmail.com

² UniRedentor/ Atya, laraluizacs@gmail.com

da doença de Alzheimer: revisão bibliográfica. repositorio.animaeducacao.com.br, 2021.

SERENIKI, Adriana; APARECIDA, Maria; FRAZÃO, Barbato; *et al.* A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos Alzheimer's disease: pathophysiological and pharmacological features. [s.l.: s.n.], 2007.

SILVA, Isabella Dantas da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1535–1546, 2011.

TEIXEIRA, Jane Blanco; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de; HIGA, Joelma; *et al.* Mortality from Alzheimer's disease in Brazil, 2000- 2009. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 4, p. 850–860, 2015.

TREVISAN, Margarete Diprat; KNORST, Mara Regina; BAPTISTA, Rafael Reimann. Perfil da fisioterapia na reabilitação de indivíduos com doença de Alzheimer: um estudo transversal. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 29, n. 17/02/2023, p. 357–362, 2023.

PALAVRAS-CHAVE: Alzheimer, Fisioterapia, Idoso

¹ UniRedentor/ Atya, joaovictorpoly@gmail.com

² UniRedentor/ Atya, lara luizacs@gmail.com