

HUMANIZAÇÃO E CUIDADO NA DOENÇA DE ALZHEIMER: ENFOQUE BIOPSIKOSSOCIAL DO PONTO DE VISTA DO PACIENTE E DA FAMÍLIA

Fernanda Ribeiro *

Raquel Auxiliadora Borges[‡]

Dayse Rodrigues de Souza Andrade[§]

Kelly Jackeline Oliveira Pereira Andrade[†]

RESUMO: A pesquisa surgiu da experiência pessoal com um ente querido enfrentando a Doença de Alzheimer, e a autora, que é futura profissional de Fisioterapia, reconheceu a importância de compreender o cuidado de forma holística, levando em consideração os aspectos biopsicossociais. O objetivo deste estudo é analisar os impactos da humanização e do cuidado em pacientes com Alzheimer e sua relação com os cuidadores familiares. A revisão da literatura, realizada com base em palavras-chave relacionadas ao estudo em bases de dados como Pedro e PubMed, visa fornecer insights que promovam um cuidado mais humano e digno para pacientes com Alzheimer e suas famílias. A pesquisa defende que o cuidado não deve ser mecanizado, e os profissionais de fisioterapia podem desempenhar um papel vital, vendo o paciente como um todo. O estudo busca destacar a importância de abraçar tanto os sucessos quanto os desafios no processo de cuidar de pacientes com Alzheimer, visando uma vida com dignidade e qualidade.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Idoso. Cuidador. Biopsicossocial. Fisioterapia. Família.

ABSTRACT: The research emerged from personal experience with a loved one facing Alzheimer's Disease, and the author, who is a future professional in Physical Therapy, recognized the importance of comprehending care in a holistic manner, considering the biopsychosocial aspects. The aim of this study is to analyze the impacts of humanization and care on Alzheimer's patients and their relationship with family caregivers. The literature review, conducted using keywords related to the study in databases such as Pedro and PubMed, aims to provide insights that promote a more humane and dignified care for Alzheimer's patients and their families. The research advocates that care should not be mechanized, and physical therapy professionals can play a vital role by viewing the patient as a whole. The study seeks to emphasize the importance of embracing both successes and challenges in the process of caring for Alzheimer's patients, with the goal of achieving a life with dignity and quality.

Keywords: Alzheimer's Disease. Elderly. Caregiver. Biopsychosocial. Physical Therapy. Family.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é um tipo de demência, caracterizado por distúrbio neurodegenerativo, progressivo, irreversível e em ascensão devido especialmente ao aumento da expectativa de vida.¹ A doença é caracterizada pela perda da função cognitiva,

*Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN. Email: fernanda_layra@hotmail.com

[‡] Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN. Email: raquel.borges@uniptan.edu.br

[§] Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN. Email: dayse.andrade@uniptan.edu.br

[†] Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN. Email: kelly.andrade@uniptan.edu.br

comportamental e funcional do idoso, apresentando alterações morfológicas cerebrais como, placas senis e emaranhados neurofibrilares.²

Além das perdas cognitivas, ocorre também a alteração funcional nas atividades de vida diária e instrumental do indivíduo, como cuidados com a alimentação, higiene, lazer e administração da vida financeira, deixando o idoso totalmente dependente com o curso da doença.² As doenças neurodegenerativas geram impactos sociais, culturais, econômicos e sobretudo nos arranjos familiares para com este indivíduo idoso.

No Artigo 230 da Constituição Federal, “A Família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.¹⁰ A família continua sendo o espaço natural para o idoso e com a Doença de Alzheimer.¹¹ Ainda, é possível que as mudanças no processo do envelhecimento influenciem todas as gerações, além do fato de, no âmbito familiar, coexistir relações afetivas e sentimentos que circulam desde a família até o idoso e vice-versa.

Na doença de Alzheimer, além do envolvimento da família, observa-se a participação direta de diferentes profissionais da área de saúde, a fisioterapia faz parte da avaliação geral de prevenção e promoção da saúde, como promove uma série de cuidados e planejamentos terapêuticos, sendo importante para modificar fatores de riscos, ou mesmo para retardar a progressão da demência.¹

Os profissionais de saúde além, dos cuidados terapêuticos com o indivíduo, devem transmitir aos familiares e cuidadores informais orientações e esclarecimentos embasados em suas competências técnico-científicas, de forma humanizada, os quais possam minimizar os efeitos de se tornar um cuidador e diante de uma situação nova que envolve a condição do familiar, ampliar o vínculo do paciente com sua família, buscando através da fisioterapia proporcionar qualidade de vida às pessoas por meio da prevenção e reabilitação física¹.

Assim, entende-se que é fundamental que os profissionais da saúde tenham um olhar integral sobre o indivíduo e para isto, é preciso conhecer os contextos que o cercam, e vê-lo integralmente, de forma biopsicossocial. Em acordo surge a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF), instrumento que leva em consideração os diferentes contextos que cercam o indivíduo e permite que o profissional tenha um olhar amplo sobre este.³

No que se refere à Fisioterapia e seus modelos norteadores, observa-se ainda um predomínio da concepção biomédica de saúde na prática clínica e um descompasso na

aplicação do modelo biopsicossocial, necessitando - se de uma ampliação da abordagem ao paciente no âmbito emocional, social e físico para que os profissionais tenham uma visão biopsicossocial durante o acompanhamento e reabilitação do idoso com Alzheimer.³

No entanto, mesmo com vários estudos sobre a Doença de Alzheimer e os impactos da mesma na vida do paciente e dos seus familiares ou cuidadores, pouco se correlaciona a mesma com fundamentos biopsicossociais, estratégias fisioterapêuticas e CIF. Sendo necessário mais estudos para que o paciente seja cuidado como um todo na perspectiva do mesmo e da família, para minimizar os impactos da doença.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo correlacionar a percepção da qualidade de vida do idoso com Doença de Alzheimer e a percepção da qualidade de vida do idoso pelo cuidador, intensificando a importância do profissional de saúde, o fisioterapeuta, entender o indivíduo biopsicossocial, buscando estratégias para amenizar os impactos da relação idoso, família/cuidador e o processo de envelhecimento da pessoa com a Doença de Alzheimer.

2. CUIDADO HUMANIZADO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

2.1 O Cuidador Familiar da Pessoa com Alzheimer e a CIF

Com o aumento da expectativa de vida, possivelmente devido a fatores como avanços da medicina, desenvolvimento de tecnologias, serviços de saneamento ambiental, alimentação, serviços de saúde e maior acesso à informação e educação, o mundo está envelhecendo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões de pessoas até 2050, representando um quinto da população mundial.⁴

Ainda, dados do Ministério da Saúde:

O Brasil, em 2016, tinha a quinta maior população idosa do mundo, e em 2030, o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre zero e 14 anos. No Estado de Minas Gerais a população idosa atinge hoje em torno de 3,7 milhões, o que coloca os mineiros no 2º lugar do ranking nacional, atrás apenas do Estado de São Paulo⁸.

Com o aumento da expectativa de vida, há uma maior probabilidade de surgirem problemas de saúde crônicos e doenças relacionadas à idade, como doenças cardíacas,

diabetes, demência e câncer. Isso demanda uma maior necessidade de cuidados de saúde a longo prazo e atenção à saúde mental. Os sistemas de saúde e assistência social precisam se adaptar para atender às crescentes demandas da população idosa. Isso inclui a criação de serviços especializados, cuidados domiciliares, programas de prevenção e promoção da saúde, e o treinamento de profissionais de saúde geriátrica.⁵

Com um número crescente de idosos, há uma pressão adicional sobre os sistemas de pensões e segurança social. Garantir a segurança financeira dos idosos é fundamental para que eles possam viver com dignidade na aposentadoria, visto que, o envelhecimento da população também abre oportunidades para o desenvolvimento de tecnologias e inovações que podem melhorar a qualidade de vida dos idosos, como dispositivos médicos, aplicativos de saúde e tecnologias de assistência, mas este geram gastos para o idoso e para a família.⁶

Ainda, é importante garantir que os idosos tenham oportunidades de participação ativa na sociedade, promovendo o envelhecimento ativo e o engajamento social. Isso inclui programas de educação contínua, voluntariado e acesso à cultura e lazer. Promover a interação e a integração intergeracional é essencial para combater o isolamento social e construir uma sociedade mais coesa. Podendo ser feito por meio de programas que envolvam idosos em atividades com crianças e jovens. O planejamento urbano deve levar em consideração as necessidades dos idosos, incluindo a acessibilidade a edifícios e transporte público, espaços públicos seguros e amigáveis para todas as idades.⁴

Para que o idoso e sobretudo aquele com a DA tenha uma vida de direitos e garantias, e consequente qualidade de vida, ele precisa de auxílio de uma pessoa, um cuidador, na sua grande maioria, um cuidador familiar, que desempenha papel vital no apoio e na assistência às pessoas com Doença de Alzheimer.

A Doença de Alzheimer é uma condição neurodegenerativa, progressiva que afeta a memória, o pensamento, o comportamento, o cognitivo, a função motora e a capacidade de realização das atividades da vida diária (AVS's). A fisiopatologia da doença de Alzheimer é complexa e envolve várias alterações no cérebro ao longo do tempo¹.

Uma característica distintiva da doença de Alzheimer é a acumulação anormal de placas de proteína beta-amiloide no cérebro. Essas placas se formam quando as proteínas beta-amiloide se agregam de maneira anormal, interferindo nas funções neurais normais e levando à morte das células cerebrais. Outra característica neuropatológica importante são os emaranhados neurofibrilares, que consistem em aglomerados de uma proteína chamada tau. Esses emaranhados interferem no funcionamento adequado dos neurônios,

causando disfunção e morte celular. Ao longo do tempo, a doença de Alzheimer resulta na perda progressiva de neurônios, especialmente nas áreas do cérebro relacionadas à memória e ao pensamento. Essa perda de células nervosas contribui para a deterioração cognitiva observada na doença¹.

A neuroinflamação também desempenha um papel na fisiopatologia da doença de Alzheimer. As células do sistema imunológico, como microglia, podem se tornar hiperativas e contribuir para a inflamação cerebral crônica, o que agrava o dano neural. A doença de Alzheimer afeta a comunicação entre os neurônios devido à perda de neurotransmissores, como a acetilcolina. Essa desregulação afeta diretamente a cognição e o funcionamento cerebral. A progressão da doença de Alzheimer resulta em uma atrofia cerebral geral, onde o cérebro encolhe ao longo do tempo devido à perda de tecido cerebral³.

E muitas vezes, a responsabilidade de cuidar de um ente querido recai sobre a responsabilidade de um membro da família, que se torna um cuidador informal.⁵

Buscar apoio de profissionais de saúde, grupos de apoio e organizações especializadas em Alzheimer pode ser uma parte fundamental do cuidado ao paciente e do bem-estar do cuidador familiar. O apoio da comunidade e a compreensão dos desafios enfrentados por cuidadores de pessoas com Alzheimer são cruciais para oferecer o melhor cuidado possível aos pacientes e para preservar a qualidade de vida dos cuidadores familiares.⁵

O cuidador familiar é o indivíduo da família que se torna responsável pelo idoso no nível domiciliar, faz-se referência a uma pessoa que realiza e proporciona as atividades de vida diária procurando minimizar ou até mesmo suprir as dificuldades do indivíduo fragilizado.⁵

Segundo o Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e a Saúde, as tarefas do cuidador familiar envolvem aspectos práticos e objetivos como higiene, alimentação, administração de medicamentos, cuidados do lar e finanças, além de lidar com aspectos emocionais do paciente, oferecendo afeto com manutenção de vínculo e mudanças na dinâmica familiar, o que resulta na dedicação integral deste indivíduo ao familiar dependente, e assim este passa por modificações também quanto à sua própria vida pessoal e profissional.⁴

Em acordo, os profissionais de saúde que estão diretamente ligados ao atendimento do paciente com DA, entende-se o fisioterapeuta, devem ter conhecimento dos contextos que cercam o seu paciente e a dinâmica dos cuidados recebidos, assim

observar e oferecer informações e orientações quanto o paciente e ao cuidador familiar que possam contribuir para a melhor qualidade de vida de ambos, assim a CIF pode contribuir no entendimento deste indivíduos de forma integral.

A CIF é usada para avaliar e descrever a saúde e a funcionalidade das pessoas, incluindo aquelas com deficiências ou doenças crônicas, e não apenas para fins de diagnóstico médico, mas também para fins de planejamento de cuidados e reabilitação³.

O profissional de saúde pode utilizar a CIF para entender o seu paciente e do cuidador familiar, identificar as limitações nas AVD's e restrições de participação, e desenvolver um plano de cuidados que aborda as necessidades específicas da pessoa com Doença de Alzheimer e de seu cuidador, focando na melhoria da qualidade de vida e no apoio às atividades diárias.

Apesar dos vários estudos sobre a Doença de Alzheimer e os impactos da mesma na vida do paciente e dos seus familiares ou cuidadores, pouco se correlaciona a mesma com fundamentos biopsicossociais, estratégias fisioterapêuticas e a CIF³. Sendo necessário mais estudos para que o paciente seja cuidado como um todo, na perspectiva do mesmo e da família, para minimizar os impactos da doença.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O artigo traz uma revisão sistematizada da literatura, para tal foi realizada uma busca nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDlars online (MEDLINE/PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Physiotherapy Evidence Database (PEDro). As palavras-chave utilizadas foram: “Doença de Alzheimer”, “Idoso”, “Cuidador”, “Biopsicossocial”, “Fisioterapia” e “Família”.

Os critérios de inclusão foram: ensaios clínicos, estudos longitudinais, revisão de literatura de artigos publicados no período de 2002 a 2020. Os artigos localizados tiveram o título e o resumo lidos para a aplicação dos critérios de seleção, palavras-chave e relação com a temática proposta, e os selecionados foram lidos na íntegra. Os critérios de exclusão foram estudos que não continham pelo menos três das palavras chaves.

A pesquisa foi do tipo qualitativa, uma método que se concentra na compreensão aprofundada e na interpretação de fenômenos sociais, culturais e humanos. Ela se diferencia da pesquisa quantitativa, que se concentra na coleta de dados numéricos e análise estatística³⁷. Na pesquisa qualitativa, o objetivo é explorar, descrever e entender os aspectos subjetivos, complexos e contextualizados de um problema de pesquisa³⁷.

4 RESULTADOS

No total, foram encontrados 50 estudos, dentre os quais, 8 excluídos após a leitura do título, 5 excluídos após a leitura dos resumos e 2 excluídos após a leitura completa dos trabalhos, conforme os critérios de exclusão. No final da pesquisa foram selecionados apenas 38 artigos que atendiam às propostas para investigação dos trabalhos disponíveis na literatura voltados para tema.

A análise e sínteses dos dados extraídos dos artigos, foram realizadas de maneira descritiva, possibilitando assim, classificar e reunir o conhecimento produzido sobre a humanização e cuidado do idoso com DA e a sua família, um olhar biopsicossocial.

5 DISCUSSÃO

5.1 O Indivíduo com DA e a Perspectiva de Cuidado em Relação aos Cuidadores Familiares

A doença de Alzheimer, descoberta e caracterizada pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer em 1907, é uma condição neurodegenerativa progressiva e irreversível que se manifesta de maneira insidiosa. Ela resulta na perda da memória e em diversos distúrbios cognitivos. Essa doença é uma das causas mais comuns de demência em todo o mundo.¹⁴

O diagnóstico de demência, como a DA, afeta profundamente as famílias. A proximidade física e os vínculos emocionais tornam a experiência emocionalmente desafiadora para os familiares, que muitas vezes precisam fazer mudanças significativas em seu estilo de vida para atender às novas necessidades do familiar doente.¹¹

O cuidado de um idoso com demência é complexo devido às alterações na autonomia e no comportamento do paciente. Neste contexto, os cuidadores enfrentam desafios significativos no atendimento às demandas físicas e emocionais do paciente. Os cuidadores enfrentam uma carga significativa ao fornecer cuidados, o que pode levar ao esgotamento emocional e físico.¹²

Os cuidadores podem enfrentar uma série de problemas de saúde devido ao estresse e às demandas do cuidado, incluindo depressão, perda de peso, insônia e até

abuso verbal ou físico por parte do paciente. Além disso, alguns cuidadores podem recorrer ao uso de álcool ou medicamentos psicotrópicos como uma forma de lidar com o estresse. É fundamental que os cuidadores recebam apoio adequado para enfrentar os desafios do cuidado de um idoso com demência. Isso pode incluir a busca de ajuda profissional, como psicoterapia, apoio de grupos de cuidadores e assistência para aliviar o fardo do cuidado.¹²

No Brasil, há uma tradição de cuidar dos mais velhos em casa, assim como assumir os que se encontram em condições de fragilidade. É fator de favorecimento nessa sociedade a cultura fortemente pautada na corresponsabilidade entre os membros da família.¹² A sociedade condena o suposto abandono e, nestes moldes, a dedicação aos mais fragilizados é observada como um compromisso moral e exigida nos códigos de ética pessoal como um dever cristão para com a família.¹³

Cuidadores informais são geralmente familiares, amigos ou vizinhos que cuidam de pessoas idosas de forma voluntária. Suas motivações podem variar, incluindo sentimentos de obrigação, retribuição, amor ou a falta de recursos para pagar um cuidador formal.

Em muitos casos, os cônjuges, geralmente do sexo feminino, assumem o papel de cuidadores informais. Isso pode ser especialmente desafiador quando os cuidadores também são idosos, pois eles próprios podem enfrentar dificuldades de saúde e sobrecarga de tarefas.¹¹

Estudos mostram que acolher o cuidador e a família pode melhorar a qualidade de vida das pessoas com DA, pois, esse acolhimento auxilia-o no que concerne o conhecimento sobre como cuidar por meio de programas educacionais. Saber o que é a doença torna-se fundamental para não colocar a saúde do idoso em risco, o que também permite que os cuidadores se sintam mais capazes de cuidar, até mesmo, de enfrentar junto ao paciente a doença.¹⁷

Uma das barreiras identificadas é a falta de discernimento por parte do cuidador em relação ao nível real de assistência necessário. Às vezes, os idosos podem realizar algumas tarefas por conta própria, mas o medo do cuidador de negligenciar o cuidado pode levar à sobreposição de tarefas¹⁷.

Muitos cuidadores informais não recebem orientação formal sobre como desempenhar suas funções. Eles adquirem as habilidades necessárias por meio da experiência prática de cuidar da pessoa idosa.

Santos et al., inseriu o método psicoeducacional, com cuidadores de pessoas com

demência e obteve expressivo resultado de diminuição nos sintomas depressivos. O grupo observado, tinha espaço para a troca de experiências e para expressar emoções e sentimentos sobre o assunto, além de informações sobre a doença e seus cuidados. A intervenção realizada foi realizada por meio de sessões, que almejavam:

(1) identificar, descrever e reconhecer a frequência comportamental dos sintomas que são difíceis de lidar; (2) identificar os precedentes de cada problema e suas consequências; (3) estabelecer estratégias de modificação; (4) melhorar a comunicação entre os cuidadores e os pacientes acometidos pela demência; e (5) criar eventos prazerosos para os cuidadores e pacientes.¹⁸

Essas intervenções têm o objetivo de fornecer informações, apoio emocional e estratégias práticas para os cuidadores, visando melhorar sua qualidade de vida e reduzir sintomas de depressão.

O grupo observado participou de sessões de intervenção que tinham como metas⁽¹⁸⁾

- Troca de Experiências: Proporcionar um espaço para que os cuidadores pudessem compartilhar suas próprias experiências, desafios e sucessos no cuidado de pessoas com demência. Isso pode ser uma parte fundamental da terapia em grupo, pois permite que os cuidadores se sintam ouvidos e compreendidos por outros que enfrentam situações semelhantes.
- Expressão de Emoções e Sentimentos: Encorajar os cuidadores a expressar suas emoções e sentimentos relacionados ao cuidado de pessoas com demência. Lidar com a demência de um ente querido pode ser emocionalmente desafiador, e a oportunidade de compartilhar e discutir essas emoções pode ser terapêutica.
- Fornecimento de Informações sobre a Doença e Cuidados: Oferecer informações detalhadas sobre a demência, incluindo sua natureza, sintomas, progressão e estratégias de cuidado. Isso pode ajudar os cuidadores a entender melhor a condição e a lidar de maneira mais eficaz com as demandas do cuidado.
- Aquisição de Habilidades Práticas: Ensinar aos cuidadores habilidades práticas para lidar com situações específicas relacionadas à demência, como gerenciar comportamentos desafiadores, melhorar a comunicação com o paciente e proporcionar um ambiente seguro em casa.
- Redução de Sintomas Depressivos: o objetivo principal dessa intervenção parece ter sido a redução dos sintomas depressivos entre os cuidadores. O suporte emocional, a compreensão da doença e o desenvolvimento de habilidades práticas podem contribuir significativamente para aliviar o estresse e a depressão associados ao cuidado de pessoas com demência.

As intervenções psicoeducacionais desempenham um papel crucial no apoio aos cuidadores familiares, ajudando-os a enfrentar os desafios que surgem ao cuidar de pessoas com demência. Essas intervenções podem melhorar a qualidade de vida tanto dos cuidadores quanto dos pacientes e contribuir para um ambiente de cuidado mais positivo e eficaz.

Cabem aos profissionais de saúde transmitir aos familiares e cuidadores informais orientações e esclarecimentos, esta atitude trará conforto e tranquilidade para aquele que receberá ajuda, pois se sentirá seguro e, quanto maior o grau de empatia, melhor será a resposta de um paciente com sequelas neurológicas. O cuidador é a âncora do idoso e, assim, sua segurança e sua tranquilidade irão depender da compreensão que o cuidador lhe transmite mediante suas necessidades.^{19,20}

5.2 Doença de Alzheimer e a Humanização do Cuidado para o Idoso

Com avanços na área de saúde e tecnologias, vários meios de intervenções vêm sendo propostos para que os idosos com a Doença de Alzheimer e seus cuidadores tenham melhor qualidade de vida. Essa patologia irreversível compromete o sistema nervoso central, causando a destruição progressiva dos neurônios, resultando em danos cognitivos, comportamentais e motores.¹⁵

Existem duas classes principais de medicamentos para o tratamento da DA, uma delas é representada pelos anticolinesterásicos, que atuam na amplificação do sinal no cérebro. A outra classe é representada por um antagonista dependente de voltagem dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), que ajuda a diminuir o ruído de fundo. Essas classes de medicamentos podem ser usadas isoladamente ou em combinação. Além da abordagem farmacológica, o tratamento da DA envolve intervenções biopsicossociais para pacientes e seus familiares. Embora os medicamentos possam retardar a progressão da doença, não oferecem uma cura definitiva, e a qualidade de vida do paciente pode ser melhorada por meio de apoio de profissionais da saúde e cuidados adequados.¹⁶

Ainda sobre a Doença de Alzheimer:

A DA não é um processo natural do envelhecimento, mas um transtorno mental caracterizado por uma atrofia cerebral, que apresenta configuração cerebral com sulcos corticais mais largos e ventrículos cerebrais maiores do que o esperado pelo processo normal de envelhecimento, demonstrado a partir de Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM). O exame macroscópico do cérebro na DA revela atrofia mais proeminente nas regiões frontais, temporais e parietais; afetando, sobretudo as áreas corticais associativas. É possível também visualizar alterações histopatológicas com o exame microscópico, que podem incluir perda neuronal e degeneração sináptica intensa, principalmente nas camadas piramidais do córtex cerebral, estruturas límbicas e os córtices associativos; com relativa preservação das áreas corticais primárias (motora, somatosensitiva e visual). O exame microscópico aponta para a presença de lesões principais como placas senis e emaranhados neurofibrilares, degeneração do grânulo vascular, glicose astrocítica e angiopatia amilóide. A presença de corpúsculos de Lewy nos neurônios corticais

ocorre ocasionalmente na doença.¹⁶

O conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como "um estado completo de bem-estar físico, mental e social do ser humano" é conhecido como o modelo biopsicossocial de saúde. Esse modelo reconhece que a saúde não se limita apenas à ausência de doença, como muitas vezes é percebida no senso comum, mas é um estado holístico que abrange diversas dimensões do bem-estar humano.²¹ O modelo biopsicossocial enfatiza a interconexão entre três dimensões principais da saúde. Refere-se ao estado físico do corpo, incluindo a ausência de doenças, a função orgânica e a saúde geral do corpo. Envolve o bem-estar mental, abrangendo aspectos como o estado emocional, a resiliência, a capacidade de lidar com o estresse e a saúde mental. Considera a influência do ambiente social, incluindo fatores como relacionamentos interpessoais, apoio social, contexto cultural, econômico e político na saúde das pessoas.²¹ Essa abordagem mais abrangente tem implicações importantes para a promoção da saúde e o cuidado médico, enfatizando a importância de considerar o contexto em que as pessoas vivem para alcançar um estado de bem-estar verdadeiro.²¹

Há a necessidade de ouvir os idosos, respeitar os saberes, proporcionar-lhes orientações quanto à alimentação, favorecer a autonomia e a autoestima, contribuindo para a capacidade de desenvolver as atividades diárias e estimulando-os a se inserirem no contexto familiar, refletindo no seu espaço social.²²

Cada indivíduo envelhece de maneira única e tem suas próprias demandas, desejos e valores. Ouvir os idosos é uma maneira de reconhecer e honrar suas perspectivas e contribuições. A nutrição desempenha um papel crucial na saúde e no bem-estar dos idosos. Fornecer orientações sobre alimentação adequada é importante para garantir que eles recebam os nutrientes necessários para manter sua saúde física e mental. Manter a autonomia e a autoestima dos idosos é essencial para sua qualidade de vida. Isso significa dar-lhes a oportunidade de fazer escolhas, realizar atividades do dia a dia e manter uma sensação de controle sobre suas vidas. Idosos devem ser estimulados a se envolverem nas atividades familiares e sociais.²³

A inclusão social é importante para combater o isolamento social, promover o bem-estar emocional e garantir que os idosos sintam que ainda são membros ativos da comunidade.²²

Os profissionais de saúde e cuidadores devem desenvolver planos de intervenção personalizados para cada idoso, levando em consideração suas necessidades específicas,

metas e condições de saúde. Isso pode incluir estratégias para manter a capacidade funcional e promover um envelhecimento ativo. O objetivo principal do cuidado aos idosos deve ser melhorar sua qualidade de vida. Isso envolve não apenas tratar doenças ou problemas de saúde, mas também considerar aspectos emocionais, sociais e psicológicos que afetam o bem-estar geral. Promover o envelhecimento ativo significa incentivar os idosos a se manterem ativos física e mentalmente. Isso pode incluir a prática de exercícios, o engajamento em atividades intelectualmente estimulantes e a participação em grupos sociais.²²

O cuidado e o apoio aos idosos devem ser holísticos, considerando não apenas as demandas físicas, mas também as emocionais e sociais. O respeito pela individualidade e pela autonomia dos idosos é fundamental, assim como o desenvolvimento de planos de cuidados personalizados que visem à promoção de um envelhecimento saudável e ativo, mantendo a qualidade de vida e a capacidade funcional, com olhar integral e humanizado.

5.3 A Fisioterapia e os Cuidados com o Paciente com DA

A fisioterapia como abordagem fundamental no cuidado do paciente com DA, deve acontecer regularmente e pode causar um atraso no processo demencial, ajuda na diminuição do déficit de equilíbrio causado pela DA, diminuindo a queda de idosos.²³ Em acordo, pesquisadores trazem que a fisioterapia no âmbito íncrito, forma forças, tentando por meio específico atrasar o processo da doença, trabalhando com atos que venham blindar atividades motoras, evitar encurtamentos e deformidades, incentivar a independência do paciente, além de oferecer juntamente com outros profissionais da saúde, orientações e esclarecimentos à família.²⁴

Métodos de estimulação cognitiva, de orientação para realidade e de treino de habilidades específicas são recomendadas pois, são eficazes no tratamento cognitivo de pacientes com DA leve a moderada e programas individualizados de exercício físico, são benéficos para a funcionalidade de pessoas com DA leve a moderada.²⁵

Conforme destaca Barnes, o exercício físico regular, com fisioterapeuta, é protetor para doenças cardiovasculares e o aumento da aptidão cardiorrespiratória promovido pela exercício, está associado ao menor risco de desenvolver demência.²⁶ Segundo Cotman e Engesser-Cesar, o exercício físico também proporciona proteção dos mecanismos cerebrais diminuindo os riscos de perdas cognitivas.²⁷ Porém, Eggermont e colaboradores ressaltam em seu estudo que pacientes com Doença de Alzheimer devem

ser cuidadosamente avaliados antes de começarem um programa de exercícios, para prevenir complicações cardiovasculares que podem prejudicar o indivíduo.²⁸ Assim, fica claro que a abordagem deve ser feita por um fisioterapeuta, de forma individual e integral.

Estudos acreditam que a perda de autonomia não é causada exclusivamente pela doença, mas por bradicinesia e sedentarismo. Melhorar a autonomia física e funcional reduz o risco da tríade, queda-fratura-dependência.²³ 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.²³

A fisioterapia desempenha um papel importante no manejo e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com a doença de Alzheimer (DA). Embora a fisioterapia não seja capaz de reverter os efeitos da doença, ela pode desempenhar um papel significativo na atenuação de vários sintomas e na promoção do bem-estar geral dos pacientes com DA. Aqui estão alguns aspectos importantes da fisioterapia no contexto da doença de Alzheimer.

A fisioterapia ajuda a manter e melhorar a mobilidade física dos pacientes, que tendem a sofrer com a perda de habilidades motoras à medida que a doença progride. Isso inclui a prevenção de contraturas musculares, rigidez e perda de força muscular. Os fisioterapeutas podem realizar avaliações de equilíbrio, exercícios e treinamento de marcha para melhorar a estabilidade e a coordenação.

Pode incluir atividades que envolvem estimulação cognitiva, como jogos e exercícios que desafiam a memória e a atenção dos pacientes. Pode ajudar a reduzir a agitação e o desconforto, melhorando o bem-estar geral dos pacientes com DA. Isso pode incluir técnicas de relaxamento, terapia manual e outras abordagens para promover o conforto.³⁹

A terapia em grupo e as atividades fisioterapêuticas podem promover a interação social, reduzindo o isolamento e melhorando o estado emocional dos pacientes com DA. Isso pode incluir técnicas de transferência segura e estratégias para a promoção da independência do paciente.³⁹

É importante notar que o tratamento fisioterapêutico deve ser adaptado às necessidades individuais de cada paciente com DA, levando em consideração o estágio da doença, os sintomas específicos e as metas de tratamento. A fisioterapia é frequentemente uma parte integrante de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento da doença de Alzheimer, que pode incluir também a participação de médicos,

terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros profissionais de saúde.

Embora a literatura apresente estudos sobre idosos com Alzheimer e sobre as condutas fisioterapêuticas, há ainda necessidade de explorar melhor o perfil biopsicossocial como um todo que envolve o paciente, principalmente na atualidade, para oferecer ao mesmo melhores condições, assim como para a família ou cuidador.

Com relação aos efeitos sobre os cuidadores decorrentes de pacientes com a Doença de Alzheimer, observou-se que, todas as formas da doença podem ter efeitos negativos não só sobre os pacientes, mas também sobre os familiares e cuidadores.³⁰

A sobrecarga emocional vivenciada pela família ou cuidador pode interferir no cuidado dedicado ao paciente, sendo considerada fator preditor de maior número de hospitalizações entre os pacientes. Essa chamada sobrecarga do cuidador trata-se de uma resposta multidimensional aos fatores (físico, psicológicos, sociais e financeiros) geradores de estresse associados à experiência de cuidar de idosos doentes.³⁰

No entanto, alguns estudos referem que para alguns cuidadores, a experiência de cuidar também é fonte de satisfação e de experiências positivas, podendo até fortalecer relações.³¹

Desta forma, o cuidador, além de sua preocupação e cuidados com o familiar doente esteja atento em cuidar de si também, buscando meios para enfrentar adequadamente a doença, aprendendo a lidar com as dificuldades naturais de uma pessoa que deve merecer seus cuidados em tempo integral e a não se deixar abater pela alteração cognitiva do indivíduo. O cuidador deve solicitar, sempre que possível, ajuda, reconhecimento e compreensão de outros familiares, pois cotidianamente, o cuidador é testado em sua capacidade de dedicação, responsabilidade, paciência e à adaptação à sua nova realidade.³²

Ainda, grupos de autoajuda, atividades educativas, treinamento para o cuidado, sessões de psicoterapia são importantes abordagens terapêuticas para trabalhar a ansiedade, tirar dúvidas de familiares e cuidadores. Essas intervenções ajudam a reduzir o estresse emocional, além de preparar e capacitar para o cuidado.³¹

5.4 A Fisioterapia e a Relação com os Cuidadores Familiares

A fisioterapia desempenha um papel importante na relação com os cuidadores familiares, especialmente quando se trata do cuidado de pacientes com condições de saúde crônicas, limitações funcionais ou deficiências físicas. Nesse contexto, a

fisioterapia não apenas é benéfica para o paciente, mas também oferece suporte aos cuidadores familiares.³¹

Os fisioterapeutas realizam avaliações detalhadas das condições de saúde e funcionais dos pacientes. Eles trabalham em colaboração com cuidadores familiares para entender as necessidades específicas do paciente e desenvolver planos de tratamento personalizados. Podem oferecer treinamento aos cuidadores familiares para auxiliá-los na prestação de cuidados em casa. Isso pode incluir técnicas de mobilidade, exercícios terapêuticos, uso de dispositivos de auxílio, prevenção de lesões e cuidados com a postura do paciente.³⁶ A fisioterapia pode ajudar os pacientes a melhorar sua mobilidade, força e função física. Isso não apenas beneficia o paciente, mas também alivia a carga dos cuidadores familiares, tornando o cuidado mais eficaz e reduzindo o risco de lesões relacionadas ao cuidado. Oferecem apoio emocional e educacional aos cuidadores familiares, podem ajudar a lidar com o estresse, a fadiga e as demandas emocionais do cuidado, além de fornecer informações sobre a condição do paciente e o que esperar.³⁶

Os fisioterapeutas podem recomendar modificações no ambiente doméstico para torná-lo mais seguro e acessível ao paciente. Isso pode incluir a instalação de barras de apoio, a eliminação de obstáculos e a adaptação de móveis. Para pacientes com lesões ou condições que causam dor crônica, a fisioterapia desempenha um papel importante na reabilitação e na gestão da dor, isso pode aliviar o sofrimento do paciente e melhorar sua qualidade de vida, beneficiando também os cuidadores.³⁶

A fisioterapia desempenha um papel integral na promoção da independência, na melhoria da qualidade de vida e na redução da sobrecarga para os cuidadores familiares. É importante que cuidadores familiares se envolvam ativamente na colaboração com fisioterapeutas e outros profissionais de saúde para garantir o melhor cuidado possível para seus entes queridos.³⁶

5.5 A CIF como Instrumento Biopsicossocial Utilizado pela Fisioterapia e Facilitador no Cuidado do Paciente com DA

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) leva em consideração o aspecto e a importância de um problema de saúde permitindo apresentar características sobre o indivíduo a respeito do meio físico e social. Tem como objetivo descrever de forma simples e padronizada o estado de funcionalidade e incapacidade como um componente de saúde, além de mostrar as dificuldades que se

encontra em seu ambiente.³³ Neste contexto, o idoso com doença crônica não transmissível deve ser observado com olhar ampliado e visto como um todo, sobre sua funcionalidade e qualidade de vida, na busca da promoção e prevenção na condição de saúde, com isso o uso da CIF é de grande relevância clínica.

A CIF é utilizada como um modelo biopsicossocial que pode tornar mais clara a informação em saúde do idoso com a percepção de que o mesmo diagnóstico pode apresentar limitações funcionais diferentes e esta perspectiva integra todos os fatores que têm impacto na saúde e funcionalidade do idoso.³⁴

Com intuito de contribuir com a consolidação da CIF no Brasil e considerando a Resolução nº 5.421/2001 da OMS, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)³⁸, por meio da Resolução nº 370, de 06 de novembro de 2009, dispõe:

A adoção da CIF por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais no âmbito de suas respectivas competências institucionais, utilizando-a como ferramenta clínica, de pesquisa, de políticas sociais e pedagógicas, endossando o modelo biopsicossocial para a área. No que se refere à Fisioterapia e seus modelos norteadores, observa-se ainda um predomínio da concepção biomédica de saúde na prática clínica e um descompasso em relação à produção científica que já reflete as iniciativas de análise e aplicação do modelo biopsicossocial, e a formação profissional praticada nos cursos de graduação.³⁸

É importante que os currículos de graduação e pós-graduação incluam a formação adequada sobre a CIF e a abordagem biopsicossocial, para preparar os futuros profissionais para uma prática mais abrangente.

A CIF também pode ser usada para acompanhar o progresso da pessoa que recebe cuidados ao longo do tempo, ajudando o cuidador a adaptar o plano de cuidados conforme necessário. A CIF fornece uma linguagem comum para descrever a funcionalidade e a saúde, facilitando a comunicação entre cuidadores, profissionais de saúde e outros membros da equipe de cuidados.

É importante observar que o uso da CIF geralmente envolve profissionais de saúde, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos, que têm treinamento para realizar avaliações detalhadas usando essa classificação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado da Doença de Alzheimer deve considerar não apenas os aspectos médicos e físicos, mas também os aspectos psicológicos e sociais do paciente. Essa

abordagem biopsicossocial compreende a complexidade da doença e seus impactos na vida do paciente e dos cuidadores.

A doença de Alzheimer é uma condição que afeta não apenas o paciente, mas também sua família e cuidadores. Uma abordagem holística e suporte adequado são essenciais para melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos. A fisioterapia é um componente importante de uma abordagem holística ao tratamento da doença de Alzheimer, com o tratamento adequado, os pacientes com Alzheimer podem manter sua independência e qualidade de vida por mais tempo, ainda, o profissional com um olhar integral, utilizando estratégias fisioterapêuticas.

A CIF pode ser uma ferramenta valiosa para classificar e descrever o estado de saúde e funcionalidade dos pacientes com Alzheimer, levando em consideração não apenas os aspectos físicos, mas também os fatores psicossociais que influenciam sua qualidade de vida. O respeito pela autonomia e individualidade dos idosos é fundamental. Os planos de cuidados personalizados devem ser desenvolvidos com a participação ativa do paciente, quando possível, e com foco na promoção de um envelhecimento saudável e ativo.

Cuidadores familiares muitas vezes enfrentam desafios significativos devido ao estresse e às demandas do cuidado de um paciente com Alzheimer. É importante reconhecer os impactos na saúde dos cuidadores e oferecer apoio adequado, incluindo assistência profissional, grupos de apoio e orientação. E os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na comunicação com os familiares e cuidadores. A empatia e a compreensão são essenciais para construir relacionamentos de confiança e transmitir informações de maneira confortável e tranquilizadora.

Assim, embora seja um tema de significativa relevância, observou-se que há uma escassez de evidências científicas quanto a temática proposta.

REFERÊNCIAS

1. Smith MAC. Doença de Alzheimer. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 21, supl. 2, p. 03-07, out. 1999. [Acesso em 10 março de 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/DbpBDqKVTnsfyF3HHTDCkNN/?lang=pt&format=pdf>
2. Zidan M, Arcoverde C, Araújo NB, Vasques P, Rios A, Laks J, Deslandes A. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 39, n. 5, 2012. [Acesso em 15 de março].

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rpc/a/qJgc5cdK6PCXfKgSM9dFrMk/?lang=pt>.

3. Martelli A. Alterações Cerebrais e os Efeitos do Exercício Físico no Melhoramento Cognitivo dos Portadores da Doença de Alzheimer. *Revista saúde e desenvolvimento humano*, v. 1, n. 1, p. 49- 60, 2013. [Acesso em 20 de março]. Disponível em:
https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/1021/824
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e a Saúde [Internet]. Genebra; 2015 [Acesso em em 01 de abril de 2023]. Disponível em espanhol em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf .
5. Burlá *et al.* Panorama perspectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciências e saúde coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013. [Acesso em 05 de abril 2023]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/fk95KPXWb6JjDz3PVM7V7Bj/>
6. Vidoni ED, Perales J, Alshehri M, Giles AM, Siengsukon CF, Burns JM. Aerobic Exercise Sustains Performance of Instrumental Activities of Daily Living in Early-Stage Alzheimer Disease. *J Geriatr Phys Ther*, v. 42, n. 3, p. E129-E134, jul/set., 2019. [Acesso em 12 de abril 2023]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6023779/>
7. Lima, P.V; Valença, T.D.C; Reis, La. Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento. *Rev Pesq Saúde*.v. 17 n. 2 p. 96-101. 2016. [Acesso em 14 de abril de 2023. Disponível em:
<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6082>
8. IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. 2020. [Acesso em 25 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>
9. Garces et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 335-352, 2012. [Acesso em 28 de abril 2023]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/phpBCmSqtj6gpdK5d84Mjmq/abstract/?lang=pt>
10. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Artigo 230. [Acesso em 28 de abril 2023] Disponível em:
<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10643796/artigo-230-da-constituicao-federal-de-1988#:~:text=FEDERATIVA%20DO%20BRASIL.-,Art.,executados%20preferencialmente%20em%20seus%20lares.>
11. Lima, L. D. de, Marques, J. C. Relações interpessoais em famílias com portador da doença de Alzheimer. *Psico, Porto Alegre, Pucrs*, v. 38, n. 2, pp. 157-165, maio/ago. 2007. [Acesso em 15 de maio 2023]. Disponível em:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5161380.pdf>

12. Silva M. Quem vai cuidar dos nossos pais? Rio de Janeiro: Record; 2006.
13. Marques AKMC, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RB. Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciência saúde coletiva* 16 (suppl 1), 2011. [Acesso em 16 de maio 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700026>
- 14 Bremenkamp MG, Rodrigues LR, Lage RR, Santos Cabral HW, Morelato RL, Laks J.. Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, 2014; 17(4):763-773. [Acesso em 18 de maio 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/pdqzQqJ3mKwqVydGyMyCrYd/?format=pdf&lang=pt>
15. Poltroniere S, Cecchetto FH, Souza EN. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? *Rev Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):270-8. [Acesso em 17 de maio 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/3cYxYjqCSTd7dBDmT8P58cJ/?format=pdf&lang=pt>
16. Gonçalves EG, Carmo JS. Diagnóstico da doença de Alzheimer na população brasileira: um levantamento bibliográfico. *Rev. Psicologia Saúde [Internet]*. 2012 Dez ; 4(2): 170-176. [Acesso em 17 de maio 2023]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200010&lng=pt.
17. Leite CD, Menezes TLM, Lyra EVV, Araújo CMT. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. *J. bras. psiquiatr.* Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 48-56, 2014. [Acesso em 17 de maio 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-709781>
18. Santos RL, Barroso de Sousa MF, Arcoverde C, Nascimento Dourado MC. Efficacy of a psychoeducational group with caregivers of patients with dementia. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 162-164, 2013. [Acesso em 21 de maio 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/pgGn8LnQvLcX9Y4JBLbSrDv/?lang=en>
19. Caldas, CP. O autocuidado na velhice. In: Freitas, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
20. Smeltzer SC, Bare BG. *Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
21. Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. [Acesso em 21 de maio 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>
22. Rinaldi FC, Campos MEC, Lima S da S, Sodré FSS. O papel da enfermagem e sua

- contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* v. 04, n. 2, Ano 2013 p. 454-66. [Acesso em 22 de maio 2023]. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/262/250/531>
23. Santos Leal, M., Junior, NC, Vale, FA. Atuação da fisioterapia no comprometimento do equilíbrio em idosos com Alzheimer. *Revista da Universidade Ibirapuera* Jul/Dez, (14), 27-31. 2017 [Acesso em 22 de maio 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-709781>
 24. Medeiros, I.M.P.J., Securella, F.F., Santos, RCS., Silva, KMR. A influência da fisioterapia na cognição de idosos com doença de Alzheimer. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, 12(29), 15- 21. 2016 [Acesso em 25 de maio 2023]. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/686>
 25. Vale FAC do, Corrêa Neto Y, Bertolucci PHF, Machado JCB, Silva DJ da, Allam N, Balthazar MLF. Tratamento da Doença de Alzheimer. *Dement Neuropsychol* 2011 June; 5 (Suppl. 1) p. 34-48. [Acesso em 26 de maio 2023]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3395/339529025005.pdf>
 26. Barnes J, Dickerson BC, Frost C, Jiskoot LC, Wolk D, van der Flier WM. Alzheimer's disease first symptoms are age dependent: Evidence from the NACC dataset. *Alzheimer's e dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, v. 11, n. 11, p. 1349-57, 2015. [Acesso em 03 de junho 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4619185/>.
 27. Cotman C.W, Engesser-Cesar C. Exercise enhances and protects brain function. *Exerc Sport Sci Rev*. 2002 Apr;30(2):75-9. doi: 10.1097/00003677-200204000-00006. PMID: 11991541. [Acesso em 05 de junho 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11991541/>
 28. Noreña AJ, Eggermont JJ. Enriched acoustic environment after noise trauma reduces hearing loss and prevents cortical map reorganization. *J Neurosci*. 2005 Jan 19;25(3):699-705. [Acesso em 20 de junho 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15659607>.
 29. Ribeiro R. Alzheimer – Que doença é esta? *Revista Espaço Acadêmico*, 2008 [Acesso em 23 de junho 2023]; Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/091/91ribeiro.pdf>.
 30. Lemos, ND. Gazzola, JM. Ramos, LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saude soc*. 15 (3), dez 2006. [Acesso em 25 de junho 2023]. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hkJsJRH94ZmgQnsHjzWby9c/abstract/?lang=pt>.
 31. Jalbert JJ, Daiello LA, Lapane KL. Dementia of the Alzheimer type. *Epidemiol Rev*. 2008; 30:15-34. doi: 10.1093/epirev/mxn008. Epub 2008 Jul 16. PMID: 18635578. [Acesso em 01 de julho 2023]. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/51410045_Dementia_of_the_Alzheimer_Type

32. Karsch, U.M. Idosos dependentes: família e cuidadores. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.861-866, mai./jun. 2003. [Acesso em 21 de julho 2023]. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/Jdb3Rrs9GTJ8tQBTLJYCTxx/abstract/?lang=pt>
33. Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Fréz AR. Guerra ROPanorama e perfil da utilização da CIF no Brasil – uma década de história. Rev Bras Fisioterapia v.16 n. 6 São Carlos 2012. [Acesso em 28 de julho 2023]. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/rSnDBDxX88MkgXJtVGpPYXL/abstract/?lang=pt>
34. Campos TF, Rodrigues CA, Farias IMA, Ribeiro TS, Melo LP. Comparison of instruments for sleep, cognition, and function evaluation in stroke patients according to the international classification of functioning, disability, and health (ICF). Rev Bras Fisioter 2012;16(1):23-9. [Acesso em 01 de agosto 2023]. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/RZzHsz7SC9PzwDdy5jWSQBf/?lang=en>
35. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciência saúde coletiva [Internet]. 2010;15(Suppl 1):1627-1636 [Acesso em 10 de agosto 2023]. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/PC76jP6HVQ6rYN7VgJ7z59g/>
36. Freitas ICC, Paula KCC, Soares JL. Parente ACMConvivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. Rev Bras Enferm, Brasília, jul-ago; 61(4): 508-13, 2008. [Acesso em 07 de outubro 2023]. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/mttPYPcMCkZxTq4HDxRD6Hn/?format=pdf&lang=pt>.
37. Hartmut G. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? Psicologia: Teoria e Pesquisa. Mai-Ago;22(2):201-210,2006. [Acesso em 07 de outubro 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/HMpC4d5cbXsdt6RqbrmZk3J/>.
38. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução N° 370/2009. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3133>. Acesso em: 07 de outubro de 2023.
39. Cordeiro, Thaisy Thuany Patricio et al. Fisioterapia na doença de Alzheimer: uma revisão integrativa. In: Anais III Conbracis. Campina Grande: Realize Editora, 2018. [Acesso em 03 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/41089> .

