

Intervenções Fisioterapêuticas no Paciente com Doença de Alzheimer

Physiotherapeutic Interventions in Patients With Alzheimer's
Disease

Fisioterapia na Doença de Alzheimer.

Daniele de Faria Figueiredo Gonçalves¹, Juliete Valentin de Souza Lima²

(RA: N791098)

Nome: Juliete Valentin de Souza Lima

Endereço: Rua Dora, 499 - Parque dos Camargos – Barueri

CEP: 06436-210

Telefone: (11) 99924-3793

E-mail: juliete.lima1@aluno.unip.br

- 1- Mestre em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP);
Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Paulista (UNIP);
- 2- Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Paulista (UNIP).

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Universidade Paulista
Curso de Fisioterapia- Campus Paraíso
2025

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO TÉCNICO-CIENTÍFICO
INTERDISCIPLINAR**

NOME	RA	REGIME	CAMPUS
Juliete Valentin de Souza Lima	N79109	Regular	Paraíso

Orientador: Daniele de Faria Figueiredo Gonçalves

Título do trabalho: Intervenções Fisioterapêuticas no Paciente com Doença de Alzheimer

Tipo de trabalho: (x) REVISÃO () PESQUISA DE CAMPO

Tipo de apresentação: (x) BANNER () TEMA LIVRE

	Nota Orientador	Nota Apresentação	Nota PTCI	Nota Final
Banner	9,0 <i>Daniele</i>	10,0	9,0	9,3

*Dr. Daniele F. F. Gonçalves
CRÉFITO - 3/43521-F
Fisioterapeuta
UNIP - Campus Norte*

*Dr. Vinicius Tassoni Civile
Fisioterapeuta
CRÉFITO - 3/7751-F*

	Nota Orientador	Média Apresentação	Nota PTCI	Nota Final
Tema Livre				

Coordenação do Curso de Fisioterapia

RESUMO

Este estudo analisou as intervenções fisioterapêuticas aplicadas em pacientes com Doença de Alzheimer, procurando identificar seus efeitos sobre a funcionalidade, cognição e qualidade de vida. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, através das bases de dados Cochrane Library (CENTRAL), LILACS, PEDro e PubMed, considerando publicações entre 2015 e 2025. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados e controlados que tratavam do tema proposto. A amostra final foi composta por 12 estudos que investigaram diferentes abordagens, como exercícios aeróbicos, multicomponentes, RPG e terapias complementares como Shiatsu. Em geral, as intervenções analisadas demonstraram benefícios na funcionalidade, cognição, humor e qualidade de vida dos pacientes, ressaltando que a fisioterapia contribuiu para o manuseio não farmacológico da doença. Apesar da heterogeneidade dos protocolos, os resultados reforçam a relevância das práticas fisioterapêuticas na manutenção da autonomia e bem-estar de pessoas com Alzheimer. Concluiu-se que a fisioterapia compõe um método eficaz que auxilia na preservação das capacidades funcionais e cognitivas, promovendo melhor qualidade de vida nos indivíduos acometidos pela doença.

Descritores: Doença de Alzheimer; Fisioterapia; Modalidades Fisioterapêuticas.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the physiotherapeutic approaches applied to patients with Alzheimer's disease, seeking to understand their effects on functionality, cognition, and quality of life. A narrative literature review was conducted using the Cochrane Library (CENTRAL), LILACS, PEDro, and PubMed databases, considering publications from 2015 to 2025. Randomized and controlled clinical trials addressing physiotherapeutic interventions in individuals diagnosed with Alzheimer's disease were selected. In total, twelve studies were included, investigating different types of interventions such as aerobic exercise, multicomponent training, Global Postural Reeducation, balance training, and complementary therapies such as Shiatsu. Overall, the studies showed that physiotherapeutic interventions contributed to improvements in functionality, cognition, mood, and quality of life, reinforcing the essential role of physiotherapy in the non-pharmacological management of the disease. Despite variations between protocols and the short duration of some interventions, the evidence indicated that physiotherapy helped preserve functional and cognitive abilities, promoting autonomy and overall well-being in individuals with Alzheimer's disease.

Descriptors: Alzheimer Disease; Physical Therapy Services; Physical Therapy Modalities.

INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é a doença neurodegenerativa mais comum¹ e é a causa mais recorrente de demência,² sendo responsável por 50%-75% dos casos,³ além de ser uma das principais causas de dependência, incapacidade e mortalidade.⁴ Além disso, a DA é uma condição que afeta principalmente adultos mais velhos,⁵ e calcula-se que, aproximadamente, 1 em cada 3 adultos com mais de 65 anos são afetados pela prevalência de deficiência cognitiva leve e demência⁶. Com isso, estima-se que até 2050 a população com casos de demência duplique devido ao aumento da população idosa.^{3,4,6,7}

Sua característica fisiopatológica é marcada pelo acúmulo de peptídeo beta-amiloide e emaranhados neurofibrilares no cérebro,⁸ gerando uma lesão complexa e progressiva do córtex cerebral¹ e dando ao indivíduo portador de DA uma condição neurodegenerativa debilitante.² Esse distúrbio neurodegenerativo, em avanço, se apresenta por meio de comprometimentos na cognição, memória, capacidade de julgamento, raciocínio, orientação, entendimento e habilidades motoras.⁹

Desta forma, por ser uma doença progressiva, a DA é classificada em sete estágios que variam de acordo com a evolução da doença, e a Escala de Deterioração Global é o sistema de classificação mais utilizado mundialmente.¹⁰

Em vista disso, os sintomas da doença pioram de acordo com a evolução dos estágios de forma lenta e contínua.¹¹ Portanto o paciente irá apresentar diversos sintomas ao decorrer da doença, podendo se apresentar incapaz de se lembrar de informações sobre si mesmo, mudanças de personalidade e humor, agressividade, dificuldades de comunicação, de se alimentar, de realizar tarefas cotidianas, de coordenar movimentos, apresentar recusa para realizar atividades como tomar banho e deficiência motora progressiva podendo levá-lo a restrição ao leito e mutismo em sua fase terminal.^{11,12}

Além disso, sabe-se que, atualmente, a DA não possui medicamentos capazes de mudar ou impedir o percurso da doença,¹³ sendo necessário a busca

de formas alternativas para dar ao indivíduo uma boa qualidade de vida e dignidade.¹⁴ Desta forma, a fisioterapia contribui para o manejo não farmacológico da doença, colaborando para a manutenção da funcionalidade, prevenindo complicações e promovendo o bem-estar.¹⁵

A prática de atividade física atua como intervenção eficiente em doenças neurodegenerativas, ajudando a reduzir ou retardar seu avanço.¹⁶ Estudos clínicos demonstram que exercícios promovem benefícios tanto na função cognitiva quanto na capacidade funcional de pacientes com Doença de Alzheimer.¹⁷

Além disso, vale destacar que a fisioterapia é indicada principalmente em casos de pacientes que possuem alterações de marcha, equilíbrio e força muscular,¹³ mas também pode estar presente de outras formas, trabalhando, por exemplo, na melhora da dor.¹⁸

Com isso, o objetivo desse trabalho foi analisar as condutas fisioterapêuticas aplicadas em pacientes com doença de Alzheimer, avaliando seus efeitos na funcionalidade, cognição e qualidade de vida e discutir a importância dessas intervenções como complemento ao manejo clínico e cuidado integral do paciente.

MÉTODO

Este trabalho refere-se a um estudo de revisão narrativa onde foi utilizada as seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, LILACS, PEDRO e Central (Cochrane Library). Desta forma, foi elaborada estratégias de busca utilizando os seguintes descritores em português: doença de Alzheimer, modalidades fisioterapêuticas e fisioterapia; e em inglês utilizando os termos DeCS/MeSH: *Alzheimer Disease*, *Physical Therapy Modalities* e *Physical Therapy Services*.

Para essa pesquisa foram utilizados como critérios de inclusão estudos clínicos controlados e randomizado realizados em ambientes clínicos ou comunitários que abordaram o tema proposto no trabalho, publicados nos últimos dez anos (2015-2025), com população diagnosticada com doença de Alzheimer. Foram excluídos os estudos que não demonstraram relevância à pesquisa, artigos de revisão de literatura e revisões sistemáticas, população com idade < 60 anos.

Foi utilizado além da busca nas bases de dados, a plataforma Rayyan como estratégia de busca para seleção de artigos e eliminação de duplicatas.

RESULTADOS

Para levantamento de artigos, foram usados os cruzamentos *Alzheimer disease + physical therapy modalities*, *Alzheimer disease + Physical therapy services*, *doença de Alzheimer + modalidades fisioterapêuticas* e *doença de alzheimer + fisioterapia*, nas bases de dados PubMed, Lilacs e Central (Cochrane Library), e na base de dados PEDRO foram utilizados os descritores *Alzheimer disease*, *physical therapy modalities* e *physical therapy services* individualmente. Vale destacar que nas bases de dados PUBMED, Lilacs e PEDRO foram acrescentados o filtro de busca por período de 2015 à 2025 e, na PUBMED em específico, foi adicionado o filtro de disponibilidade de texto completo. A pesquisa foi realizada até 15 de outubro de 2025.

Foram colocados no Rayyan todos os artigos resultantes das bases de dados PUBMED, Lilacs e Central (912 artigos) para exclusão de duplicatas. Foram identificadas 260 duplicadas, das quais, após triagem manual, 123 foram excluídas restando 789 artigos para análise.

Após a leitura de títulos e resumos, 714 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, restando 75 artigos para análise completa. Já na base de dados PEDRO, houve um total de 92 artigos para análise, no qual 89 não atenderam os critérios de inclusão, restando 3 para análise completa. Ao fim, 12 artigos compuseram a amostra final desta revisão.

Tabela 1: Extração de dados

Autor / Ano	Tipo de estudo	Características da amostra	Tipo de intervenção fisioterapêutica	Principais variáveis analisadas	Resultados significativos
Stein et al ¹⁹ (2022)	Ensaio clínico controlado.	34 pacientes com Alzheimer. GT:18 GC: 16	GT:Treinamento aeróbico moderado em esteira, 3x/semana, 12 semanas. GC: mantiveram a rotina durante as 12 semanas.	Fatores neurotróficos (BDNF (Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro), IGF-1 (Fator de Crescimento Semelhante à Insulina tipo 1), VEGF (Fator de Crescimento Endotelial	Manutenção da função executiva no GT sem melhora significativa; sem alterações significativas nas neurotrofinas.

				Vascular); cognição	
--	--	--	--	---------------------	--

				(MEEM) aptidão aeróbica (teste de caminhada de 6 minutos)	
Yu <i>et al</i> ²⁰ (2021)	Ensaio clínico randomizado controlado.	96 pacientes com doença Alzheimer leve a moderado. GI: 64 GC: 32	GI: Exercício aeróbico supervisionado (ciclismo de intensidade moderada) por 20–50 minutos, 3x/semana, durante 6 meses. GC: alongamento de baixa intensidade.	Função cognitiva global e específicas (ADAS-Cog).	No GI e GC, o aumento da pontuação do ADAS-Cog foi menor que no esperado naturalmente, indicando que o declínio cognitivo foi mais lento. A mudança foi ligeiramente maior no GI (1,0) do que no GC (0,1), mas sem diferença estatisticamente significativa. Ambos os exercícios ajudaram a reduzir o declínio cognitivo.
Cezar <i>et al</i> ²¹ (2021)	Ensaio clínico randomizado controlado domiciliar.	35 idosos com Alzheimer leve a moderado. GI: 16 GC: 19	GI: Programa domiciliar multimodal (AD-HOMEX) com exercícios de força, equilíbrio e mobilidade, 60 minutos, 3x/semana, 16 semanas. GC: receberam ligações telefônicas quinzenais para acompanhamento.	Fragilidade (Escala FRAIL, escala de Fragilidade de Edmonton).	Melhora significativa nos scores de fragilidade nas escalas EFS e FRAIL do GI e os pacientes do GC permaneceu estável ou piorou levemente.

Todri et al ²² (2020)	Ensaio clínico randomizado em instituições de longa permanência.	90 pacientes com Alzheimer. GC: 45 GI: 45	GI: RPG com foco respiratório e postural, 3 sessões/semana, 24 semanas consecutivas. GC: permaneceram com as atividades normais (20min caminhada, atividades aeróbicas em grupo, terapias ocupacionais e artísticas.	Cognição (MEEM), depressão sintomas neuropsiquiátricos (EDG e INP), qualidade de vida (QV - DA), equilíbrio (ET), frequência respiratória (FRP/F).	No GI houve uma melhora significativa em todas as variáveis analisadas (cognição, humor, equilíbrio, distúrbios comportamentais e qualidade de vida). Já nos resultados da FRP/F não teve melhora em nenhum dos dois grupos.
Dias et al ²³ (2020)	Estudo longitudinal com	11 idosos com Alzheimer frequentadores de centro-dia, que	Protocolo de intervenção em grupo 2x semanais, 2h durante 10 semanas.	Mobilidade, alcance funcional, equilíbrio, destreza manual (TUG, Caixa e	Melhora significativa na mobilidade e alcance funcional; correlação positiva

	intervenção em grupo.	foram avaliados pré e pósintervenção.	Fase preparatória 15min (alongamentos, exercícios de mobilidade e respiratórios 3x10 repetições), fase ativa de 2h (circuito funcional -50 minutos - com estações de equilíbrio, alcance funcional, coordenação motora global e final, duplas tarefas; 3 minutos cada estação. Pausa de 10 minutos. Caminhada com dois percursos, exercícios de mobilidade, forma muscular, jogos com bolas, exercícios rítmicos e de expressão corporal por meio de danças) e fase de	Blocos, Escala de Berg e Alcance funcional em pé e sentado).	entre equilíbrio e mobilidade.
--	-----------------------	---------------------------------------	--	--	--------------------------------

			desaquecimento 10 min (exercícios de relaxamento muscular, automassagem e exercícios respiratórios).		
Todri <i>et al</i> ⁴ (2019)	Ensaio clínico randomizado controlado simples-cego	135 pacientes com Doença de Alzheimer. GC: 45 GI: 90	GI: RPG 2 sessões semanais de 30–40 min realizadas a cada 6 meses (48 sessões); GC: Exercícios convencionais residenciais	Função cognitiva (MEEM), sintomas depressivos e neuropsiquiátricos (EDG e IPN), qualidade de vida (QV-DA), autonomia funcional e equilíbrio (IB e ET).	No GI houve melhora significativa na cognição, qualidade de vida, humor, distúrbios comportamentais, autonomia e equilíbrio.

Lanza <i>et al</i> ²⁵ (2018)	Estudo randomizado controlado, simples-cego.	12 pacientes com Alzheimer e depressão. GA: 6 GC: 6	GA: Shiatsu + atividade física (exercícios aeróbicos de intensidade leve, consistindo em exercícios para equilíbrio e marcha, coordenação olhomão, coordenação segmentar, respiração e trofismo muscular, realizados por 10 meses, 3xsemana, sendo 1h30 de atividade	Estado cognitivo global (MEEM, independência funcional nas AVD's e na quantificação dos sintomas depressivos nas AIVD's (EDG).	Melhora na pontuação do MEEM, AVD e EDG no GA, mas o efeito da intervenção foi significativo apenas para a quantificação dos sintomas depressivos nas AIVD's.
---	--	---	--	--	---

			física + 40min de Shiatsu. GC: realizaram apenas a atividade física, sem Shiatsu por 10 meses, 3xsemana durante 1h30.		
Roitto <i>et al</i> ²⁶ (2018)	Análise secundária de um ensaio clínico randomizado.	179 indivíduos com doença de Alzheimer é sintomas neuropsiquiátrico. GI: GC:	GI: Sessões de 1h, 2xsemana por 1 ano supervisionados por um fisioterapeuta em casa ou na academia. Os exercícios incluíram treinamento de força, equilíbrio, resistência e multitarefa. GC: Recebeu cuidados comunitários normais.	Estado Funcional (MIF), mobilidade (SPPB), estado nutricional (MAN).	Aumento linear da taxa de quedas no GC com score dos sintomas neuropsiquiátrico. Interação entre exercício e NPI foi significativa . O exercício eliminou o aumento do risco de quedas associado a maiores sintomas neuropsiquiátricos.

Sampaio <i>et al</i> ⁷ (2016)	Estudo quase experimental não randomizado.	30 pacientes institucionizados diagnosticados com doença de Alzheimer leve ou moderado. GE: 15 GC: 15	GE: treinamento multicomponente (exercícios aeróbicos, resistência muscular, flexibilidade e posturais), em sessões de 45-55min, 2x/semana por 6 meses. GC: mantiveram a rotina normal durante o período.	Função cognitiva (MEEM), antropométrica (IMC e CC), aptidão funcional).	Houve uma melhora cognitiva no GE segundo o MEEM em comparação ao GC e melhora nos testes físicos, como se levantar da cadeira, resistência de braço, equilíbrio e flexibilidade.
Venturelli <i>et al</i> ⁸ (2016)	Ensaio clínico randomizado.	80 pacientes com Doença de Alzheimer leve a moderada e síndrome do entardecer. EA: 20 TC: 20 EA+TC: 20 NT: 20	EA: Exercício aeróbico supervisionado em cicloergômetro, 5x/semana por 3 meses; TC: treino cognitivo realizado 5x/semana; grupo combinado (EA+TC); NT: grupo controle sem intervenção.	Níveis de estresse fisiológico (cortisol salivar) sintomas comportamentais e psicológicos (NPI), desempenho cognitivo (MMSE)	Redução de aproximadamente 26% do cortisol salivar nos grupos EA e EA+TC; melhora de cerca de 50% nos scores de sintomas comportamentais nos grupos EA e EA+TC, e melhora leve sem significância estatística no grupo TC. Na função cognitiva, houve tendência de melhora discreta nos grupos EA e EA+TC, mas sem significância
					estatística; grupo CT isolado e controle não apresentaram mudanças cognitivas relevantes.

Ohman et al ⁹ (2016)	Ensaio clínico randomizado controlado multicêntrico.	210 idosos com Alzheimer e seus cuidadores. ED: 59 EG: 51 GC: 51	ED: exercícios físicos supervisionados por 1h 2x na semana durante 12 meses. EG: exercícios físicos supervisionados de 4h 2x por semana durante 12 meses. GC: cuidados habituais fornecidos pelo sistema de saúde local.	Funções cognitivas (TDR, FV, ACD, MEEM).	Melhora da função executiva apenas no grupo de ED e manutenção da função cognitiva geral; intervenção bem aceita e segura. O grupo de EG não apresentou melhora significativa em nenhuma medida cognitiva (MMSE, VF, CDR). Todos os grupos mostraram declínio leve em VF e MMSE ao longo do tempo.
Ohman et al ¹⁰ (2016)	Sub-análise de Ensaio clínico randomizado controlado.	194 pacientes com Alzheimer. <u>Estágio leve:</u> GI: 44 GC: 22 <u>Estágio moderado:</u> GI: 85 GC: 43	GI: Programa de exercícios físicos (força, equilíbrio, resistência) 2x/semana, 12 meses. GC: continuou com cuidados comunitários normais.	Funcionamento físico (MIF), número de quedas (contabilizado pelos cuidadores utilizando um calendário contínuo).	Tanto o GI e GC de pacientes em estágio leve apresentou diminuição da pontuação MIF, porém a taxa de deterioração do funcionamento físico foi mais lenta no GI. Já o GI e GC de pacientes em estágio moderado à grave apresentaram piora no funcionamento físico, não havendo diferença entre os grupos. Já na avaliação das quedas, o GI em estágio moderado a grave teve menos quedas (1,78 quedas/pessoa por ano) comparado ao GC em estágio moderado à greve (3,76 quedas/pessoa por ano).

Legenda: GC - Grupo Controle; GI - Grupo Intervenção; RPG - Reeducação Postural Global; ED - Exercícios Domiciliares; EG - Exercícios em Grupo; GT - Grupo de Treinamento; EA - Exercícios Aeróbicos; TC - Treino Cognitivo; NT - Pacientes ratados com terapia farmacológica padrão; GA – Grupo Ativo; GE – Grupo Experimental; AVD – Atividade de Vida Diária; AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária; MEEM – Mini Exame do Estado Mental; EDG – Escala de Depressão Geriátrica; MIF – Medida de Independência Funcional; SPPB – Bateria de Desempenho Físico Curta; MAN – Mini Avaliação Nutricional; CC – Circunferência da Cintura; ADAS-Cog - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer ; IPN – Inventário Neuropsiquiátrico; QVDA – Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer; IB – Índice de Barthel; ET – Escala de Tinetti; FRP/F- Frequência da Frequência Respiratória; TDR – Teste do Desenho do Relógio; FV – Fluência Verbal; ACD – Avaliação Clínica de Demência.

DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão mostram os efeitos das intervenções fisioterapêuticas em pacientes com doença de Alzheimer, trazendo um enfoque para pontos cognitivos, funcionais e de bem-estar, envolvendo Reeducação Postural Global, exercícios aeróbicos, de fortalecimento muscular, equilíbrio e Shiatsu.¹⁹⁻³⁰ Em geral, foi possível notar que a grande maioria das intervenções foi capaz de gerar melhora para os pacientes, por mais que os estudos tenham apresentado variações na intensidade, duração e tipo de intervenção.

Analisando os efeitos cognitivos obtidos, os estudos de Yu *et al* (2021), Ohman *et al* (2016)²¹, Ohman *et al* (2016)²², Sampaio *et al* (2016) e Venturelli *et al* (2016) demonstraram uma melhora significativa nos aspectos da função cognitiva. De modo semelhante, os estudos de Todri *et al* (2019) e Todri *et al* (2020) mostrou a Reeducação Postural Global trazendo efeitos positivos na cognição, sugerindo que exercícios posturais e funcionais também podem estimular as funções cognitivas dos pacientes com doença de Alzheimer. No entanto, o estudo de Stein *et al* (2022) não mostrou resultados significativos na cognição global, provavelmente devido à curta duração da intervenção ou à intensidade dos exercícios. Já estudo de Lanza *et al* (2018), apresentou os benefícios para os sintomas depressivos através da aplicação do Shiatsu, mas não avaliou mudanças cognitivas diretamente.

Em relação a capacidade funcional, Cesar *et al* (2021) mostrou que um programa com exercícios domiciliares promoveu melhorias para os pacientes no quesito de fragilidade. Já o estudo de Ohman *et al* (2016)²² mostrou que os paciente com DA em estágio leve, após o programa de exercícios físicos, tiveram uma lentificação na deterioração do funcionamento físico quando comparado ao GC e que o GI em estágio moderado à grave apresentaram piora no funcionamento físico, mas apesar disso, comparado com o GC em estágio moderado à grave, tiveram menor quantidade de quedas/pessoa por ano. Por outro lado, estudos como Venturelli *et al* (2016) e Stein *et al* (2022) focaram predominantemente em desfechos físicos, sem avaliar mudanças psicológicas, reforçando que protocolos integrativos podem ser mais eficazes para benefícios globais.

Além disso, os efeitos sobre bem-estar e sintomas neuropsiquiátricos também foram evidentes. Shiatsu e RPG foram eficazes na redução de sintomas depressivos e na melhora do bem-estar como apontaram os estudos de Lanza *et al* (2018) e Todri *et al* (2020), enquanto programas de exercícios multicomponentes também apresentaram impacto positivo no humor e na qualidade de vida, sendo estas características observadas durante as intervenções e relatadas pelos cuidadores como observado por Sampaio *et al* (2016) e Cezar *et al* (2021).

Em resumo, as evidências sugerem que as intervenções, sejam exercícios aeróbicos, multicomponentes ou RPG, assim como terapias complementares como Shiatsu, podem promover benefícios cognitivos, funcionais e psicológicos em pacientes com Alzheimer. Entretanto, o tamanho desses efeitos depende de fatores como duração, intensidade, tipo de intervenção e as características individuais dos participantes.

Vale ressaltar que, apesar dos resultados obtidos, este estudo possui pontos fortes e fracos a serem destacados. Como ponto forte, foram utilizados ensaios clínicos randomizados, que trás um maior nível de evidência às relações observadas. Por outro lado, como ponto fraco do estudo, notou-se a heterogeneidade de protocolos, dificultando a comparação direta entre os estudos e seus efeitos. Alguns estudos apresentam intervenções de curta duração (12-16 semanas), que pode não ter sido suficiente para produzir mudanças significativas sobre a cognição ou a funcionalidade ao longo do tempo.

Ainda existem lacunas na literatura sobre a fisioterapia na doença de Alzheimer, como a falta de padronização dos protocolos e até mesmo a escassez de pesquisas voltadas as intervenções nos cuidados paliativos. Esses avanços podem ajudar na consolidação da fisioterapia como uma estratégia segura, essencial e eficaz no cuidado do paciente com Doença de Alzheimer.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo examinar as condutas fisioterapêuticas aplicadas em pacientes com Doença de Alzheimer, avaliando seus efeitos na funcionalidade, cognição e qualidade de vida. A partir dos estudos analisados, notou-se que as intervenções aplicadas, principalmente os exercícios físicos, mostraram potencial para proporcionar benefícios funcionais e psicológicos, além de contribuir na cognição dos pacientes. Desta forma, é possível concluir que a fisioterapia faz parte de uma abordagem relevante no tratamento não farmacológico da Doença de Alzheimer, contribuindo na manutenção da autonomia e bem-estar geral dos indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gualtieri P, Frank G, Cianci R, Ciancarella L, Romano L, Ortoman M, et al. Exploring the efficacy and safety of nutritional supplements in Alzheimer's disease. *Nutrients*. 2025;17(5):922.
2. Spencer FSE, Elsworth RJ, Breen L, Bishop JRB, Dunleavy C, Aldred S, et al. The effect of the APOE4 genotype on physiological and cognitive health in randomised controlled trials with an exercise intervention: a systematic review and meta-analysis. *Trials*. 2025;26(1):20.
3. Li Z, Guo H, Ge Y, Li X, Dong F, Zhang F, et al. Decoding Alzheimer's disease with depression: molecular insights and therapeutic target. *J Cell Mol Med*. 2025;29(5):e70454.
4. Lane CA, Hardy J, Schott JM. Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*. 2018;25(1):59–70.
5. Pashaei E, Pashaei E, Aydin N. Biomarker identification for Alzheimer's disease using a multi-filter gene selection approach. *Int J Mol Sci*. 2025;26(5):1816.
6. Walker CS, Noriega de la Colina AE, Li L, Boulanger C, Thovinakere N, Noly-Gandon A, et al.; PREVENT-AD Research Group. Protocol for an intergenerational randomized controlled trial to enhance physical activity in older adults at risk for Alzheimer's disease. *J Prev Alzheimers Dis*. 2025;12(3):100039.
7. Scheltens P, De Strooper B, Kivipelto M, Holstege H, Chételat G, Teunissen CE, et al. Alzheimer's disease. *Lancet*. 2021;397(10284):1577–90.
8. Thal DR, Poesen K, Vandenberghe R, De Meyer S. Alzheimer's disease neuropathology and its estimation with fluid and imaging biomarkers. *Mol Neurodegener*. 2025;20(1):33.
9. De Sá Leitão CVF, Moraes BF, Leite GAPD, Duarte AG, Da Silva MVG, De Oliveira GM, et al. Twelve weeks of exercise training improves cognitive status, physical performance and quality of life in Alzheimer's disease: a systematic review and metaanalysis. *Ageing Res Rev*. 2025;104:102655.
10. Poirier J, Gauthier S. *Doença de Alzheimer: o guia completo*. 1ª ed. São Paulo: MG Editores; 2016.
11. Ministério da Saúde (BR). *Doença de Alzheimer* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 25 abr 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/a/alzheim>
12. Alzheimer's Association. *Stages of Alzheimer's* [Internet]. Chicago: Alzheimer's Association; [acesso em 25 abr 2025]. Disponível em: <https://www.alz.org/alzheimersdementia/stages>

13. Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA; 2013.
14. De Faria EA, De Araujo LF, Guzzo C, Cruz IP, Bertholde GD, Schons C, et al. Cuidados paliativos em idosos com doenças neurodegenerativas: ênfase na doença de Alzheimer. *Braz J Dev.* 2022;8(6):47448–72.
15. Paster LML. A relevância da fisioterapia neurofuncional no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma abordagem terapêutica complementar [monografia]. Ariquemes, RO: Centro Universitário Faema – UNIFAEMA; 2024. 35 p.
16. Kim MJ, Han CW, Min KY, Cho CY, Lee CW, Ogawa Y, et al. Physical exercise with multicomponent cognitive intervention for older adults with Alzheimer's disease: a 6month randomized controlled trial. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2016;6(2):222–32.
17. Liu C, Gao S, Li S. The effect of physical exercise intervention on the ability of daily living in patients with Alzheimer's dementia: a meta-analysis. *Front Aging Neurosci.* 2024;16:1391611.
18. Dain AS, Bradley EH, Hurzeler R, Aldridge MD. Massage, music, and art therapy in hospice: results of a national survey. *J Pain Symptom Manage.* 2015;49(6):1035–41.
19. Stein AM, Coelho FGM, Vital-Silva TM, Rueda AV, Pereira JR, Deslandes AC, et al. Aerobic training and circulating neurotrophins in Alzheimer's disease patients: a controlled trial. *Exp Aging Res.* 2022;48(4):385–98.
20. Yu F, Vock DM, Zhang L, Salisbury D, Nelson NW, Chow LS, Smith G, Barclay TR, Dysken M, Wyman JF. Cognitive effects of aerobic exercise in Alzheimer's disease: a pilot randomized controlled trial. *J Alzheimers Dis.* 2021;80(1):233–44.
21. Cezar NOC, Aprahamian I, Ansai JH, Oliveira MPB, Silva DCP, Gomes WL, et al. Feasibility of reducing frailty components in older adults with Alzheimer's dementia: a randomized controlled home-based exercise trial (AD-HOMEX). *Exp Gerontol.* 2021;150:111390.
22. Todri J, Todri A, Lena O. Why not a global postural reeducation as an alternative therapy applied to Alzheimer's patients in nursing homes? A pioneer randomized controlled trial. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2020;49(2):132–9. Dias CQ, Barros JAS, Graciani Z, Amato CAH, Rodrigues E, Vianna DL, et al. Protocolo de exercícios terapêuticos em grupo para pessoas com doença de Alzheimer. *Rev Pesqui Fisioter.* 2020;10(3):520–8.
23. Dias CQ, Barros JAS, Graciani Z, Amato CAH, Rodrigues E, Vianna DL, et al. Protocolo de exercícios terapêuticos em grupo para pessoas com doença de Alzheimer. *Rev Pesqui Fisioter.* 2020;10(3):520–8.
24. Todri J, Lena O, Martínez Gil JL. A single blind randomized controlled trial of global postural re-education: cognitive effects on Alzheimer disease patients. *Eur J Psychiat.* 2019;33(2):63–70.

25. Lanza G, Centonze SS, Destro G, Vella V, Bellomo M, Pennisi M, et al. Shiatsu as an adjuvant therapy for depression in patients with Alzheimer's disease: a pilot study. *Complement Ther Med*. 2018;39:160–5.
26. Raitto HM, Kautiainen H, Öhman H, Savikko N, Strandberg TE, Raivio M, et al. Relationship of neuropsychiatric symptoms with falls in Alzheimer's disease – does exercise modify the risk? *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(12):2375–80.
27. Sampaio A, Marques EA, Mota J, Carvalho J. Effects of a multicomponent exercise program in institutionalized elders with Alzheimer's disease. *Dementia*. 2019;18(2):417–31.
28. Venturelli M, Sollima A, Cè E, Limonta E, Bisconti AV, Brasioli A, et al. Effectiveness of exercise- and cognitive-based treatments on salivary cortisol levels and sundowning syndrome symptoms in patients with Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*. 2016;53(4):1631–40.
29. Ohman H, Savikko N, Strandberg TE, Kautiainen H, Raivio MM, Laakkonen ML, et al. Effects of exercise on cognition: the Finnish Alzheimer disease exercise trial: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(4):731–8.
30. Ohman H, Savikko N, Strandberg T, Kautiainen H, Raivio M, Laakkonen ML, et al. Effects of exercise on functional performance and fall rate in subjects with mild or advanced Alzheimer's disease: secondary analyses of a randomized controlled study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2016;41(4–5):233–41.