REVISTA SAÚDE DOS VALES

ISSN: 2674-8584 V2 – N2– 2022

A INFLUENCIA DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER

THE INFLUENCE OF PHYSIOTHERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF ALZHEIMER'S DISEASE PATIENTS

Raphaela Nunes Barbosa De Miranda
Acadêmico do 10° periodo do curso de Fisioterapia Faculdade Unibras
Tairo Vieira Ferreira
Professor orientador da pesquisa e docente na Faculdade Unibras
E-mail: nunesraphaela140@gmail.com

RESUMO

A doença de Alzheimer tem uma característica evolutiva lenta e progressiva, levando a um declínio na capacidade funcional a longo prazo. Foram selecionados artigos a partir de 2011 a 2021 com temas relacionados à intervenção fisioterapêutica na qualidade de vida de portadores de doença de Alzheimer. A Doença de Alzheimer é crônica irreversível que afeta principalmente os idosos comprometendo sua integridade social, física e mental, além disso, atinge mais em pessoas idosas mas o mesmo não é igual para todos, varia de cada indivíduo dependendo de fatores culturais, genéticos, incidência de algumas patologias adquiridas e o histórico, possibilitando a pessoa viver 120 anos de idade. A causa não é clara, mas acredita-se que seja geneticamente determinada. A doença ocorre quando os problemas começam a dar errado com o processamento de certas proteínas no sistema nervoso central. É sabido que a fisioterapia é uma ferramenta importante para a melhoria na qualidade de vida do paciente, e desempenha um papel fundamental no tratamento da doença de Alzheimer em um momento em que técnicas como fortalecimento muscular, alongamentos, consciência corporal, coordenação motora são utilizadas para melhorar e manter a autonomia. A intervenção fisioterapêutica atuará conforme a necessidade de cada paciente; com o objetivo de retardar o avanço da doença, preservando a funcionalidade motora o mais próximo do normal.

Palavras chave: Alzheimer, Fisioterapia, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Alzheimer's disease has a slow and progressive evolutionary characteristic, leading to a long-term decline in functional capacity. Articles were selected from 2011 to 2021 with topics related to physical therapy intervention in the quality of life of patients with Alzheimer's disease. Alzheimer's disease is an irreversible chronic disease that mainly affects the elderly,

compromising their social, physical and mental integrity, in addition, it affects more elderly people, but the same is not the same for everyone, it varies from each individual depending on cultural, genetic, incidence factors. of some acquired pathologies and the history, allowing the person to live 120 years of age. The cause is unclear, but it is believed to be genetically determined. The disease occurs when problems start to go wrong with the processing of certain proteins in the central nervous system. It is known that physiotherapy is an important tool for improving the patient's quality of life, and plays a key role in the treatment of Alzheimer's disease at a time when techniques such as muscle strengthening, stretching, body awareness, motor coordination are used to improve and maintain autonomy. The physiotherapeutic intervention will act according to the needs of each patient; with the objective of delaying the progression of the disease, preserving the motor functionality as close to normal.

Keywords: Alzheimer's, Physiotherapy, Quality of life.

1. INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer tem uma característica evolutiva lenta e progressiva, levando a um declínio na capacidade funcional a longo prazo. Desta forma, é possível afirmar que esta doença pode ocasionar imobilidade e padrões de movimentos, assim contribuindo para o surgimento de mudanças no corpo do portador da doença, o fisioterapeuta é um profissional de suma importância para tratar os portadores com a Doença de Alzheimer, visto que o profissional de fisioterapia possui o conhecimento para tratar complicações advindas da patologia e possui conhecimentos para aplicar tratamentos específicos para cada indivíduo.

A fisioterapia é incontestável e ocupa um papel indispensável no tratamento para a doença de mal de Alzheimer, e trabalha nesse momento justamente para tentar preservar a autonomia, utilizando-se de técnicas para fortalecimento muscular, alongamentos, consciência corporal, coordenação motora, para uma melhor qualidade de vida. (BORGHI, 2011)

Também tem a função de evitar a atrofia por desuso e fraqueza muscular, evitar contraturas e encurtamento musculares (imobilização no leito), manter ou devolver a ADM funcional das articulações, manter as capacidades funcionais do paciente (sistema cardiorrespiratório), evitar ou diminuir complicações e deformidades, diminuir a progressão e efeitos dos sintomas da doença Mantém e também manter a independência funcional nas atividades de vida diária. (ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2014)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a demência afeta aproximadamente 47,5 milhões de pessoas no mundo e 7,7 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Inicialmente, há perda de memória para eventos recentes e ocorrem alterações em outras funções cognitivas, como linguagem e função executiva, bem como em atividades sociais e funcionais (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2014).

1.1 OBJETIVOS

Este trabalho será uma revisão da literatura utilizando as bases de dados das plataformas, LILACS, PubMed, Google Acadêmico, Bireme.

Foram selecionados artigos a partir de 2011 a 2021 com temas relacionados à intervenção fisioterapêutica na qualidade de vida de portadores de doença de Alzheimer. Sendo os resultados apresentados de forma descritiva.

A pesquisa foi realizada nos idiomas nacionais utilizando as palavras-chave: Qualidade de vida; doença de Alzheimer; Fisioterapia.

2. REVISÃO DE LITERATURA

DOENÇA DE ALZHEIMER

Definição: é a forma mais comum de demência neurodegenerativa em pessoas de idade. A causa é desconhecida, mas acredita-se que seja geneticamente determinada. A doença instala-se quando o processamento de certas proteínas do sistema nervoso central começa a dar errado. (FECHINE, 2012).

Fisiopatologia: A perda neuronal e a degeneração sináptica são os principais

neuropatológicos na Doença de Alzheimer, junto com o acúmulo de duas lesões principais, sendo elas as placas neuríticas (ou amiloides) e os emaranhados neurofibrilares. s (ZAIONS, 2010).

Incidência: As taxas de incidência de DA têm mostrado grande variabilidade, desde 3,2 por 1.000 pessoas ano na Índia a 25,2 em Indianópolis nos EUA. No Brasil, três estudos

investigaram as prevalências e incidência desta doença, utilizando amostras de idosos de base comunitária e critérios diagnósticos atuais. A prevalência de demência na população com mais dos 65 anos foi de 7,1%, sendo que a DA foi responsável por 55% dos casos. A taxa de incidência foi 7,7 por 1.000 pessoas-ano no estudo de São Paulo e 14,8 por 1.000 pessoas ano no estudo do Rio Grande do Sul. (MONTAÑO, 2013.)

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Distúrbios de marcha (diminuição da velocidade da marcha, redução no comprimento do passo e redução na largura do passo), diminuição da força de mmbros superiores e inferiores7 e alterações no controle postural podem estar presentes em fases iniciais da demência ou mesmo em estágios pré-clínicos da DA.(ZAIONS,2010)

Com comprometimento cognitivo leve já apresentam diminuição de equilíbrio e coordenação e diminuição nos níveis de atividade física, aumentando o risco de lesões, quedas e fraturas8. Com isso, cerca de 60% dos pacientes idosos com declínio cognitivo sofrem duas vezes mais quedas do que idosos sem comprometimento. Todas essas mudanças estão associadas com a perda de independência e qualidade de vida. (MENDONÇA, 2011)

A incapacidade funcional decorrente da doença de Alzheimer pode acarretar reforço da imobilidade e dos padrões de movimento estereotipados, podendo contribuir para o aparecimento de mudanças estruturais de grupos musculares, diminuindo a capacidade funcional (EGUÍLUZ, 2016,).

A DA é uma doença evolutiva, que causa grande incapacidade. E até os dias atuais nada se conhece sobre tratamento preventivo, paliativo ou de cura para esta DA, e desta forma, é conhecida por ter se tornado um problema de saúde pública de grande preocupação na atualidade. Contudo, é possível fazer muito pelo paciente e por seus familiares, em outras palavras, mesmo sendo incurável, a DA é tratável (CARVALHO et al., 2018).

Apesar disso, é sabido que a fisioterapia é uma ferramenta importante para a melhoria na qualidade de vida do paciente, sabendo ainda o paciente com DA necessita de uma reabilitação global, o qual necessita de equipe multidisciplinar e a fisioterapia exerce seu papel quanto à reabilitação motora tanto nas relações pessoais e interpessoais, buscando sempre maior independência do paciente (CARVALHO et al, 2018).

A avaliação fisioterapêutica dependerá do comportamento do paciente. Nas fases iniciais, todos os itens serão avaliados, tais como a amplitude articular, a força muscular, alterações posturais e capacidade respiratória. Entretanto, os itens relacionados à psicomotricidade deverão ser observados com mais cautela e prudência. Coordenação, equilíbrio, labilidade, marcha, autopercepção, imagem corporal e funções da vida diária devem ser valorizadas (CARVALHO et al, 2018).

O aumento da expectativa de vida da população brasileira tem permitido que as pessoas alcancem uma longevidade maior, pois é fato que o brasileiro tem vivido mais, o que necessariamente não implica em uma velhice saudável, já que nessa fase da vida torna-se bastante comum a presença das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas destaca-se a Doença de Alzheimer (BITENCOURT, 2018).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) revelaram que 18 milhões de homens e mulheres sofrem de Alzheimer, e a projeção é de que esse número possa quase que dobrar em 2025, atingindo cerca de 34 milhões de pessoas (DE AQUINO, 2013).

No Brasil estima-se que 1,2 milhão de pessoas sofrem com esta enfermidade e que os custos com estes pacientes podem comprometer dois terços da renda de uma família (OMS, 2019).

A Doença de Alzheimer (DA) é definida como uma doença neurodegenerativa que se manifesta apresentado deterioração cognitiva e da memória recente, manifestando também uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais que se agravam ao decorrer do tempo (ABRAZ, 2018).

É a causa mais comum de demência, correspondendo por 50 a 75% dos casos (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2015). Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2018), a causa da patologia ainda é desconhecida, porém, estudos indicam que ela seja geneticamente determinada. A doença tem início com uma replicação anormal de determinadas proteínas do sistema nervoso central (SNC), gerando proteínas geneticamente alteradas que levam toxicidade aos neurônios e aos espaços que há entre eles; a consequência dessa toxicidade é a perda progressiva de neurônios em determinadas regiões do encéfalo.

O tratamento da DA tem como objetivo adiar ao máximo a evolução e as complicações decorrentes da doença; seja de forma farmacológica, através de medicamentos; ou não farmacológica, por meio da fisioterapia, a fim de reestabelecer funções cognitivas e motoras

perdidas, assim como melhorar a qualidade de vida (QV) dos portadores de Doença de Alzheimer (MARINHO, 2020).

No tratamento do paciente com DA, medidas não farmacológicas são adotadas; como a estimulação de pacientes apáticos, visando a melhor estruturação do tempo, da ocupação e do meio ambiente do paciente; elaboração de programas para o cotidiano e o desenvolvimento de rotinas que contribuem para seu bem-estar (LEITE, 2014).

Conhecendo os comprometimentos causados na DA, a fisioterapia tem o papel de auxiliar no tratamento do paciente. A reabilitação ajuda a retardar o processo da doença, evitar encurtamentos musculares e deformidades articulares. Além disso, incentiva a independência do paciente, oferece orientações familiares para o cuidado (MEDEIROS, 2016).

A fisioterapia é uma ferramenta importante na melhora da qualidade devida e no reestabelecimento funcional e motor dos portadores de DA, apesar de não existir um tratamento preventivo e nem curativo para a doença. Sabe-se ainda que o paciente necessita de uma abordagem multidisciplinar para a sua reabilitação global (CARVALHO, 2018).

De acordo com Bitencourt (2018), na fisioterapia, independente da modalidade utilizada para terapêutica, é imprescindível que o paciente seja avaliado e que seja elaborado um plano de tratamento adequado e individualizado para os portadores da doença de Alzheimer, de acordo com a funcionalidade e estágio da doença.

Segundo com Lima et al. (2016), o tratamento fisioterapêutico consiste em um programa de exercícios de resistência e fortalecimento que são importantes para aumentar e manter a força muscular assim como melhorar o metabolismo. Os exercícios de alongamento são capazes de auxiliar na manutenção ou no ganho de flexibilidade. A reabilitação envolve ainda atividades relacionadas ao equilíbrio, treino de marcha e à prevenção de quedas.

A intervenção fisioterapêutica atuará conforme a necessidade de cada paciente; com o objetivo de retardar o avanço da doença, preservando a funcionalidade motora o mais próximo do normal, atuando com uma equipe multidisciplinar, orientando aos familiares e cuidadores do portador da demência (ZAIONS, 2012).

Desse modo, Colombo et al. (2010) afirma que a intervenção fisioterapêutica pode contribuir em qualquer fase da doença, ao atuar tanto na manutenção quanto na melhora do desempenho funcional do indivíduo, para mantê-lo mais ativo e independente possível, sendo

importante ressaltar que esses fatores contribuem diretamente na qualidade de vida do paciente portador de Doença de Alzheimer.

A Doença de Alzheimer (DA) atinge mais em pessoas idosas, pois o envelhecimento chega para todos, não tem pra onde correr, mas o mesmo não é igual para todos, varia de cada indivíduo dependendo de fatores culturais, genéticos, incidência de algumas patologias adquiridas e o histórico, possibilitando a pessoa viver 120 anos de idade (MEDEIROS et al., 2015).

A doença afeta o envelhecimento populacional sendo um fenômeno presente em todo o mundo, atingindo milhões de pessoas. É, contudo, extremamente delicado definir envelhecimento, visto a incompatibilidade sociocultural mundial concernente à palavra, assim, entende-se genérica e simplisticamente, envelhecimento como o processo redutor da capacidade de sobrevivência do indivíduo, devido a mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que o sujeitam mais facilmente a quadros patológicos e consequentemente a morte (PEREIRA et al., 2016).

Ainda assim, o envelhecimento cerebral é o sistema mais acometido, onde tem perda do peso cerebral: 1,4 a 1,7% a cada dez anos, após os 15 anos, tendo lentificação da velocidade da conduta nervosa, redução progressiva e irreversível dos neurônios, degeneração vascular amiloide, aparecimento de placas senis e degeneração neurofibrilar, comprometimento da neurotransmissão dopaminérgica e colinérgica, aparecimento de doenças como Alzheimer sendo a principal causa de demência em idosos (MEDEIROS et al.,2015).

A Doença de Alzheimer é crônica irreversível que afeta principalmente os idosos comprometendo sua integridade social, física e mental, além disso, suas funções motoras. Atingindo também os familiares que estão naquele ambiente vivendo situações não confortáveis, causando um grande abalo, onde a vítima precisa de atendimentos e ajuda mais complexos que na maioria das vezes são realizados há domicílio. Na maioria dos casos essa doença atingi pessoas acima de 60 anos e precocemente pessoas abaixo dessa idade (CARDOSO et al., 2015).

Muitos familiares não sabem de que forma deve cuidar desses pacientes que sofrem esse tipo doença, deixando pessoas dementes esquecendo primeiramente memórias recentes e por último esquece memórias antigas, por isso, muitos deles tende a falar do passado quando eram jovens, sendo que a memória vai sendo perdida gradativamente, esquecendo que almoçou, nomes de familiares, objetivo pra que serve cada coisa. Esse déficit da memória vai se

acentuando cada vez mais, sendo uma doença irreversível, sempre vai pra frente e nunca para trás, comprometendo a memória e a cognição, ficando confuso, e a vida fica difícil para essas pessoas que depende para tudo precisando de cuidados o tempo todo (SEIMA E LENARDT, 2011).

Sendo assim, a Doença de Alzheimer é caracterizada por três etapas que diferenciam o grau de perda de memória em nível leve há intenso onde a vítima passa por um processo de confusão mental com recorrência, desaparecendo suas experiências de vida onde tudo aquilo que foi vivido um dia não será totalmente lembrado pela pessoa, a depender do estado de grau que a doença já evoluiu no sistema. Por isso, para saber se realmente a pessoa é portadora desta doença existe o diagnóstico médico com requisitos de apurar e aprofundar o máximo de informações da mesma levando em conta a história de vida, familiar e cultural e social (FERNANDES e ANDRADE, 2017).

Deste modo, algumas pesquisas veem demonstrando um diagnóstico pré sintomático e pré-clínico pelo fato da doença ter um início muito mais precocemente do que o aparecimento claro das alterações cognitivas de comportamento da doença, evoluindo o quadro clínico. O avanço da doença leva à atrofia cerebral, com diminuição do peso e volume cerebral com perda de prolongamentos neuronais, levando também um todo comprometimento em sua volta. Alguns mecanismos e fatores evidenciam a evolução dessa doença como altos níveis de estresse oxidativo, proteínas plasmáticas e cerebrais, fatores genéticos pelo fato de alguém da família de parentes próximos ter, com isso a pessoa tem mais possibilidade em adquirir a doença, ainda assim, as reações inflamatórias (CAVALCANTI E ENGERLHAST, 2012).

Por isso, o entendimento sobre a fisiopatogenia na Doença de Alzheimer é de extrema relevância para o progresso de algumas possíveis fitas para o diagnóstico precoce, visando não somente os sintomas, mas também a origem da doença (CAVALCANTI E ENGERLHAST, 2012).

Por esse modo, as causas que a DA provoca no Sistema nervoso Central onde ocorrem processos degenerativos são totalmente irreversíveis dificultando o tratamento, onde a mesma só progride (MEDEIROS, et al, 2015).

E com isso, há meios de retarda a progressão da doença, onde a fisioterapia tem a capacidade de oferecer isso por meios de tratamentos específicos, como por exemplo, incentivar a independência do paciente, orientar seus familiares como a doença pode afetar as pessoas,

relatando que todos tem que ter cuidado como cuida a pessoa, pois essa doença atinge de forma indireta todo ambiente familiar, sendo importante que a família esteja dispostas a ajuda no tratamento, facilitando e retardando a doença o mais breve possível, diminuindo a progressão. Sendo bastante relevante que se procure outros profissionais da saúde como uma equipe multidisciplinar para a eficiência e eficácia do tratamento (SANTOS; RODRIGUES E MONTEIRO, 2020).

DOENÇA DE ALZHEIMER E SUA EPIDEMIOLOGIA

A DA estabelece mundialmente uma grande contrariedade de saúde pública. A situação financeira concernente a está doença, como o extravio de rendimento e o tempo de gasto, as limitações e deficiências específicas sobre o diagnóstico, e as expectativas desgastadas e negativas dos familiares e pacientes, perda de benefício e produtividade, vindos com as consequências negativas na saúde do cuidador, também falando sobre o processo de auxílio prestado, sendo que esses pontos baseados nas peculiaridades de uma quantidade de número de idosos são primordiais por essas repercussões faladas (FERREIRA et al.,2015).

O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa ocorrendo morte das células nervosas, progressiva e indiciosa onde é caracterizada pela demolição de alguns neurônios, onde atualmente define a forma mais habitual de demências em idosos. Houve estudos há mais de uma década feitos pelo neuropalogista, onde alguns sintomas primordiais relatados eram questões comportamentais, paranoias, falhas na memória recente, alguns problemas na hora de se comunicar oralmente, como por exemplo, embaralhando palavras ou esquecendo o significado de cada objeto, pra que serve e qual seu objetivo (FALCO et al., 2016).

Desse modo, essa doença corresponde 70% de todos os casos de demência, tendo a demência frontal, demência com corpos de Lewy, demência de Huntington e a demência vascular. Sendo assim, a demência é considerada uma síndrome clínica tachada clinicamente pelo começo lento dos déficits de memória, vindos por diversos graus de mudanças de pessoalidade afetando principalmente a função do corpo, a qualidade de vida, onde o ambiente familiar muda e em muitos casos a pessoa não pode fazer suas próprias atividades, deixando de ser independentes, passando a depender da família e assim mexendo com toda estrutura, e

mesmo assim o desenvolvimento econômico e social sofrem alterações primordiais (TUBLIN et al., 2019).

Dessa maneira, as modificações causadas por esta doença estão associadas a uma série de déficits importantes, como perda do pensamento abstrato, entendimento, personalidade e linguagem, além dos danos na memória e nas emoções acima citados. Nesse contexto, o paciente com DA também pode apresentar apraxia, dificuldades nas habilidades visuais espaciais, agnosia e afasia. Destarte, uma série de transtornos neuropsiquiátricos podem conduzir os déficits cognitivos, como paranoia, agitação, transtorno do sono, ansiedade, depressão, alucinações e delírios (FALCÃO, 2020).

A DA é definida como um molde mais comum de demência que tem uma prevalência no mundo todo de 47 milhões de indivíduos sendo que esse número pode triplicar até 2050 e sendo responsável por quase 56% do número total de casos, já a DA é responsável por mais de 35 milhões de pessoas no mundo com essa patologia (TUBLIN et al., 2019).

A DA traz um crescimento de mortalidade onde chama atenção mais em mulheres do que em homens, pelo devido fato de viver mais, podendo ser também relutância da feminização da população idosa brasileira envelhecer mais sendo que mulheres estão vivendo mais que os homens, podendo ser pelo fato de apresentar mais comorbidades comparado as mulheres onde mostram menos declínio funcional (TEXEIRA et al.,2015).

A DA tem um diagnóstico que é classificado em provável com poucas evidências de que haja outra etiologia, possível por não conseguir desconsiderar totalmente a concorrência de outros fatores que possam ser ajuizados pela demência e determinado sendo após estudo anatomopatológico compatível com a etiologia. O curso clínico da Doença de Alzheimer pode ser dividido em três estágios que ocorrem de forma relativamente ordenada e consistente, na maior parte dos pacientes. O tempo médio de sobrevida dos pacientes com DA é de 5 a 10 anos, a partir do momento em que o déficit de memória se torna evidente (RADANOVIC, 2010).

Diante disso, os critérios para os diagnósticos da DA provável estão associados às seguintes características como o início insidioso, evolução progressiva, os déficits iniciais e mais protuberantes evidentes na história e exame clínicos que apresentam-se em uma das seguintes categorias, sendo a apresentação amnéstica como mais constante déficit de memória episódica, aprendizado e retenção associado a prejuízo em outra função, também a aparição não amnéstica de Linguagem prejuízo, como “achar palavras” é o achado mais proeminente, relacionado a

déficit em outro domínio cognitivo, viso espacial sendo prejuízo cognitivo espacial é a descoberta mais proeminente, incluindo agnosia para objetos, prosopagnosia, simultagnosia e alexia'', relacionado a déficit em outro domínio cognitivo. Já disfunção executiva sendo prejuízo em raciocínio, julgamento e solução de problemas são os mais proeminentes, relacionado a déficit em outro domínio cognitivo (RADANOVIC, 2010).

Há alguns critérios de exclusão evidenciando de doença cerebrovascular concomitante, características essenciais de demência com corpos de Lewy, características avantajadas de demência frontotemporal variante comportamental, como também características proeminentes de afasia gradual primária nas formas não fluente ou semântica, outra doença neurológica em atividade, doença clínica (não neurológica) ou uso de medicação que possam ter efeitos sobre a função cognitiva (RADANOVIC, 2010).

Ainda assim, tem os critérios da DA possível, levando em conta o curso atípico da doença que desempenha todos os critérios primordiais para DA, mas apresenta início abrupto ou existem detalhes insuficientes na história ou exame cognitivo com objetivo que documentem declínio. Na apresentação mista que desempenha todos os critérios essenciais para DA, mas com evidência da doença progressiva cerebrovascular concomitante, características essenciais de demência com corpos de Lewy em outra doença neurológica em atividade, ou doença clínica não neurológica, ou utilização de medicação que possam ter efeitos sobre a função cognitiva. O Paciente desempenha critérios clínicos e cognitivos para DA e o exame neuropatológico demostrando achados consistentes com o diagnóstico (RADANOVIC, 2010).

No Estágio I da DA, início da doença e insidioso, se tipificando por falta de iniciativa, perda de interesse em zero atividades anteriormente consideradas prazerosas, negligência na execução de tarefas, que a princípio podem ser atribuídas a tédio, depressão ou cansaço. Logo após, desenvolve o déficit progressivo de memória, esquecimento de nomes próprios, compromissos, conversas recentes como déficit de memória episódica anterógrada. O paciente passa a reforçar diversas vezes a mesma pergunta muitas vezes no decorrer do mesmo dia, mas não consegue guardar a resposta. O aprendizado de novas informações fica comprometido, fatos do dia a dia passam a ser esquecidos, mas a memória para fatos antigos ainda está relativamente preservada, pois são as últimas a serem apagadas e esquecidas da memória (RADANOVIC, 2010).

Aparecem obstáculos no planejamento de atividades, administração de finanças, e entendimento de situações complexas. As habilidades de raciocínio e abstração se tornam

vinculados, bem como a capacidade de julgamento. Tarefas incompreensíveis, englobando vários passos, são cada vez mais difíceis de serem executadas. O paciente torna-se progressivamente mais suscetível a distrações, com impersistência psíquica, da fala e motora, acompanhada de perseveração. O surgimento de desorientação espacial faz com que o idoso se perca mesmo em trajetos bem lembradas e conhecidas, o que se evidência especialmente na dificuldade para dirigir veículos (RADANOVIC, 2010).

O empenhamento da linguagem nessa fase se caracteriza por discurso vazio, com pobreza de ideias e dificuldade para achar nomes. Testes de linguagem revelam déficit de nomeação e o indivíduo tem problemas em gerar lista de palavras como, por exemplo, nomes de animais em um minuto (FROTA, et al., 2011).

No Estágio II da DA ocorre deterioração progressiva de todas as funções cognitivas. A memória para informação recente e remota fica indiscutivelmente comprometida. As habilidades visoespacias se destroçam os pacientes não conseguem mais copiar um desenho e passam a se perder mesmo em seu local de 28 moradia. Os déficits de abstração e cálculo se acentuam. As dificuldades de linguagem se intensificam, com progressiva redução da fluência, da capacidade de compreensão e da repetição. Parafusos com trocas de fonemas e palavras são frequentes. A apraxia e agnosia são comuns nessa fase, mas sua avaliação é difícil pelo intenso déficit de memória e progressiva deterioração da compreensão da linguagem nessa fase, a função motora e a coordenação ainda são normais, mas aparece a perambulação e inquietação (RADANOVIC, 2010).

Já no estágio III, todas as funções cognitivas estão gravemente comprometidas. A fala da vítima se restringe a ecolalia com repetição do que é dito pelo interlocutor, repetição sem sentido de fragmentos de sua própria fala e posteriormente, mutismo. Ocorrendo incontinência esfincteriana dificuldade para deglutição. Contudo, na fase terminal o paciente se atribui há uma postura rígida e em flexivo e a deterioração progressiva do SNC levando ao estabelecimento de um estado conhecido como de cortiçado ser consciência do ambiente ao seu redor, com os olhos abertos, mas absolutamente não responsivo aos estímulos ambientais. Esse estado se perpetua e progride até se configurar o estado vegetativo persistente (FALCÃO, 2020).

Na Doença de Alzheimer, os sintomas psiquiátricos mais comuns são apatia, insônia, depressão, agitação, ansiedade e irritabilidade, delírios e alucinações, embora menos recorrentes, também podem ocorrer. Esses sintomas costumam aparecer em síndromes mais ou

menos bem definidas como pacientes com poucos sintomas comportamentais, pacientes com sintomas predominantemente psicóticos de risos e alucinações, pacientes com sintomas dominantemente de humor como depressão e Irritabilidade. Agitação e apatia costumam se combinar a esses sintomas. Muitos pacientes com DA mostram um quadro transitório de confusão mental e inquietação ao final do entardecer na transação do dia para a noite, fenômeno conhecido como agitação crepuscular (sundowning). As alterações da ingestão alimentar também são frequentes, inicialmente aparecendo quadro de compulsão alimentar, seguido de redução da ingestão espontânea, e nos estágios avançados o paciente não social menos alimento nem água, tendo que ser alimentado efetivamente pelo cuidador (RADANOVIC, 2010).

Diante disso, o diagnóstico clinico de DA é fundamentado no quadro com início e na exclusão de outras causas que possam levar a deterioração cognitiva. Os exames de neuroimagem como Tomografia Computadorizada (TC), ou Ressonância 29 Magnética (RM) de crânio, em geral revelam atrofia cortical predominante no hipocampo, oba temporal medial e regalões frontoparietais, mas esses obtidos não são específicos, podendo aparecer em outras doenças. Pois, exames funcionais como a tomografia por emissão de foto único Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT) ou tomografia por emissão de pós trons (Positron Emission Tomography - PET) mostram prejuízo da perfusão e metabolismo cerebral predominantemente em regiões posteriores (temporoparetais). O uso de outras técnicas, como perfusão por RM e espectroscopia de prótons por RM e realização de PET com marcadores para c-peptideo B-amoide, embora mostrem resultados interessantes na identificação de alterações próprias da DA, sendo usados de forma rotineira na prática clínica (RADANOVIC, 2010).

O diagnóstico de improvável demência ligada à Doença de Alzheimer sendo realizado quando não são formulados os critérios clínicos para a DA. Pois, se considera demência interligada a DA, sem ter m conta do preenchimento dos critérios clínicos para provável ou possível doença, quando há evidência suficiente de diagnóstico alternativo, especificamente demência ligada ao vírus da imunodeficiência humana ou doença de Huntington, ou quando as duas categorias de biomarcadores são negativas, tanto quanto os marcadores de lesão neural como proteínas betas amiloides (NITZSCHE, 2015).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença de Alzheimer, um tipo de demência, é um declínio lento e progressivo da função mental que afeta a memória, o pensamento, o julgamento e o aprendizado; é a demência neurodegenerativa mais comum entre os idosos. A causa não é clara, mas acredita-se que seja geneticamente determinada. A doença ocorre quando os problemas começam a dar errado com o processamento de certas proteínas no sistema nervoso central.

Na Doença de Alzheimer, os sintomas psiquiátricos mais comuns são apatia, insônia, depressão, agitação, ansiedade e irritabilidade, delírios e alucinações, embora menos recorrentes, também podem ocorrer. Esses sintomas costumam aparecer em síndromes mais ou menos bem definidas como pacientes com poucos sintomas comportamentais, pacientes com sintomas predominantemente psicóticos de risos e alucinações, pacientes com sintomas dominantemente de humor como depressão e Irritabilidade.

A fisioterapia é indiscutível e desempenha um papel fundamental no tratamento da doença de Alzheimer em um momento em que técnicas como fortalecimento muscular, alongamentos, consciência corporal, coordenação motora são utilizadas para melhorar e manter a autonomia. A intervenção fisioterapêutica atuará conforme a necessidade de cada paciente; com o objetivo de retardar o avanço da doença, preservando a funcionalidade motora o mais próximo do normal, atuando com uma equipe multidisciplinar, orientando aos familiares e cuidadores do portador da demência.

REFERÊNCIAS

ABRAZ, M, Fuente-Vidal, A., López, E., Moreno, M., Naya, M., Benetti, C., Milá, R., Bruna, O., Boada, M., & Alegret, M. Comparative Cognitive Effects of Choreographed Exercise and Multimodal Physical Therapy in Older Adults with Amnestic Mild Cognitive Impairment: Randomized. Clinical Trial. J Alzheimers Dis, 2018

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2014 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia. v. 10, n. 2, p. e47-e92, 2014.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2014 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia. v. 10, n. 2, p. e47-e92, 2014.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. WORLD ALZHEIMER Report 2015: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2018.

BITENCOURT, E. M., Kuerten, C. M. X., Budny, J., & Tuon, T. (2018). Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos qualidade de vida, estratégias terapêuticas da fisioterapia e biomedicina. Revista Inova Saúde, 8 (2).

BORGHI, A.C; SASSÁ, A. H; MATOS, P.C. B; de, DECESARO, M.D.N; MARCON, S.Silva; Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS): dez 2011.

CARDOSO, V. B., Et al. A Doença de Alzheimer em idosos e as consequências para cuidadores domiciliares. Memorialidades, n.23, páginas 113 a 149, 2015.

CARVALHO, K.R.; CABRAL, R.M.C.; GOMES, D.A.G.D.S.; TAVARES, A.B. O método Kabat no tratamento fisioterapêutico da doença de Alzheimer. Revista Kairós, São Paulo, v. 11, p. 181-195, 2018.

CAVALCANTI, J. L. S; ENGERLHADT, E. Aspectos da fisiopatologia das doenças de Alzheimer esporádica. Revista Brasileiro de Neurologia. Volume. 48, 2012.

COLOMBO Ely, J., & Grave, M. (2010). Estratégias de intervenção fisioterapêutica em indivíduo portador de Doença de Alzheimer. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano

DE AQUINO, R. G. F. (2013). Abordagem Fisioterapêutica no Paciente Portador de Doença de Alzheimer: Revisão da Literatura. CORPVS/Rev. dos Cursos de Saúde da Faculdade Integrada do Ceará, 2013

EGUÍLUZ, M.A.A. Efeitos da equoterapia e fisioterapia convencional na força muscular de idosos com doença de Alzheimer. Dissertação, UNB, Brasília, 67 p. 2016.

FALCÃO, P. B. L. Et al. Aspectos neurológicos e funcionais do Alzheimer em idosos na perspectiva da terapia ocupacional. Braz. J. Hea. Revista de Curitiba. V. 3, n. 4, p. 8619-8630 jul./aug. 2020

FALCO, A; CUKIERMAN, D. S; HAUSER-DAVIS, R. A; REY, N. A; Doença de alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. Química Nova. Vol.39 n.1. São Paulo, 2016.

FECHINE, B. R. A; O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES QUE ACONTECEM COM O IDOSO COM O PASSAR DOS ANOS. Isp, Fortaleza, v. 1, n. 20, p.106-132, 13 fev. 2012.

FERNANDES, J. S. G; ANDRADE, M. S. Revisão sobre a doença de Alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. Psicologia, Saúde e Doenças, vol. 18, n.1, páginas: 131-139. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Lisboa Portugal, 2017.

FERREIRA, A. B. T; PIRES, F. F. R. FONTENELE, R. P. BENITO, L. A. O. Mortalidade pela Doença de Alzheimer no Brasil Entre 2000 a 2013. Acta de Ciências e Saúde. N 04. Vol 01. Pág. 100-115, 2015.

FROTA, N. A. F. Et al. Critérios para o diagnóstico da Doença de Alzheimer. Dement Neuropyschol. Pág. 5-10. Vol. 5. 2011.

LEITE, C. D. S. M., Menezes, T. L. M., Lyra, E. V.V., Araújo, C. M. T., et al. (2014). Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. J. Bras. Psiquiatr., 63 (1), 48-56.

LIMA, A. M. A., Sousa, L. B., Souza, M. T. W., & Siqueira, T. D. A. (2016). O papel da fisioterapia no tratamento da Doença de Alzheimer: uma revisão de literatura. Boletim Informativo Unimotrisaude em Sociogerontologia, 7 (1), 39.

MARINHO, M. F. S. (2020). A importância da fisioterapia na Doença de Alzheimer. Environmental Smoke, 3 (1), 69-78.

MEDEIROS, I. M. P. J., Et al. A influência da fisioterapia na cognição de idosos com doença de Alzheimer. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, V.12, n. 19, outubro/novembro, 2015.

MEDEIROS, I. M. P. J., Securella, F. F., Santos, R. C. C. S., & Silva, K. M. R. (2016). A influência da fisioterapia na cognição de idosos com doença deAlzheimer. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, 12 (29).

MENDONÇA, G; Mª. S; de. MAL DE ALZHEIMER E A ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA. 2011. 11 f. Monografia (Especialização) -Curso de Fisioterapia, Universidade Tiradentes, Tiradentes, 2011

MONTAÑO, M.M. M; Como Diagnosticar e Tratar Doença de Alzheimer. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, v. 70, n. 12, p.111-117, dez. 2013.

NITZSCHE, B. O; MORAES, H. P; JÚNIOR, A. R. T. Doença de Alzheimer: novas diretrizes para o diagnóstico. Revista Medicina Minas Gerais. V. 2. Pág. 237-243, 2015.

OMS World Health Organization. (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Neurologia e Healt público da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018.

PEREIRA, Renan Salazar Ferreira, et al. Envelhecimento populacional: impacto sobre as políticas públicas de saúde. Paripiranga: UniAGES Centro Universitário, 2016.

RADANOVIC, M. Neurologia Básica: para profissionais da área de saúde. 2° ed. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, G. C; RODRIGUES, G. M. M. MONTEIRO, E. M. O. A Influência da Fisioterapia em Pacientes com ALZHEIMER. Revista Liberum accessum. V.4, páginas 46-53, 2020.

SEIMA, M. D; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. Textos e contextos. Porto Alegre, V. 10, n. 2, página 388-398. Porto Alegre, 2011.

TEXEIRA, B. J. Et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000- 2009. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(4):1-12, abr, 2015.

TUBLIN, J. M. Et al. Getting to the Heart of Alzheimer Disease. Circulation research. Pág. 142-149. Vol. 3. 2019.

ZAIONS, J. D C; A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NA PRESERVAÇÃO DA MEMÓRIA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSO PORTADOR DE DOENÇA DE ALZHEIMER: RELATO DE CASO. Perspectiva, Minas . 2010