

**CLARA FERREIRA DA SILVA
MARIA LUIZA ALEXANDRE DO NASCIMENTO**

**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NOS DIFERENTES ESTÁGIOS DO ALZHEIMER
PARA MANUTENÇÃO FUNCIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (na modalidade artigo científico) apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharela em fisioterapia pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNI-RN.

Orientadora: Dra. Carla Ismirna Santos Alves

NATAL/RN

2026

RESUMO

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo identificar evidências científicas sobre a atuação da fisioterapia em pessoas com Doença de Alzheimer (DA) nos diferentes estágios da doença, destacando modalidades de intervenção, aplicações clínicas, efeitos terapêuticos e contribuições para a manutenção da funcionalidade.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre agosto de 2025 e maio de 2026, utilizando os descritores Alzheimer, exercício, fisioterapia, modalidades de fisioterapia e reabilitação, combinados pelo operador booleano AND. **Resultados:** Foram analisados 41 artigos, identificando-se diferentes abordagens fisioterapêuticas para o tratamento da DA. Os programas multimodais ou multicomponentes foram os mais frequentes, seguidos pelos exercícios aeróbicos e pelo treinamento cognitivo. Os estudos evidenciaram diversidade de instrumentos para avaliação cognitiva, funcional, comportamental, psicossocial e de força muscular. Observou-se escassez de pesquisas voltadas à fase avançada da doença, além de baixa especificidade na descrição das intervenções conforme o estágio clínico. **Conclusão:** A fisioterapia destaca-se como estratégia fundamental no manejo da DA, contribuindo para a manutenção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Os achados reforçam seu papel na promoção da neuroplasticidade e na redução do declínio funcional por meio de exercícios multimodais, protocolos de dupla tarefa e tecnologias digitais. Entretanto, a heterogeneidade metodológica e a ausência de padronização dos protocolos evidenciam a necessidade de estudos longitudinais mais robustos para fortalecer a prática clínica baseada em evidências.

Palavras-chaves: Fisioterapia; Alzheimer; Reabilitação; Exercício

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to identify scientific evidence regarding the role of physiotherapy in individuals with Alzheimer's Disease (AD) across different stages of the disease, highlighting intervention modalities, clinical applications, therapeutic effects, and contributions to the maintenance of functional capacity. **Methodology:** This is an integrative literature review with a descriptive design and qualitative approach. The search was conducted in the PubMed, SciELO, and Virtual Health Library (VHL) databases between August 2025 and May 2026, using the descriptors Alzheimer's disease, exercise, physiotherapy, physiotherapy modalities, and rehabilitation, combined with the Boolean operator AND. **Results:** A total of 41 articles were analyzed, identifying different physiotherapeutic approaches for the treatment of AD. Multimodal or multicomponent programs were the most frequently reported interventions, followed by aerobic exercise and cognitive training. The studies revealed a wide variety of instruments for cognitive, functional, behavioral, psychosocial, and muscle strength assessment. A scarcity of research focusing on the advanced stage of the disease was observed, as well as limited specificity in the description of interventions according to the clinical stage. **Conclusion:** Physiotherapy stands out as a fundamental strategy in the management of AD, contributing to the maintenance of functionality, autonomy, and quality of life. The findings reinforce its role in promoting neuroplasticity and reducing functional decline through multimodal exercises, dual-task protocols, and digital technologies. However, methodological heterogeneity and the lack of protocol standardization highlight the need for more robust longitudinal studies to strengthen evidence-based clinical practice.

Keywords: Physiotherapy; Alzheimer's; Rehabilitation; Exercise

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma condição neurodegenerativa progressiva e insidiosa, sendo a forma de demência mais prevalente no mundo. Caracteriza-se pela perda sináptica e neuronal, resultando em déficits cognitivos, funcionais e motores que comprometem significativamente a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos. Segundo a organização mundial de saúde, 35,6 milhões de pessoas são afetadas globalmente e no Brasil 1,2 milhões convivem com a doença.^{1,2,3}

Uma das teorias que explica a evolução funcional da doença é a teoria da retrogênese, segundo a qual o declínio observado na DA ocorre de forma inversa ao desenvolvimento neuropsicomotor descrito por Piaget. Assim, habilidades funcionais mais complexas são perdidas precocemente, enquanto funções mais primitivas tendem a permanecer preservadas por mais tempo.^{4,5}

A DA representa mais de 50% dos casos de demência diagnosticados, acometendo aproximadamente 10% das pessoas acima de 65 anos e até 40% dos indivíduos com mais de 80 anos. Embora não exista cura, os sintomas podem ser controlados por meio de tratamentos farmacológicos, como os inibidores da acetilcolinesterase, e não farmacológicos, incluindo exercício físico e reabilitação, que contribuem para a preservação das capacidades motoras, funcionais e cognitivas.^{6,7}

A progressão da doença compromete as dimensões física, mental e social do indivíduo, manifestando-se por alterações cognitivas e neuropsiquiátricas como a perda de memória recente, redução da fluência verbal, prejuízo das funções cognitivas, habilidades visomotoras e destreza manual. Como consequência, surgem limitações na mobilidade, no equilíbrio e na capacidade funcional.⁸

Clinicamente, a DA é subdividida em três estágios principais. O estágio leve caracteriza-se por déficits cognitivos sutis; o moderado apresenta agravamento da amnésia, agnosias, dispraxias e comprometimento das atividades da vida diária; e o estágio grave culmina em declínio motor e cognitivo acentuado, com dependência total de terceiros.^{9,10,11}

O declínio funcional ocorre de forma hierárquica, com prejuízo precoce das atividades instrumentais da vida diária e comprometimento das atividades básicas em estágios avançados. Essa perda progressiva da autonomia está associada ao aumento da dependência e da sobrecarga dos cuidadores, que assumem responsabilidades físicas, emocionais e decisórias no cuidado contínuo do indivíduo com DA.^{12,13,14,15}

Apesar dos avanços nas pesquisas sobre a doença e suas estratégias de reabilitação, ainda existem lacunas relacionadas à sistematização da atuação fisioterapêutica nos diferentes estágios da DA, especialmente quanto à definição de protocolos específicos e à avaliação da efetividade das intervenções nas fases mais avançadas. Dessa forma, torna-se relevante reunir e analisar as evidências científicas disponíveis para subsidiar a prática clínica e ampliar o conhecimento na área.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo buscar evidências científicas sobre a atuação da fisioterapia em pessoas com DA nos diferentes estágios da doença, destacando modalidades de intervenção, aplicações clínicas, efeitos terapêuticos e contribuições para a manutenção da funcionalidade dos pacientes.

2. METODOLOGIA

A pesquisa consiste em uma revisão de caráter integrativo, com abordagem qualitativa, conduzida pela pergunta norteadora: de que maneira se dá a atuação do fisioterapeuta no manejo e cuidado de pessoas com doença de Alzheimer nos diferentes estágios da doença.

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas. Na primeira, foi elaborado um instrumento para sistematizar a extração das informações dos estudos, contemplando: base de dados, título, autores, ano de publicação, objetivos, metodologia, amostra, conclusões, medidas de avaliação fisioterapêutica, intervenções utilizadas, fase da Doença de Alzheimer e atuação da fisioterapia em cada estágio, bem como suas aplicabilidades clínicas para a manutenção funcional dos pacientes (Anexo 1).

Desse modo, o processo de extração e gerenciamento dos dados seguiu um protocolo conforme descrito anteriormente. Nela, registraram-se as características gerais dos estudos selecionados (origem, título, autoria e cronologia), além do escopo metodológico (amostra, ferramentas de avaliação e desfechos). O refinamento analítico focou na conduta fisioterapêutica direcionada à Doença de Alzheimer, mapeando as modalidades de intervenção e aplicabilidade clínica conforme o estadiamento da patologia, com ênfase nas estratégias voltadas à manutenção funcional.

Na segunda etapa, realizou-se a busca nas bases de dados PubMed (National Library of Medicine), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), entre agosto de 2025 e maio de 2026. Foram utilizados os descritores baseados no DeCS: Alzheimer, exercício, fisioterapia, modalidades de fisioterapia e reabilitação, em português e inglês, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. As estratégias de busca incluíram: Fisioterapia AND Alzheimer; Alzheimer AND Exercício; Modalidades de Fisioterapia AND Alzheimer; Alzheimer AND Fisioterapia.

Na terceira etapa, foram selecionados os estudos que atendiam aos critérios de inclusão: artigos publicados entre 2016 e 2026, nos idiomas português ou inglês, disponíveis na íntegra e que abordassem especificamente a atuação fisioterapêutica em indivíduos com diagnóstico de Doença de Alzheimer. Foram excluídos estudos duplicados, teses, dissertações, revisões sistemáticas, pesquisas sem objetivos claramente descritos e estudos com intervenções multiprofissionais que não detalharam a atuação da fisioterapia.

A quarta etapa foi a análise dos artigos que foi realizada por meio de uma leitura exploratória dos estudos selecionados, a partir dos descritores utilizados nas bases de dados mencionadas anteriormente. Os estudos foram organizados em ordem decrescente de publicação, a fim de priorizar as evidências mais recentes.

Em seguida, realizou-se uma análise comparativa dos achados, com o objetivo de identificar convergências, divergências e lacunas entre os estudos selecionados. Além da análise comparativa foi descrito também através de uma

análise percentual simples as questões investigadas nesta revisão. A partir dessa análise, foi elaborada a síntese integrativa, buscando discutir os resultados

3. RESULTADOS

A busca inicial resultou em 450 artigos, dos quais 372 (82,7%) foram excluídos na primeira etapa. 278 (61,8%) por abordarem outras demências que não a Doença de Alzheimer, 57 (12,7%) após leitura dos resumos, 24 (5,4%) por duplicidade e 13 (2,8%) por indisponibilidade do texto completo. Assim, 78 estudos (17,3%) seguiram para análise de elegibilidade. Após leitura na íntegra, foram excluídos 37 artigos (47,5%) por não abordarem a fisioterapia como intervenção necessária e 8 (10,2%) por serem revisões sistemáticas, resultando em uma amostra final de 33 artigos (42,3%) para análise qualitativa e descritiva. (Figura 1).

Procedeu-se à caracterização do delineamento metodológico dos 33 estudos incluídos, onde verificou-se o predomínio de ensaios clínicos, que totalizaram 20 produções (60,6 %) ¹⁹⁻³⁹, e 5 estudos experimentais (15,2%) ⁴⁴⁻⁴⁸. Os demais trabalhos distribuíram-se em 4 estudos transversais (12,1%) ⁴⁰⁻⁴³, 2 pesquisas longitudinais (6,1%) ⁴⁹⁻⁵⁰, 1 metanálise (3%) ⁵¹ e 1 revisão bibliográfica (3%) ⁵².

A análise dos estudos identificou diferentes abordagens para o tratamento da Doença de Alzheimer (DA), com predominância dos programas multicomponentes ou multimodais, presentes em 18 estudos (45%), que combinaram exercícios de força, equilíbrio, coordenação, mobilidade, alongamento, resistência, treinamento funcional, marcha e práticas de baixo impacto. ^{21, 22, 23, 27, 28, 29, 31, 34, 35, 36, 37, 39, 44, 45, 47, 49, 50,} ⁵¹ O exercício aeróbico isolado foi descrito em 6 estudos (15%), incluindo caminhada supervisionada, cicloergômetro, esteira e elíptico, ^{20, 24, 25, 26, 33, 38} com intensidades entre 40% e 80% da frequência cardíaca de reserva, ^{25, 31, 47} enquanto o treinamento resistido exclusivo foi identificado em apenas 1 estudo (3%) ¹⁹ utilizando pesos livres, máquinas, faixas elásticas e exercícios com o peso corporal. O treinamento cognitivo foi observado em 15 estudos (37,5%), sendo 9 (60%) com treino cognitivo computadorizado, por meio de softwares, tablets, realidade virtual ou inteligência artificial; ^{5, 11, 16, 19, 23, 24, 25, 26, 29} 4 (26,7%) com treino cognitivo estruturado; ^{21, 24, 34, 38} e 2 (13,3%) com reabilitação cognitiva voltada para metas da vida diária e estratégias de compensação para a autonomia. ^{36, 46}

A condução do treino cognitivo varia conforme o contexto do estudo, aparecendo vários profissionais como executores dessa tarefa. Os terapeutas

ocupacionais (TO) são citados 2 artigos(15,4%), focando em adaptação do ambiente e AVDs ^{36, 46} os psicólogos e neuropsicólogos frequentemente responsáveis pelos protocolos de treino cognitivo estruturado são citados em 4 artigos(30,8%).^{21, 24, 34, 48} Já os fisioterapeutas são citados em 4 artigos(30,8%) onde conduzem protocolos de "Dupla Tarefa" (Dual-Tasking) e o treino cognitivo simultaneamente ao exercício motor.^{27, 31, 39, 50} E, a supervisão de Software e/ou autogerenciado nos casos de TCC, onde a tecnologia é a mediadora, com supervisão técnica ocasional de pesquisadores ou terapeutas são citados em 3 artigos(23%)^{23, 25, 51}. Conforme mostra o gráfico 1.

Os estudos analisados revelaram uma ampla variedade de instrumentos para a avaliação cognitiva de pacientes com Doença de Alzheimer (DA), com predominância do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM/MMSE), identificado em 12 estudos (23,1%).^{19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 31, 39, 43, 44} Na sequência, destacam-se o Teste de Fluência Verbal, presente em 7 estudos (13,5%)^{19, 23, 25, 31, 36, 41, 51} a Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Subscale (ADAS-Cog), em 9 estudos (17,3%),^{23, 24, 26, 31, 32, 35, 43, 45, 51} o Trail Making Test (TMT A/B) em 6 estudos(11,5%),^{35, 37, 39, 40, 46, 47} a Clinical Dementia Rating (CDR) em 5 estudos (9,6%),^{40, 41, 42, 43, 45} o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) em 6 estudos (11,5%)^{19, 21, 23, 28, 31, 50} e o Digit Span, em 3 estudos (5,8%).^{34, 36, 51} Com menor frequência, foram reportados o TDR 2 estudos: 3,8%,^{43, 45} o QMCI (1 estudo 1,9%)²² e o NCSE (1 estudo: 1,9%).²⁸ Conforme mostra o gráfico 2.

No que se refere à avaliação da capacidade funcional os estudos incluídos utilizaram instrumentos voltados a análise das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e atividades de vida diária (AVDs), as escala de Katz e Lawton foram as mais utilizadas, estando presente em 11 estudos(22,4%),^{20, 22, 24, 26, 28, 29, 33, 35, 37, 39,42}. A escala de Barthel foi identificada em 6 estudos (12,2%),^{22, 28, 29, 37, 39,47}, enquanto a Medida de Independência Funcional (MIF / FIM) esteve presente em 4 estudos(8,2%)^{29, 37, 39, 46,}, o teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M) foi o mais frequente, presente em 9 estudos (18,4%).^{19, 20, 23, 25, 27, 31, 43, 44, 50} Protocolos de caminhada em dupla tarefa foram identificados em 7 estudos (14,3%),^{23, 27, 29, 31, 34, 39, 46} assim como o Timed Up and Go (TUG), também presente em 8 estudos (16,3%).^{19, 27, 40, 41, 42, 43, 49, 50} O Short Physical Performance Battery (SPPB) foi utilizado em 3 estudos (6,1%),^{19, 27, 29,} enquanto o 10-Meter Walk Test (10MWT) foi identificado em apenas 1 estudo (2%)⁴². Conforme mostra o gráfico 3.

Além das medidas relacionadas ao desempenho físico e funcional, estudos também contemplaram instrumentos voltados à avaliação dos domínios neuropsiquiátricos, comportamentais e psicossociais associados à Doença de Alzheimer. Entre os questionários direcionados à análise da qualidade de vida e percepção do estado geral de saúde, destacaram-se o DEMQOL, EuroQol (EQ-5D) e SF-36, identificados em 5 estudos(15,1%).^{21, 24, 33, 34, 40} Também foram observadas em 5 estudos (15,1%) escalas direcionadas à díade paciente-cuidador, especialmente o Inventário de Sobrecarga de Zarit.^{22, 28, 29, 37, 39} No que se refere aos sintomas comportamentais e emocionais, o Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) foi o instrumento mais frequentemente empregado, presente em 7 estudos(21,2%),^{20, 25, 26, 29, 31, 36, 43} sendo utilizado para quantificação de manifestações como agitação, ansiedade, apatia e irritabilidade. Adicionalmente, instrumentos específicos para avaliação de alterações de humor e comportamento, como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), foram identificados em 2 estudos(6,1%),^{26, 36} direcionados principalmente à investigação de sintomas depressivos e quadros de agitação. Destaca-se ainda que 14 estudos (42,4%) não abordaram instrumentos específicos relacionados aos aspectos comportamentais e emocionais.

Em relação a avaliação de parâmetros que sinalizou a performance motora destacou-se os testes de preensão palmar por dinamometria presente em 6 estudos (33,3%),^{19, 23, 25, 27, 44, 45} enquanto o teste de sentar e levantar foi utilizado em 4 estudos (22,2%).^{40, 43, 44, 45} O equilíbrio estático e dinâmico foi avaliado principalmente pela Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), identificada em 6 estudos (33,3%).^{19, 23, 27, 40, 43, 49} Também foram observados instrumentos voltados à avaliação da função executiva, como o Frontal Assessment Battery, presente em 1 estudos (5,6%), além do teste de alcance funcional, Box and Block Test para avaliação da coordenação motora grossa⁴¹ identificado em 1 estudo (5,6%).

No levantamento desta revisão alguns estudos incorporaram medidas avançadas e biomarcadores específicos voltados à investigação dos mecanismos neurobiológicos associados à Doença de Alzheimer. Entre os métodos de neuroimagem, destacaram-se a ressonância magnética estrutural e a funcional (fMRI), identificadas em 9 estudos(64,3%),^{1, 3, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 50} sendo utilizadas para análise da espessura cortical, conectividade funcional e alterações no fluxo sanguíneo cerebral. Paralelamente, biomarcadores plasmáticos, como BDNF,

proteína C reativa (PCR), TNF- α e IGF-1, foram empregados em 5 estudos (35,7%)^{19, 23, 25, 34, 50} com o objetivo de mensurar fatores neurotróficos, inflamatórios e metabólicos relacionados à progressão da doença e aos efeitos das intervenções propostas.

Durante a análise dos estudos, observou-se uma limitação importante na literatura: a escassez de pesquisas sobre a fase avançada da Doença de Alzheimer e a baixa especificidade das intervenções fisioterapêuticas conforme o estágio clínico. Houve predominância de estudos nas fases pré-clínica (12,1%)^{19, 23, 25, 34,} comprometimento cognitivo leve (21,2%), fase leve (18,2%)^{22, 28, 29, 31, 37, 49} e fases leve a moderada (48,5%).^{19, 20, 21, 22, 25, 28, 29, 31, 36, 37, 39, 44, 45, 46, 48, 50} Nenhum estudo incluiu participantes em estágio avançado, evidenciando uma lacuna persistente na produção científica.

4. DISCUSSÃO

A predominância de ensaios clínicos nos estudos analisados é um ponto positivo, pois confere maior nível de evidência e eficácia às intervenções terapêuticas. A presença de pesquisas experimentais evidencia um campo em expansão e em progressiva consolidação científica⁵¹. Tais medidas demonstram preocupação com a confiabilidade dos resultados e a padronização metodológica, refletindo uma tendência de integração entre avaliações clínicas, funcionais e marcadores biológicos, o que permite uma compreensão mais ampla e multidimensional da Doença de Alzheimer.

A análise dos estudos evidencia que o exercício aeróbico isolado embora ainda pouco representado em termos proporcionais na amostra total, refletem uma preferência por estratégias de fácil implementação clínica e alta reprodutibilidade. Os protocolos descritos variaram entre aplicação contínua e progressiva, com intensidades moderadas a vigorosas (40% a 80% da frequência cardíaca de reserva)²⁵, sugerindo uma tentativa de equilibrar segurança clínica e estímulo fisiológico adequado para promoção de adaptações cardiorrespiratórias e neurofuncionais.²⁵

Esses achados reforçam que o exercício aeróbico como uma intervenção potencialmente neuroprotetora, uma vez que esse tipo de treinamento melhora a perfusão cerebral e possível modulação da neuroplasticidade.³¹ No contexto da Doença de Alzheimer, tais mecanismos são relevantes, considerando o impacto progressivo da doença sobre funções cognitivas e autonomia funcional.⁴

O treinamento resistido transcende o papel de mero complemento ao exercício aeróbico. Sua inclusão reflete a busca por adaptar as intervenções às limitações funcionais e cognitivas de pessoas com doença de Alzheimer, permitindo uma progressão de carga segura e adequada às necessidades individuais.¹⁹

De forma que oferece benefícios clínicos diretos ao preservar a força muscular, reduzir o risco de quedas e mitigar a perda de independência, favorecendo a manutenção da capacidade funcional e o desempenho nas atividades de vida diária. Contudo, sua baixa representatividade na literatura indica que o potencial dessa intervenção na população com Alzheimer ainda é subexplorado, sinalizando a necessidade de estudos robustos sobre protocolos padronizados, doses ideais e efeitos a longo prazo.^{19, 35, 37.}

Nessa mesma perspectiva, o treinamento multimodal possui importante potencial terapêutico no que diz respeito ao tratamento da DA, a combinação de exercício contribui significativamente para melhora da saúde funcional, aumentando a mobilidade, alcance funcional, equilíbrio e qualidade de vida.⁴⁹ Além disso, exercícios combinados mostram também eficácia na redução de complicações associadas à doença de Alzheimer, pois facilita a neurogênese e a sinaptogênese, melhora a perfusão cerebral e reduz a perda neuronal.⁴⁴

Dessa forma, os exercícios multimodais tem se mostrado uma importante estratégia para manutenção da funcionalidade em idosos diagnosticados com doença de Alzheimer,⁴⁹ além de retardar ou prevenir o declínio cognitivo e complicações decorrentes da patologia, uma vez que são intervenções que proporcionam menos efeitos colaterais,⁴⁴ principalmente se realizados de maneira supervisionada e adaptada cada estágio da doença.

A heterogeneidade dos protocolos das intervenções citadas acima e a falta de padronização quanto à frequência, intensidade e duração das intervenções limitam a comparabilidade dos resultados e o fortalecimento das evidências clínicas. Além disso, permanecem lacunas relacionadas à prescrição ideal dos exercícios, à

intensidade mais adequada e à influência dos diferentes estágios da Doença de Alzheimer nos desfechos terapêuticos, reforçando a necessidade de maior uniformização metodológica em pesquisas futuras.

O treino cognitivo mantém relevância no manejo da Doença de Alzheimer devido à sua aplicabilidade clínica e contribuição para a funcionalidade e autonomia dos pacientes. O treino cognitivo estruturado destaca-se especialmente em contextos com acesso tecnológico limitado, enquanto o treino cognitivo computadorizado representa uma abordagem mais tecnológica e semiautônoma, alinhada à crescente digitalização das intervenções.^{21, 23, 24,25 39, 48, 51.} A coexistência dessas estratégias evidencia uma transição gradual para modelos híbridos de tratamento.

Quanto à condução das intervenções, o treino cognitivo estruturado é predominantemente supervisionado por profissionais, favorecendo o engajamento e a adesão dos pacientes..^{21,24,34,36,46,48.} Nos protocolos de dupla tarefa, o fisioterapeuta desempenha papel central ao integrar estímulos cognitivos e motores durante a realização de exercícios.^{27,31,34,39,50.} Já o treino cognitivo computadorizado é mediado por plataformas digitais, cabendo aos profissionais a configuração, monitoramento e suporte ao tratamento^{23,25,51.}

Em conjunto, os achados desta revisão evidenciam a crescente consolidação do treinamento cognitivo como estratégia terapêutica multimodal na Doença de Alzheimer, cada vez mais integrada ao exercício físico e à reabilitação funcional. Essa evolução reflete uma mudança conceitual importante: o tratamento da DA deixa de ser centrado exclusivamente na cognição isolada e passa a ser compreendido como um processo sistêmico, no qual funções cognitivas, motoras e funcionais são indissociáveis e potencialmente moduláveis por intervenções combinadas.

Essa distribuição profissional, evidencia um modelo claramente multiprofissional e interdependente no qual terapeutas ocupacionais atuam principalmente na reabilitação cognitiva voltada à funcionalidade e às atividades de vida diária,^{36, 46} psicólogos e neuropsicólogos concentram-se na avaliação e no treino cognitivo estruturado,^{21, 24, 34, 48} enquanto fisioterapeutas assumem papel estratégico na integração entre cognição e movimento, reforçando a relevância do treino cognitivo-motor na reabilitação da Doença de Alzheimer .^{27, 31, 39, 50}

A análise dos estudos revela que não existe uma única ferramenta capaz de avaliar, de forma abrangente, um paciente com Doença de Alzheimer. Devido à complexidade da condição, pesquisadores utilizam um conjunto de instrumentos para mensurar estados cognitivos, funcionais e comportamentais, além da performance motora, visando um acompanhamento preciso. Embora a predominância do MEEM e do ADAS-Cog destaque a cognição global como desfecho primário — com o uso crescente de testes como fluência verbal, TMT e Digit Span para avaliar domínios executivos e atencionais —, essa ênfase cognitiva ainda pode limitar a compreensão do impacto funcional real das intervenções frente à progressão da doença^{19, 21, 22, 24, 27, 32, 45}. No entanto, essa ênfase ainda predominantemente cognitiva pode limitar a compreensão do impacto funcional real das intervenções, especialmente na progressão da doença.

De forma complementar, observa-se uma ampliação progressiva da avaliação funcional, com destaque para escalas de atividades de vida diária e instrumentais indicando uma mudança importante na literatura em direção a desfechos mais clínicos e centrados na autonomia do paciente.^{20, 22, 28, 29, 35, 39, 46} Essa tendência é reforçada pela incorporação de testes de mobilidade e desempenho físico, sugerindo uma integração crescente entre cognição e funcionalidade motora como eixo central da avaliação na DA.^{19, 27, 29, 43, 50}

Além das avaliações físicas e funcionais, a literatura destaca a importância de mensurar os impactos psicossociais e comportamentais da Doença de Alzheimer.^{21, 24, 33, 34, 48}. A prevalência do Inventário Neuropsiquiátrico (NPI), reforça que sintomas como agitação, apatia e irritabilidade não são apenas manifestações prevalência do Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) evidencia que sintomas como agitação, apatia e irritabilidade são determinantes críticos no manejo terapêutico^{22, 28, 29, 37, 39}. Para a Fisioterapia, esses instrumentos são fundamentais, visto que alterações como depressão e agitação frequentemente limitam a adesão e a participação do paciente na reabilitação. Adicionalmente, o uso do Inventário de Sobrecarga de Zarit reconhece que a doença afeta a díade paciente-cuidador, sendo o desgaste de quem presta o cuidado um fator determinante para a continuidade e eficácia das intervenções

É importante destacar que uma parte dos estudos revisados não incluíram essas dimensões comportamentais ou psicossociais. Essa lacuna na literatura sugere que, embora o foco nas capacidades motoras seja essencial, ainda

prevalece uma visão que pode negligenciar a subjetividade e a complexidade social que permeiam o viver com Alzheimer. Para o fisioterapeuta, a integração de avaliações de humor e comportamento, como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o CMAI,^{26, 36,} torna-se indispensável para a prescrição de condutas mais assertivas, humanizadas e centradas nas reais necessidades da díade.

No que se refere a performance motora a predominância do uso da dinamometria de preensão palmar e da escala de equilíbrio de Berg indicam que a avaliação da performance motora tem se concentrado em força muscular e equilíbrio que estão diretamente relacionados a funcionalidade e a independência nas atividades de vida diária. Em complemento, o teste de sentar e levantar também reflete o desempenho funcional e mobilidade global, aspectos relevantes nessa população, pois entram em declínio com o avanço da doença.^{19, 23, 40, 43, 44, 45} Os instrumentos de menor utilização como Box and Block Test, alcance funcional e Wells sit-and-reach indicam que uma avaliação limitada para a avaliação de aspectos mais específicos como coordenação e flexibilidade^{25.}

A incorporação de métodos de neuroimagem e biomarcadores nos estudos revisados, significa um avanço na compreensão da eficácia das intervenções na DA. O uso de ressonância magnética estrutural e funcional^{19, 21, 23, 25, 26, 28, 50} demonstra uma tendência de buscar evidências morfológicas e funcionais para alterações cognitivas, indo além da observação clínica subjetiva. A análise de conectividade funcional e fluxo sanguíneo cerebral, especificamente, permite quantificar o impacto neuroplástico das intervenções propostas, oferecendo um embasamento robusto para os benefícios da reabilitação.

A investigação de biomarcadores plasmáticos, como BDNF, PCR, TNF- α e IGF-1,^{19, 23, 25, 34, 50} reflete a transição para uma análise mais sistêmica da doença. Ao monitorar fatores neurotróficos e marcadores inflamatórios, a literatura caminha para esclarecer como intervenções, por exemplo, como o exercício físico, podem modular o ambiente neuroquímico cerebral e o processo inflamatório crônico associado à neurodegeneração.

A análise dos estudos demonstra que a atuação fisioterapêutica na Doença de Alzheimer varia conforme o estágio da doença. Na fase leve, predominam exercícios físicos, treinamento funcional, programas multimodais e reabilitação cognitiva, com foco na preservação da cognição, funcionalidade, autonomia, equilíbrio, marcha e atividades de vida diária. Na fase moderada, as intervenções

concentram-se na manutenção da capacidade funcional, prevenção de quedas, treinamento de marcha, fortalecimento muscular, manejo dos sintomas neuropsiquiátricos e redução da sobrecarga dos cuidadores.^{44, 45.}

Observa-se que a literatura científica concentra as intervenções fisioterapêuticas nas fases iniciais da Doença de Alzheimer, quando há maior preservação funcional e potencial de neuroplasticidade, favorecendo melhores respostas às terapias não farmacológicas. Em contrapartida, a escassez de estudos em estágios avançados evidencia limitações metodológicas e clínicas, além de revelar uma importante lacuna no conhecimento. Ademais, a ausência de critérios padronizados para o início das intervenções compromete a reprodutibilidade dos protocolos e sua aplicabilidade na prática clínica.

Embora o foco desta revisão tenha sido direcionado às intervenções não farmacológicas, alguns estudos também abordam terapias com fármacos para a Doença de Alzheimer. Além dos tratamentos convencionais, como inibidores da colinesterase e memantina, anticorpos monoclonais antiamiloides, como lecanemab e donanemab, representam avanços importantes por retardarem o declínio cognitivo e funcional em estágios iniciais. Os estudos também reforçam que o suporte nutricional e a fisioterapia permanecem essenciais para preservar a funcionalidade e a qualidade de vida, enquanto o desenvolvimento de biomarcadores favorece o diagnóstico e o monitoramento terapêutico.^{32,53,54}

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão demonstra que a fisioterapia, integrada a abordagens cognitivas e multimodais, consolidou-se como uma estratégia fundamental no manejo da Doença de Alzheimer, atuando positivamente na manutenção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes. Identificou-se uma transição paradigmática na literatura, marcada pela crescente incorporação de tecnologias digitais e protocolos de dupla tarefa, que buscam otimizar a neuroplasticidade por meio da estimulação simultânea de domínios motores e cognitivos.

A análise das evidências científicas aponta para que o manejo da Doença de Alzheimer deve transitar de um modelo reativo, centrado quase exclusivamente em intervenções não farmacológicas, para uma estratégia preventiva e multimodal. A

integração da fisioterapia ao treino cognitivo emerge como a abordagem mais eficaz para a preservação da neuroplasticidade, da funcionalidade nas atividades de vida diária e da autonomia do paciente. Ao atuar como uma intervenção neurobiológica direta, capaz de modular fatores como BDNF e IGF-1, a prática fisioterapêutica, especialmente quando iniciada precocemente, revela-se não apenas como um recurso terapêutico seguro e de alta custo-efetividade, mas como o pilar central para mitigar o declínio funcional e reduzir a sobrecarga dos cuidadores. Em suma, o corpo de evidências revisado consolida a fisioterapia como uma ferramenta indispensável na proteção neuronal e na qualidade de vida durante o envelhecimento cognitivo.

Contudo, a análise revelou lacunas que limitam a prática baseada em evidências: a acentuada escassez de estudos voltados às fases avançadas da doença, a ausência de padronização nos protocolos (intensidade, frequência e duração) e a heterogeneidade metodológica. Por fim, para o avanço da área, é imperativo que futuras pesquisas priorizem desenhos longitudinais com maior rigor metodológico, estabelecendo parâmetros claros para a prescrição individualizada e que explorem também o impacto das intervenções em diferentes estágios clínicos da Doença de Alzheimer priorizando o terceiro estágio clínico que é o mais carente na literatura conforme levantado nessa revisão bibliográfica. Garantindo assim, uma assistência mais precisa, segura e eficaz em todos os estágios da DA.

REFERÊNCIAS

1. Valter F, Felipe F, Rosana Iorio Ferreira, Aguiar J, Davy, Magalhães J, et al. Atuação fisioterapêutica nos déficits de cognição e incapacidades funcionais em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão integrativa. *Fisioterapia Brasil*. 2023 Oct 26;24(5):706–17.
2. Brucki SMD, Aprahamian I, Borelli WV, Silveira VC da, Ferretti CE de L, Smid J, et al. Manejo Das Demências Em Fase avançada: Recomendações Do Departamento Científico De Neurologia Cognitiva E Do Envelhecimento Da Academia Brasileira De Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*. 2022 Sep;16(3 suppl 1):101–20.
3. Andrade SM de, Rodrigues ÍSM, Rosa LMV, Taminato RL, Santos GAA dos. Efficacy of medications in controlling cognitive dysfunction in Alzheimer's : a systematic review. *Dementia & Neuropsychologia* [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 20];19. Available from: <https://www.scielo.br/j/dn/a/v9rkVTLSrnqrPkpVj4h3hbN/?lang=en>
4. Glisoi SF das N, Silva TMV da, Galduróz RF. Variáveis psicomotoras, cognitivas e funcionais em idosas saudáveis e com doença de Alzheimer. *Fisioterapia e Pesquisa* [Internet]. 2021 Jun 18;28:39–48. Available from: <https://www.scielo.br/j/fp/a/fbcmN7DZRBCXzxbTLrbySZy/?lang=pt#>. Acesso em: 27/08/2025.
5. Terminal RI - Sophia Biblioteca Web [Internet]. Unicamp.br. 2026 [cited 2026 May 6]. Available from: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1175312>
6. Trevisan MD, Knorst MR, Baptista RR. Perfil da fisioterapia na reabilitação de indivíduos com doença de Alzheimer: um estudo transversal. *Fisioterapia e Pesquisa* [Internet]. 2023 Feb 17;29:357–62. Available from: <https://www.scielo.br/j/fp/a/Ntvzv9WXqNWyWZ58kNgGfTk/?lang=pt>. Acesso em: 27/08/2025.
7. Schilling LP, Balthazar MLF, Radanovic M, Forlenza OV, Silagi ML, Smid J, et al. Diagnóstico da doença de Alzheimer: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia*.

8. Ferretti F. Efeitos de um programa de exercícios na mobilidade, equilíbrio e cognição de idosos com doença de Alzheimer. *Fisioterapia Brasil*. 2016 Jul 6;15(2):119–25.
9. Bitencourt EM, Kuerten CMX, Budny J, Tuon T. Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos, qualidade de vida, estratégias terapêuticas da fisioterapia e biomedicina. *Inova Saúde*. 2019 May 8;8(2):138. <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/3573/4550>
10. Moreira M, Moreira SV. O espectro clínico e laboratorial da doença de Alzheimer: uma perspectiva neurológica. *Psicologia em Pesquisa* [Internet]. 2020 Dec 1;14(3):83–110. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472020000300007.
11. Alves LF, Ribeiro TC, Câmara MF, Castro IR de, Tocantins JVA, Barros DN. Doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2022 May 7;153–73.
12. Zidan M, Arcoverde C, Narahana B, De Araújo, Vasques P, Rios A, et al. Artigo original Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer Motor and functional changes in different stages of Alzheimer's disease [Internet]. Available from: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/qJgc5cdK6PCXfKgSM9dFrMk/?format=pdf&lang=pt..>
13. Santos S, Fagundes de Oliveira Bueno C, Wosh Pires JA, Sartori Bonini J. FUNCIONALIDADE NAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER. *DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*. 2021 Oct 22;8(3):1–8.
14. Madureira BG, Pereira MG, Avelino PR, Costa HS, Menezes KKP de. Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2018 Jun;26(2):222–32.
15. Dadalto EV, Cavalcante FG. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 Jan;26(1):147–57. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n1/147-157/pt>.
16. Miranda A, Rubovits E, Raksha Mudar, Leung V, Raj M. Where are caregivers in the clinical trial? Evaluation of caregiver responsibilities in Alzheimer's disease and

- related dementias clinical trials. *Alzheimer's & dementia*. 2023 Aug 18;19(11):5316–22.
17. Andrade ADB de, Ide FC, Mangia AS, Martins AC, Nascimento AQ, Nascimento IB do. Métodos de exercícios físicos para pessoas idosas com Alzheimer e os fatores que dificultam a sua prática: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2024 Jul 15;27:240007. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/nQ5CfsBq8QB64MJyFWVhGZB/?lang=pt#>.
18. A EFICÁCIA DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM ALZHEIMER – ISSN 1678-0817 Qualis B2 [Internet]. *Revista ft*. 2024. Available from: <https://revistaft.com.br/a-eficacia-do-tratamento-fisioterapeutico-na-qualidade-de-vida-dos-pacientes-com-alzheimer/>.
19. Sanchez-Martinez J, Solis-Urra P, Fernandez-Gamez B, Fernández-Ortega J, Sánchez-Aranda L, Erickson KI, et al. Effects of a 24-week resistance exercise program on Alzheimer's disease brain signatures in cognitively unimpaired older adults: a secondary analysis of the AGUEDA randomized controlled trial. *Age and Ageing*. 2026 Apr;55(4).
20. Green ZD, John CS, Kueck PJ, Blankenship AE, Kemna RE, Johnson CN, et al. Acute exercise alters brain glucose metabolism in aging and Alzheimer's disease. *The Journal of Physiology*. 2024 Sep 11;
21. Zuschnegg J, Ropele S, Opriessnig P, Schmidt R, Russegger S, Fellner M, et al. The effect of tablet-based multimodal training on cognitive functioning in Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2025 Aug 13;20(8):e0329931–1
22. Manser P, de Bruin ED. "Brain-IT": Exergame training with biofeedback breathing in neurocognitive disorders. *Alzheimer's & Dementia*. 2024 May 29;20(7):4747–64.
23. Ornish D, Madison C, Kivipelto M, Kemp C, McCulloch CE, Galasko D, et al. Effects of intensive lifestyle changes on the progression of mild cognitive impairment or early dementia due to Alzheimer's disease: a randomized, controlled clinical trial. *Alzheimer's Research & Therapy* [Internet]. 2024 Jun 7;16(1):122. Available from: <https://rdcu.be/dK2yn>
24. Yu F, Vock DM, Zhang L, Salisbury D, Nelson NW, Chow LS, et al. Cognitive Effects of Aerobic Exercise in Alzheimer's Disease: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease* [Internet]. 2021 Mar 9;80(1):233–44.

Available

from:

<https://content.iospress.com/download/journal-of-alzheimers-disease/jad201100?id=journal-of-alzheimers-disease%2Fjad201100>

25. Vidoni ED, Morris JK, Watts A, Perry M, Clutton J, Van Sciver A, et al. Effect of aerobic exercise on amyloid accumulation in preclinical Alzheimer's: A 1-year randomized controlled trial. Bush AI, editor. PLOS ONE. 2021 Jan 14;16(1):e0244893.
26. Yu F, Salisbury D, Mathiason MA. Inter-individual differences in the responses to aerobic exercise in Alzheimer's disease: Findings from the FIT-AD trial. Journal of Sport and Health Science [Internet]. 2021 Jan 1;10(1):65–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32505710/>
27. Sondell A, Rosendahl E, Gustafson Y, Lindelöf N, Littbrand H. The applicability of a high-intensity functional exercise program among older people with dementia living in nursing homes. Journal of Geriatric Physical Therapy. 2018 May;42(4):1.
28. Law LLF, Mok VCT, Yau MMK. Effects of functional tasks exercise on cognitive functions of older adults with mild cognitive impairment: a randomized controlled pilot trial. Alzheimer's Research & Therapy. 2019 Dec;11(1).
29. Sobol NA, Dall CH, Høgh P, Hoffmann K, Frederiksen KS, Vogel A, et al. Change in Fitness and the Relation to Change in Cognition and Neuropsychiatric Symptoms After Aerobic Exercise in Patients with Mild Alzheimer's Disease. Journal of Alzheimer's disease : JAD [Internet]. 2018;65(1):137–45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30040719>
30. van der Kleij LA, Petersen ET, Siebner HR, Hendrikse J, Frederiksen KS, Sobol NA, et al. The effect of physical exercise on cerebral blood flow in Alzheimer's disease. NeuroImage: Clinical [Internet]. 2018;20:650–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6129739/>
31. Morris JK, Vidoni ED, Johnson DK, Van Sciver A, Mahnken JD, Honea RA, et al. Aerobic exercise for Alzheimer's disease: A randomized controlled pilot trial. Scholey A, editor. PLOS ONE. 2017 Feb 10;12(2):e0170547.
32. Vicente de Sousa O, Soares Guerra R, Sousa AS, Pais Henriques B, Pereira Monteiro A, Amaral T. Impact of Nutritional Supplementation and a Psychomotor Program on Patients With Alzheimer's Disease. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr. 2017 Apr 26;32(6):329–41.

33. Sopina E, Sørensen J, Beyer N, Hasselbalch SG, Waldemar G. Cost-effectiveness of a randomised trial of physical activity in Alzheimer's disease: a secondary analysis exploring patient and proxy-reported health-related quality of life measures in Denmark. *BMJ open* [Internet]. 2017 Jun 14;7(6):e015217. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28615271/>
34. Toots A, Littbrand H, Holmberg H, Nordström P, Lundin-Olsson L, Gustafson Y, et al. Walking Aids Moderate Exercise Effects on Gait Speed in People With Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017 Mar;18(3):227–33.
35. Huntley JD, Hampshire A, Bor D, Owen A, Howard RJ. Adaptive working memory strategy training in early Alzheimer's disease: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2017 Jan;210(1):61–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5209631/>
36. Callahan CM, Boustani MA, Schmid AA, LaMantia MA, Austrom MG, Miller DK, et al. Targeting Functional Decline in Alzheimer Disease. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2016 Nov 22 [cited 2020 Jan 13];166(3):164. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5554402/>
37. Varma VR, Tang X, Carlson MC. Hippocampal sub-regional shape and physical activity in older adults. *Hippocampus*. 2016 Apr 9;26(8):1051–60.
38. Li D, Thomas R, Tsai MY, Li L, Vock DM, Greimel S, et al. Vascular biomarkers to predict response to exercise in Alzheimer's disease: the study protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Dec 1;6(12):e011054. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/12/e011054>
39. Realdon O, Rossetto F, Nalin M, Baroni I, Cabinio M, Fioravanti R, et al. Technology-enhanced multi-domain at home continuum of care program with respect to usual care for people with cognitive impairment: the Ability-Telerehabilitation study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 Nov 25;16(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123349/>
40. Santos FS dos, Gonçalves RFP, Bonini JS. Estadiamento demencial e a correlação com o desempenho funcional de idosos com doença de Alzheimer: um estudo transversal. *Acta Fisiátrica*. 2022 Sep 27;29(3):159–64.

41. Andrade SKD do R e S, Melo MCS de, Lima Filho BF de, Porto FH de G, Peixoto VG de MNP, Gazzola JM. Loss of functional capacity in elderly individuals with Alzheimer disease. *Dementia & Neuropsychologia*. 2020 Dec;14(4):387–93.
42. Ansai JH, Vassimon-Barroso V, Farche ACS, Buto MS de S, Andrade LP de, Rebelatto JR. Accuracy of mobility tests for screening the risk of falls in patients with mild cognitive impairment and alzheimer's disease. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2019 Sep;26(3):258–64.
43. Pedroso RV, Corazza DI, Andreatto CA de A, da Silva TMV, Costa JLR, Santos-Galduróz RF. Cognitive, functional and physical activity impairment in elderly with Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia* [Internet]. 2018;12(1):28–34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901246/>
44. Amir Hossein Haghighi, Masoud Barzoei, S.A. Hosseini-Kakhak, Budini F, Hadi Shahrabadi. Effect of multimodal exercise training on physical fitness indices, cognitive status, and depressive symptoms in Alzheimer's disease. 2023 Jan 1;17.
45. Ferreira BN, Lopes ED de S, Henriques IF, Reis MDM, Pádua AM de, Figueiredo KD, et al. Treinamento físico multimodal com dupla tarefa na doença de Alzheimer: efeito nas funções cognitivas e na força muscular. *Brazilian Journal of Kinanthropometry and Human Performance* [Internet]. 2017 Dec 8;19(5):575. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbcdh/a/kWLPRrPLxhgHdT3hnsHqXvS/?lang=en&format=pdf>
46. Shelton JT, Lee JH, Scullin MK, Rose NS, Rendell PG, McDaniel MA. Improving Prospective Memory in Healthy Older Adults and Individuals with Very Mild Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016 Jun;64(6):1307–12.
47. Giuli C, Papa R, Lattanzio F, Postacchini D. The Effects of Cognitive Training for Elderly: Results from My Mind Project. *Rejuvenation Research*. 2016 Dec;19(6):485–94.
48. 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. *Journal of Geriatric Physical Therapy* (2001) [Internet]. 2019;42(3):E129–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29286983/>

49. Vista do Protocolo de exercícios terapêuticos em grupo para pessoas com doença de Alzheimer [Internet]. Bahiana.edu.br. 2026. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/3071/3409>
50. Ochmann S, Dyrba M, Grothe MJ, Kasper E, Webel S, Hauenstein K, et al. Does Functional Connectivity Provide a Marker for Cognitive Rehabilitation Effects in Alzheimer's Disease? An Interventional Study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2017 Apr 19;57(4):1303–13.
51. Liang J, Xu Y, Lin L, Jia R, Zhang H, Hang L. Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment. *Medicine* [Internet]. 2018 May 18;97(20). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5976284/>
52. Vista do ANÁLISE DOS EFEITOS DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM ALZHEIMER [Internet]. Unipar.br. 2026. Available from: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10991/>
53. Balázs N, Bereczki D, Kovács T. Cholinesterase inhibitors and memantine for the treatment of Alzheimer and non-Alzheimer dementias. *Ideggyógyászati szemle*. 2021;74(11-12):379–87.
54. Ashvin Varadharajan, Davis AM, Ghosh A, Tejaswini Jagtap, Xavier A, Menon A, et al. Guidelines for pharmacotherapy in Alzheimer's disease – A primer on FDA-approved drugs. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* [Internet]. 2023 Oct 7;14(4):566–73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10696336/>

Figura 1. Fluxograma da estratégia de busca de artigos - A atuação da fisioterapia nos diferentes estágios do alzheimer para manutenção funcional: uma revisão integrativa

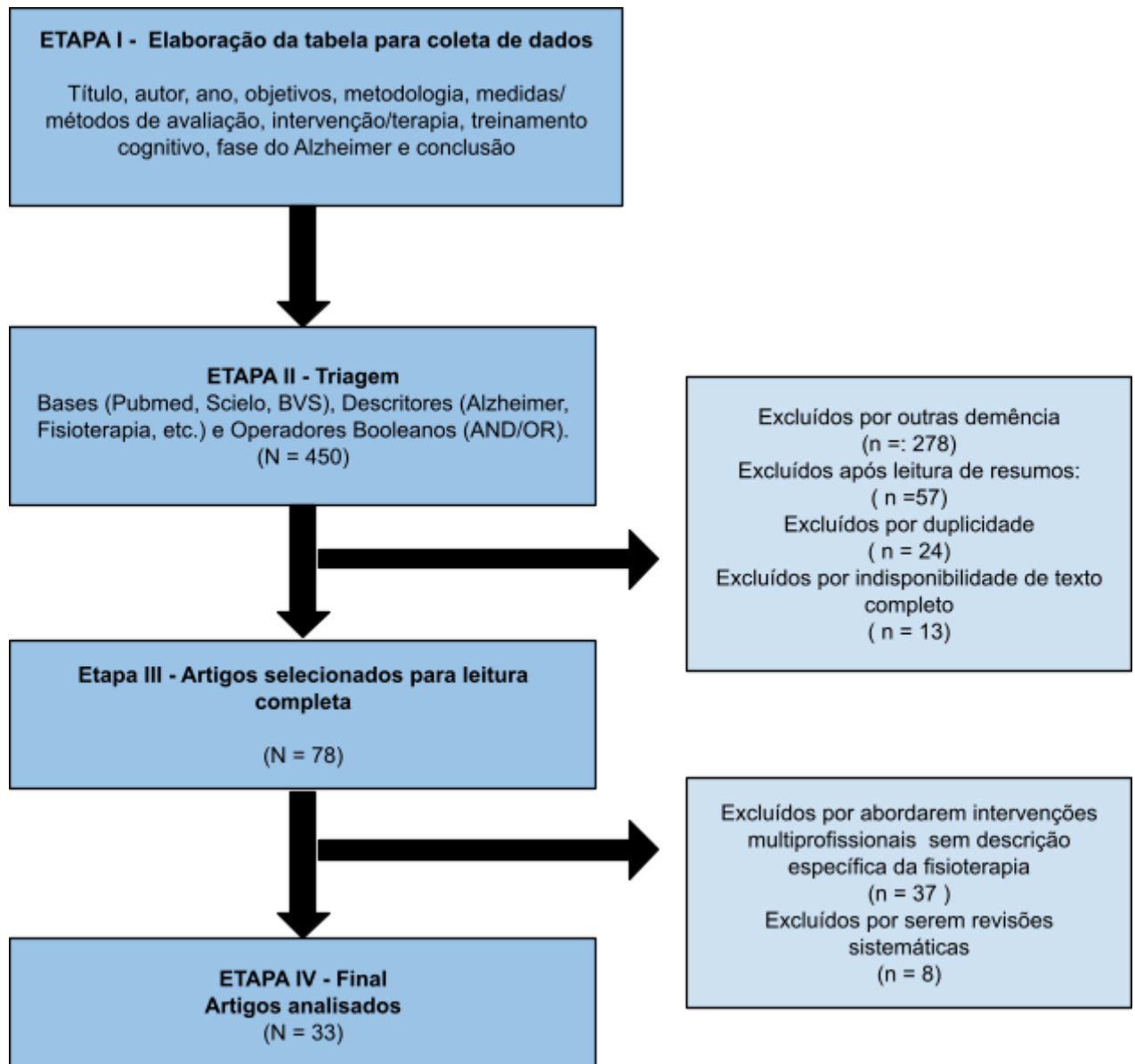




Gráfico 1 - Levantamento das intervenções fisioterapêuticas na doença de Alzheimer

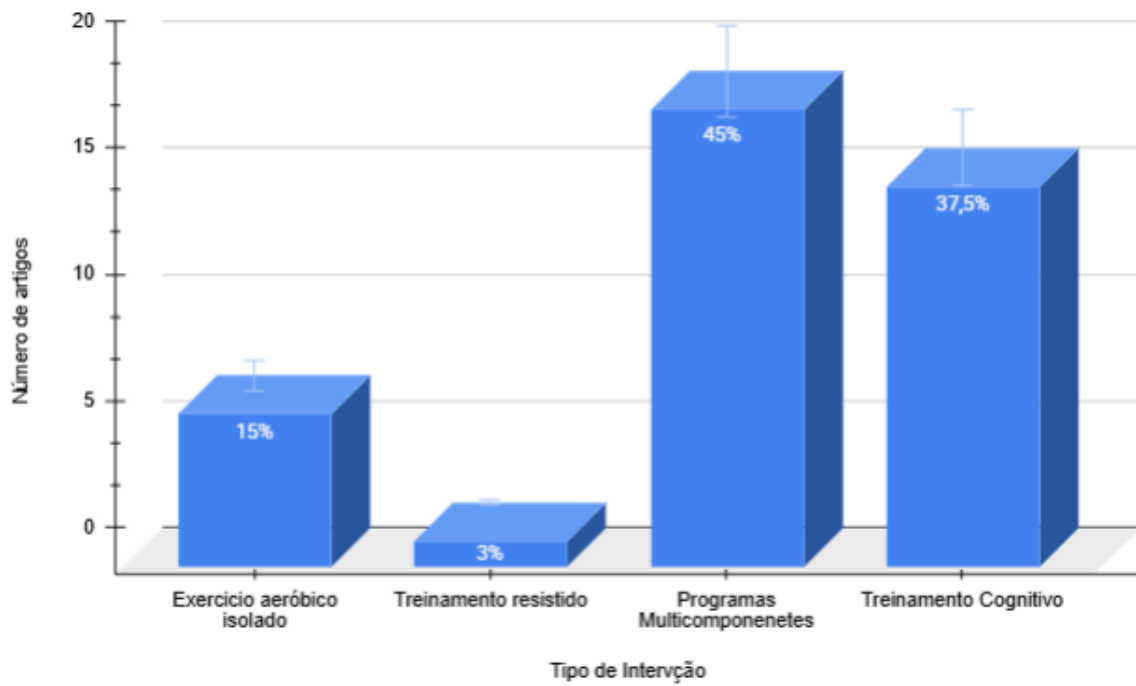




Gráfico 2 – Levantamento dos testes mais utilizados para a avaliação da capacidade cognitiva em pessoas com Alzheimer

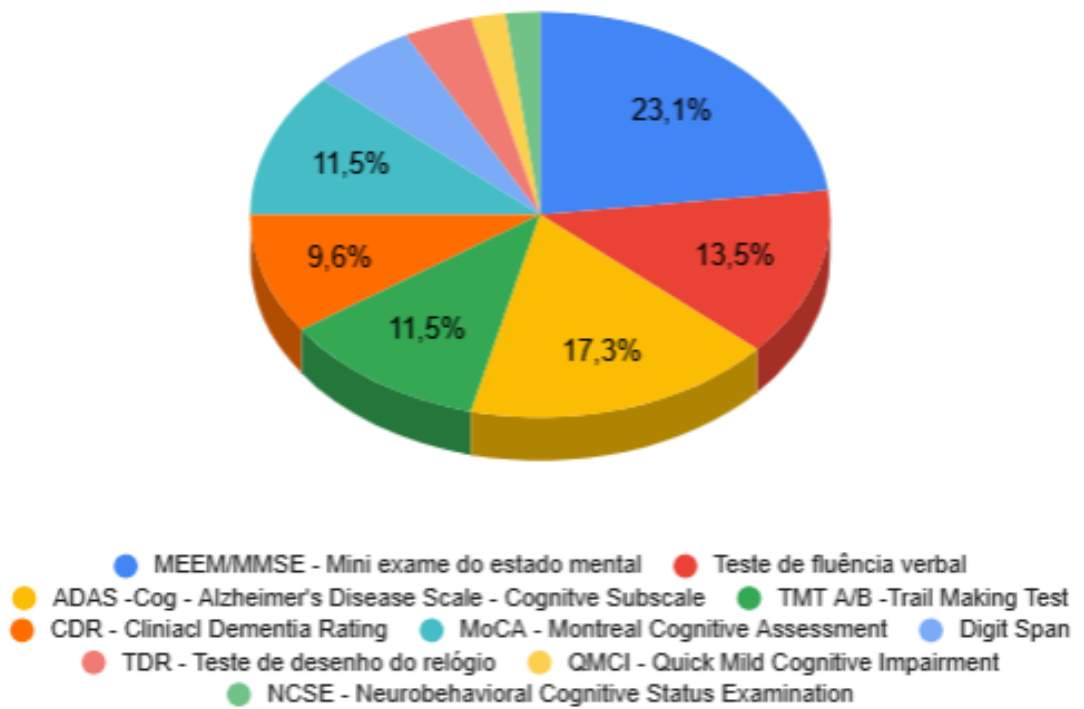




Gráfico 3 – Levantamento dos protocolos mais utilizados para a avaliação da capacidade funcional em pessoas com Alzheimer.

