

3. SESSÃO ARTIGO TÉCNICO / REVISÃO

O PAPEL DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Andressa Maria Amorim de Lima

Láís Botelho de Sousa

Maria Thanara Wanderley Souza

Thomaz Décio Abdalla Siqueira

RESUMO

A Doença de Alzheimer é uma patologia incurável, mas que possui tratamento. Ela piora ao longo do tempo e é a causa mais comum de demência. Na maioria dos casos atinge idosos, ocorrendo mais em mulheres acima dos 60 anos, porém, pode surgir em qualquer pessoa independente de sua situação sócio-econômico-cultural. Atualmente estima-se haver cerca de 35,5 milhões de pessoas com demência no mundo. Este número praticamente irá dobrar a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030 e a 115,4 milhões em 2050 segundo dados fornecidos pelo Relatório de 2012 da Organização Mundial da Saúde (OMS) realizado juntamente com a associação Internacional de Doença de Alzheimer (ADI). Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o papel do fisioterapeuta no tratamento da doença de Alzheimer. Trata-se de um estudo de revisão literária, onde se realizou uma pesquisa sobre o tema abordado em artigos publicados no período de 2006 a 2015 nas bases de dados LILACS, SciELO e Google Acadêmico. Conclui-se a fisioterapia é fundamental na prevenção e no tratamento da DA.

Palavras-chave: Alzheimer. Demência. Doença de Alzheimer. Fisioterapia. Tratamento.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is an incurable disease but has treatment. It worsens over time and is the most common cause of dementia. In most cases affects the elderly, occurring more in women over 60, but can occur at any person regardless of their social-economical and cultural situation. Currently it is estimated there are about 35.5 million people with dementia in the world. This number will nearly double every 20 years, reaching 65.7 million in 2030 and 115.4 million in 2050 according to data provided by the World Health Organization (WHO)'s 2012 report held in conjunction with the Alzheimer's Disease International (ADI). This study aims to conduct a literature review on the physiotherapist's role in the treatment of Alzheimer's disease. It is a study of literature review, where were conducted a research on the topic covered in articles published from 2008 to 2015 in the databases LILACS, SciELO and Google Scholar. It was concluded that physical therapy is essential in the prevention and treatment of Alzheimer's disease.

Keywords: Alzheimer. Dementia. Alzheimer's Disease. Physicaltherapy. Treatment.

INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer é a patologia neurodegenerativa mais frequente associada à idade, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em uma deficiência progressiva e uma eventual incapacitação. (SERENIKI, Adriana; VITAL, M. A. B. F. -2008.)

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. A DA é um dos tipos mais comuns de demência acometendo principalmente mulheres acima dos 65 anos. (DE AQUINO, Ranniere Gurgel Furtado -2015.)

A doença de Alzheimer caracteriza-se, histopatologicamente, pela maciça perda sináptica e pela morte neuronal observada nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, incluindo o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriado ventral. O diagnóstico da DA é feito fundamentalmente através de critérios clínicos preestabelecidos juntamente com a exclusão de outras possíveis causas para a demência. (APRAHAMIAN, Ivan; MARTINELLI, José Eduardo; YASSUDA, Mônica Sanchesn -2009.)

O Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia recomenda atualmente para o diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil a presença de pelo menos dois sintomas cognitivos ou comportamentais, que afetam no mínimo dois dos seguintes domínios: memória, funções executivas, habilidades visuais e espaciais, linguagem e personalidade ou comportamento. São considerados critérios de exclusão evidência de doença cerebrovascular importante, características centrais de demência com corpos de Lewy (alucinações visuais, parkinsonismo e flutuação cognitiva) e da demência frontotemporal, evidência de outra doença concomitante e ativa, neurológica ou não neurológica, ou de uso de medicação que pode ter efeito substancial sobre a cognição.

Dividida em três fases evolutivas para melhor caracterizar a evolução da DA, temos que, na fase I ou inicial, ocorre o surgimento dos primeiros sintomas de déficit de memória recente, vagos e difusos, que podem perdurar por cerca de dois ou três anos. Já a fase II ou intermediária além dos sintomas da fase I, tem-se também a presença de déficits cognitivos (orientação linguagem, memória, raciocínio e julgamento) que prejudicam significativamente as atividades instrumentais e operativas do indivíduo com DA. E por fim na fase III ou final além dos sintomas já apresentados nas demais fases, o indivíduo com DA passa a apresentar

deterioração da capacidade intelectual e iniciativa, chegando à imobilização no leito e conseqüentemente ao óbito. (DE AQUINO, Ranniere Gurgel Furtado -2015.)

A intervenção fisioterapêutica pode contribuir em qualquer fase da doença de Alzheimer ao atuar tanto na manutenção quanto na melhora do desempenho funcional do indivíduo.(COLOMBO ELY, Jaqueline; GRAVE, Magali.-2009.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa sobre o referente assunto em artigos publicados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e Google Acadêmico. Foram utilizadas as seguintes palavras no presente estudo: “Fisioterapia”, “Doença de Alzheimer”, “Alzheimer”. Os critérios de inclusão: artigos de revisão e originais no período compreendido entre 2006 e 2015. Os critérios de exclusão foram os artigos que não se enquadravam no período em questão.

DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer transformou-se, a partir dos anos 70, de uma forma considerada relativamente rara de demência em uma das doenças mais frequentes e que mais preocupações têm despertado na população. Duas são as causas principais desse fenômeno: a extensão do conceito de doença de Alzheimer e o envelhecimento da população mundial e brasileira.. (SHIMODA, MYTS; DUBAS, João Paulo; DE LIRA, Claudio Andre Barbosa - 2007.)

O Alzheimer atinge, sem distinção de sexo, cerca de 10% a 20% da população com mais de 60 anos, [...] no Brasil, atinge 1 milhão de pessoas. Embora a doença de Alzheimer não seja curável ou reversível, existem formas de se aliviar os sintomas e o sofrimento do paciente, de ajudar sua família e de diminuir a velocidade de progressão da doença. (RIBEIRO, Ricardo -2008.)

A Doença de Alzheimer (DA) é responsável por 50 a 70% dos casos de demência. A maior parte dos portadores de DA vive com a família ou com amigos, os quais não têm o suporte necessário para o tratamento desses idosos. Com a progressão da DA, o paciente

adquire também importantes alterações motoras e conseqüentemente necessitará de tratamento fisioterapêutico. (DE MELO, Marília Agua; DRIUSSO, Patrícia. -2006.)

A causa da doença de Alzheimer ainda não é conhecida. Existem várias teorias, porém, de concreto aceita-se que seja uma doença geneticamente determinada, não necessariamente hereditária (transmissão entre familiares). (RIBEIRO, Ricardo -2008.)

Os sintomas começam com pequenos esquecimentos, normalmente aceitos pelos familiares como parte do processo normal de envelhecimento, que vão agravando gradualmente. Outros sintomas iniciais são: diminuição do tempo de atenção; problemas com matemática simples; dificuldade de expressar pensamentos; humor inconstante, variável e imprevisível; menos desejo de fazer coisas e conhecer pessoas. Como sintomas posteriores a medida que a doença evolui, tornam-se cada vez mais dependentes de terceiros, apresentam: grande perda da memória – inclusive dificuldades para se vestir, comer, lembrar dos nomes de membros da família etc.; mudança de humor e personalidade - explosões de ira, de insatisfação e desconfiança; perda total de julgamento e concentração; incapacidade de completar tarefas caseiras rotineiras e perda da habilidade de se ocupar com a higiene pessoal; diferentes desordens, como reações a medicamentos, depressão, infecções bacterianas, problemas renais e desnutrição, e terminam por não reconhecer os próprios familiares e até a si mesmos quando colocados frente a um espelho (RIBEIRO, Ricardo -2008).

A presença de demência se mostrou um fator de risco importante para a ocorrência de quedas em diversos estudos. Pessoas com DA estão mais propensas a quedas, estando conseqüentemente mais sujeitas a fraturas quando comparadas a idosos sem prejuízo cognitivo. Múltiplos fatores podem estar relacionados ao risco de queda em pacientes com DA, podendo associar-se ao declínio de equilíbrio com prejuízo na marcha e instabilidade postural, uso de medicamentos para o controle de alterações comportamentais e falta de percepção dos comportamentos de risco.

Os sintomas da demência implicam, normalmente, numa deterioração gradual e lenta da capacidade da pessoa para se comandar ou se estabelecer em pleno funcionamento, estabelecendo um quadro crônico em que não há melhora. O dano cerebral afeta o funcionamento mental da pessoa (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento, etc.) e isto, por sua vez, repercute-se no comportamento.

O quadro clínico da DA constitui-se em 3 estágios: estágio inicial, em que a pessoa esta consciente, percebendo que algo esta errado; existe a perda da memória recente, dificuldade de aprender e de reter informações; no estágio intermediário, o paciente é completamente incapaz de aprender e de reter novas informações e no estágio final, o paciente é totalmente incapaz de andar, apresenta incontinência, esta restrito ao leito e não fala mais. (FEITEIRA, Laísa Horta)

A doença se subdivide em três estágios: inicial, intermediário e o grave ou final. Estima-se que a cada ano, a doença causa uma piora de aproximadamente 5 a 15% da cognição, o que, em média, faz com que o paciente demore apenas oito anos para sair do estágio inicial até o final. Os sintomas depressivos são comuns, associados com instabilidade emocional e choros. Delírios e outros sintomas de psicose são freqüentes, embora difíceis de avaliar nas fases finais da doença, devido à total perda de noção de lugar e de tempo e da deterioração geral. (SHIMODA, MYTS; DUBAS, João Paulo; DE LIRA, Claudio-2007.)

A maior parte das pessoas morre devido a "complicações", tais como pneumonia. Sendo a cognição um constructo que tem por objetivo a adaptação satisfatória em situações específicas e em tarefas situacionais, que mudam através do ciclo vital, é preciso saber como se caracterizam estas mudanças. Então, é necessário identificar se estas mudanças constituem as alterações normais esperadas durante o envelhecimento ou se demonstram um processo provindo da patologia.(RIBEIRO, Ricardo. Alzheimer -2008.)

O diagnóstico certo da DA só pode ser feito por exame do tecido cerebral obtido por biópsia ou necropsia. Deste modo, o diagnóstico de provável DA é feito excluindo outras causas de demência pela história (depressão, perda de memória associada a idade), exames de sangue (hipotireoidismo, deficiência de vitamina b), tomografia ou ressonância (múltiplos infartos, hidrocefalia) e outros exames.(RIBEIRO, Ricardo. Alzheimer -2008.)

A intervenção fisioterapêutica pode contribuir em qualquer fase da doença de Alzheimer ao atuar tanto na manutenção quanto na melhora do desempenho funcional do indivíduo. Consideraram-se inicialmente fatores epidemiológicos, fisiopatologia, etiologia, critérios diagnósticos e quadro clínico para um melhor entendimento da intervenção fisioterapêutica nos indivíduos portadores da doença.(COLOMBO ELY, Jaqueline; GRAVE, Magali.-2009.)

A incidência de quedas é comum em pacientes acometidos pela Doença de Alzheimer. Identificar os fatores de risco e desenvolver estratégias de prevenção de quedas pode resultar na melhora da manutenção da qualidade de vida destes pacientes. Apesar de alguns estudos apresentarem dados que comprovem o benefício da fisioterapia em diminuir o risco de quedas, não foi possível chegar a uma conclusão efetiva sobre o efeito preventivo de quedas através da aplicação desta modalidade terapêutica. (PIERMARTIRI, TetsadêCB; BEZERRA, Naaraí Camboim; HOELLER, Alexandre Ademar)

O tratamento desta doença inclui medidas farmacológicas, reabilitação cognitiva, orientação familiar e abordagens multiprofissionais. Dentro desta equipe a fisioterapia tem como objetivo retardar os acometimentos motores causados pela doença, dar orientações à família ou cuidadores, adequar o ambiente físico conforme as necessidades do mesmo, prevenir complicações como quedas, perda de mobilidade articular e deformidades, e assim melhorar a qualidade de vida do indivíduo portador do mal de Alzheimer. (FEITEIRA, Laísa Horta).

O tratamento da DA tem dois aspectos: um inespecífico, por exemplo, de alterações de comportamento como, ansiedade, agitação e agressividade, do humor como depressão e para a alucinações, confusão e insônia, que não deve ser feito apenas com medicação mas também com orientação por diferentes profissionais da saúde. O tratamento específico é feito com drogas que podem corrigir o desequilíbrio químico no cérebro como os ansiolíticos (benzodiazepínicos), neurolépticos (haloperidol, tioridazina), hipnóticos, antidepressivos este tratamento funciona melhor na fase inicial da doença e o efeito é temporário, pois a DA continua progredindo. (RIBEIRO, Ricardo -2008.)

Estudos demonstram que a atividade física sistematizada melhora a função cognitiva global, em decorrência do maior aporte circulatório cerebral e síntese de neurotransmissores, com reflexos sobre o quadro motor e capacidade funcional.¹¹

A prática regular de exercícios pode prevenir e controlar a hipertensão, o diabetes, as cardiopatias e outras doenças crônicas-degenerativas. Em estudos recentes, foi demonstrado o exercício possui grandes efeitos e potenciais benefícios na doença de Alzheimer. (SHIMODA, MYTS; DUBAS, João Paulo; DE LIRA, Claudio Andre Barbosa.-2007.)

Após a aplicação do programa de exercícios fisioterapêuticos pôde-se evidenciar a importância da intervenção fisioterapêutica na DA, pois houve melhora na amplitude de

movimento e do equilíbrio; manutenção da força muscular, melhora da memória, do humor e da autoestima da paciente, estes dois últimos, observados clinicamente. [...] exercícios fisioterapêuticos influenciaram na manutenção da memória e da capacidade funcional do voluntário deste estudo, acometido pela Doença de Alzheimer, em virtude da melhora da amplitude de movimento, do equilíbrio e força muscular, permitindo-se refutar a hipótese do estudo. Observou-se clinicamente, que os exercícios também proporcionaram uma melhora na autoestima e no humor.¹¹

A partir da literatura estudada, podemos afirmar que o exercício físico é um tratamento positivo, mas não um fator que possa substituir o tratamento com os medicamentos. O exercício promove em indivíduos com a doença de Alzheimer benefícios como o aumento da capacidade de aprendizagem e a redução da formação das placas de proteína beta-amilóide que são altamente tóxicas às células. Além disso, atua como um grande fator de proteção para o desenvolvimento precoce de demência e a doença de Alzheimer. Uma vez que o exercício físico passa a fazer parte da vida diária dos indivíduos, mudanças cerebrais causadas pela doença são inibidas. (SHIMODA, MYTS; DUBAS, João Paulo; DE LIRA, Claudio André Barbosa.-2007.)

O tratamento fisioterapêutico consiste em programa de exercícios de resistência e fortalecimento que são importantes para aumentar e manter a força muscular assim como melhorar o metabolismo. Exercícios de alongamento são capazes de auxiliar na manutenção ou ganho de flexibilidade. Além destes, atividades relacionadas com o equilíbrio e treino de marcha apresentam papel importante na prevenção de quedas.

Mesmo havendo obstáculos e resistência dos indivíduos com a doença de Alzheimer em fazer atividade física, vale lembrar que o exercício proporciona a sensação do bem-estar dos indivíduos aumentando a qualidade diária dos mesmos.

O tratamento fisioterapêutico pode ser realizado através da cinesioterapia e hidroterapia associado no padrão respiratório diafragmático. Para função cardiorrespiratória, caminhada todos os dias com acompanhante. Há outros exercícios que podem ser feitos como: Padrão diagonal do Kabat para tronco; Pegar na parte do chão; Frenkel – marcha para frente, para trás, com resistência e o ponto chave quadril para facilitar o movimento; Andar sobre uma linha; [...] Trabalhar cognitivo, coordenação e movimentos finos [...] Mobilização passiva em todas as articulações; [...] o paciente deve ser acompanhado por atendimento de

fisioterapia respiratória, devido a grande incidência de distúrbios respiratórios como principalmente, pneumonia. [...] A fisioterapia, como parte de uma abordagem de tratamento multiprofissional integrada, tem muito a oferecer, particularmente no tocante à preservação da postura, da boa forma física e da força muscular, além da prevenção de deformidades. Como estratégias de intervenções poderá o profissional executar Palestras educativas, [...], orientação quanto a prática de atividades, Promoção de encontros e orientação a família; Orientações para o estímulo ocupacional. (RIBEIRO, Ricardo -2008.)

Sendo a DA uma afecção caracterizada por um processo degenerativo progressivo, sem perspectivas terapêuticas que impeçam a sua evolução, postula-se que tratamentos, dentre eles o fisioterapêutico, que possam melhorar ou estabilizar, mesmo que temporariamente a evolução da mesma, ao que já representam um ganho relevante à qualidade de vida destes indivíduos. (ZAIONS, J. D. C.; PAVAN, F. J.; WISNIEWSKI, M. S. W. -2012.)

CONCLUSÃO

Conclui-se, através deste estudo, que a fisioterapia é fundamental na prevenção e no tratamento da Doença de Alzheimer, ajudando na motricidade, força e resistência muscular, bem como no bem estar do paciente.

REFERÊNCIAS

- APRAHAMIAN, Ivan; MARTINELLI, José Eduardo; YASSUDA, Mônica Sanches. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. *RevBrasClinMed*, v. 7, n. 6, p. 27-35, 2009.
- COLOMBO ELY, Jaqueline; GRAVE, Magali. Estratégias de intervenção fisioterapêutica em indivíduo portador de Doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 5, n. 2, 2009.
- 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. 39-44, 2015.
- DE MELO, Marília Agua; DRIUSSO, Patrícia. Proposta fisioterapêutica para os cuidados de portadores da doença de Alzheimer. 2006.
- FEITEIRA, Laísa Horta et al. 23. Atuação da Fisioterapia na Doença de Alzheimer. Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia, p. 222.
- FROTA, Norberto Anízio Ferreira et al. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. *Dement. neuropsychol*, v. 5, n. supl 1, 2011.

PIERMARTIRI, Tetsadê CB; BEZERRA, Naaraí Camboim; HOELLER, Alexandre Ademar. Efeito preventivo da fisioterapia na redução da incidência de quedas em pacientes com Doença de Alzheimer. Revista de neurociência. Disponível em <www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/273_revisao.pdf> Acesso em 08/12/2015, v. 29.

RIBEIRO, Ricardo. Alzheimer – Que doença é esta. Revista Espaço Acadêmico, v. 91, 2008.

SHIMODA, MYTS; DUBAS, João Paulo; DE LIRA, Claudio Andre Barbosa. O exercício e a doença de Alzheimer. Centro de Estudos de Fisiologia do exercício, 2007.

SERENIKI, Adriana; VITAL, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul, v. 30, n. 1 supl 0, 2008.

ZAIONS, J. D. C.; PAVAN, F. J.; WISNIEWSKI, M. S. W. A influência da Fisioterapia na preservação da memória e capacidade funcional de idoso portador de Doença de Alzheimer: Relato de Caso. Rev Perspectiva, v. 36, p. 151-62, 2012