



## O PAPEL DA PSICOMOTRICIDADE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO DE LITERATURA

### ARTIGO DE REVISÃO

PEREIRA, Edileide da Silva<sup>1</sup>, PEREIRA, Alexsandra da Silva<sup>2</sup>

PEREIRA, Edileide da Silva. PEREIRA, Alexsandra da Silva. **O papel da psicomotricidade no tratamento da doença de Alzheimer: uma revisão de literatura.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 07, Ed. 07, Vol. 06, pp. 146-155. Julho de 2022. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/papel-da-psicomotricidade>

### RESUMO

O Alzheimer é uma doença degenerativa que a curto prazo compromete as funções vitais e, com o tempo, vai progredindo seu diagnóstico. Trata-se de uma doença que atinge milhões de idosos e causa a perda da memória, da capacidade visual, da noção espacial, da atenção, da linguagem e da capacidade de aprendizado. Diante disso, a literatura tem destacado a psicomotricidade como um meio de prevenção a essa patologia, visto que trabalha com a interação para a percepção motora, cognitiva e psíquica do indivíduo, onde faz-se análises do seu comportamento e andamento através dos exercícios, contribuindo para a redução do risco de desenvolvimento de Alzheimer. Posto isso, para o desenvolvimento deste artigo, adotou-se como questão norteadora: como a psicomotricidade pode minimizar os sintomas do Alzheimer? Assim, para responder essa questão norteadora, esse artigo teve como objetivo investigar o papel da psicomotricidade no tratamento da doença de Alzheimer. Para tanto, utilizou-se como método a pesquisa bibliográfica, que permitiu o alcance da seguinte conclusão: a Psicomotricidade traz para vida da pessoa com Alzheimer auxílios importantes em diferentes campos de sua vida, a saber: o social, o emocional, o físico e o motor. Dessa forma, ela pode contribuir para a minimização dos sintomas de Alzheimer por meio da prevenção, educação e reeducação do indivíduo, promovendo força, resistência, flexibilidade e mobilidade, além de uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Alzheimer, Psicomotricidade, Tratamento.



## 1. INTRODUÇÃO

O mal de Alzheimer é uma doença degenerativa do sistema nervoso que gera a perda de memória, bloqueio de raciocínio, de orientação temporal e espacial, entre outros; e atinge milhões de idosos em todo o mundo. Apesar de ser tema de diversas pesquisas atuais realizadas no mundo todo, sua origem ainda é desconhecida. Todavia, há fortes indícios de que pode ser de origem genética (JIMENEZ, 2008).

Com relação ao seu impacto, destaca-se que:

múltiplas deficiências cognitivas. São em geral quadros crônicos e progressivos, caracterizados por perda progressiva da capacidade intelectual (déficit de memória, capacidade de julgamento e pensamento abstrato) e inabilidade física dos pacientes acometidos" (Massad, 2000). O número de pessoas com demência têm aumentado em todo o mundo devido à população mundial estar envelhecendo, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. No grupo das demências, a doença de Alzheimer é a mais comum (cerca de 50%), sendo a quarta causa de morte nos Estados Unidos, atingindo 1,5 a 2 milhões de americanos. [...] A prevalência aos 65 anos é de 5% e sobe para 20% aos 80 anos, mas isto não significa que pessoas com menos de 65 anos não possam ter a doença. Essa situação requer bastante atenção, pois segundo pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde, daqui a mais ou menos 25 anos teremos 34 milhões de idosos com demência, sendo que 71% desse grupo, se encontrarão em países em desenvolvimento (BORGES, 2001 *apud* BRITTO, 2001, p. 9).

Diante disso, observa-se que dentre os casos de demências, a que mais acomete os idosos atualmente é o Alzheimer. Essa doença tem como característica principal a perda da memória em quem a possui, bem como a perda da capacidade visual, noção espacial, atenção, linguagem e capacidade de aprendizado. Por se tratar de uma doença degenerativa, a mesma vai progredindo de forma negativa com o passar do



tempo, o que evidencia a importância do seu tratamento para uma melhor qualidade de vida, visando sempre amenizar os sintomas e tardar os efeitos colaterais na vida do paciente (BOTTINO e MORENO, 2006).

Bottino e Moreno (2006) afirmam que as Doenças neurodegenerativas podem ser definidas como as que causam declínio dos neurônios - células importantíssimas para o bom funcionamento do sistema nervoso - de forma irreversível, onde não se tem como retornar à forma normal. Assim, se em grande parte dessas doenças não houver uma intervenção logo no início e um tratamento adequado, estas poderão acarretar perdas de funções físicas, motoras ou fisiológicas no indivíduo.

Pensando em uma forma de minimizar os sintomas da doença de Alzheimer, a literatura aponta a psicomotricidade como um meio de prevenção, que auxilia o sistema cognitivo e no tratamento das funções primordiais. Nesse aspecto, Jimenez (2008) destaca como conceitos básicos da Psicomotricidade: o aprimoramento das funções motoras junto com a lateralidade, da noção espacial e temporal, da estruturação do esquema e da imagem corporal; e o desenvolvimento da coordenação motora fina (pequenos músculos) e global (grandes músculos), obtendo equilíbrio e adquirindo ritmo.

A psicomotricidade engloba várias áreas, como por exemplo, educação, pedagogia e saúde e tem como principal objeto de estudo o corpo humano e seu movimento (JIMENEZ, 2008).

Levanta-se como questão norteadora: como a psicomotricidade pode minimizar os sintomas do Alzheimer? Assim, para responder essa pergunta norteadora, esse artigo teve como objetivo investigar o papel da psicomotricidade no tratamento da doença de Alzheimer. Para tanto, utilizou-se como método a pesquisa bibliográfica, desenvolvida com a finalidade de realizar o levantamento de materiais relacionados ao tema.



## 2. ALZHEIMER, UMA VISÃO HISTÓRICA

De acordo com Nogueira (2009), o primeiro caso de Alzheimer foi documentado no ano de 1901, em um Asilo da cidade de Frankfurt, Alemanha, sendo examinado pelo médico Alois Alzheimer e publicado de forma oral no ano de 1906 no 37º Encontro de Psiquiatras do Sudeste da Alemanha.

Assim, o primeiro diagnóstico dessa doença foi realizado de maneira íntegra pelo neuropatologista Alois Alzheimer, na Alemanha, em 1906, ao estudar o caso clínico da paciente Auguste D., onde ele analisou pequenas amostras do seu cérebro e encontrou estranhas placas e fibras emaranhadas entre seus neurônios. Com isso, provou que muito mais do que uma psicose, sua demência caracterizada por crises de agressividade, distúrbios de humor e de memória, estava fundamentada em uma causa orgânica (CAVALCANTE, 2001).

Baseado no estudo profundo desse caso, Alois concluiu que, de forma específica, essa doença afetava proporcionalmente o córtex cerebral e apresentava como consequências desorientações, perdas de memória e alucinações, associada a uma disfunção fisiológica que propiciava a condição anormal do encéfalo, principalmente na redução gradativa de massa encefálica, com acúmulo de placas senis e emaranhados neurofibrilares.

Cavalcante (2001, p.52) menciona que, mesmo passado mais de um século após o primeiro diagnóstico da Doença de Alzheimer, as suas causas ainda permaneciam desconhecidas. De acordo com Senger (2004), durante muito tempo a sintomatologia do Alzheimer foi constituída como parte de um envelhecimento natural e era considerada como uma patologia que afetava apenas pessoas com menos de 65 anos. Além disso, alguns casos também eram confundidos com aterosclerose dos vasos sanguíneos encefálicos.

De acordo com Nogueira (2009), até o ano de 1912 apenas 13 casos haviam sido publicados, onde os pacientes possuíam idade média de 50 anos e, em 80% dos casos, eram do sexo masculino. O tempo estimado para a convivência com a doença



tinha a duração de 7 anos. Nesse contexto, Alois continuou a sua pesquisa sobre as Neuropatologias e no ano de 1918 expôs um tratado de seis volumes com o tema “Estudos Históricos e Histopatológicos do Córtex cerebral”.

Desde então, o Alzheimer se tornou um grande desafio para os cientistas de todo o mundo, se desenvolvendo em milhões de pessoas desde o início do século (BORGES, 2001).

### 3. AS ESPECIFICIDADES DO ALZHEIMER

Após diversos estudos, acompanhamentos e análises a respeito do surgimento da doença de Alzheimer, a mesma foi caracterizada por Massad (2000) como uma síndrome relacionada à alteração da personalidade, do controle disfuncional dos impulsos e do desenvolvimento. Trata-se, de maneira geral, de um quadro clínico crônico e progressivo, caracterizado pelo declínio progressivo da capacidade intelectual e física dos pacientes acometidos.

Como afirma Nordon *et al.* (2009), a doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se pelo acometimento da capacidade cognitiva, causando perda de memória recente e desorientações espaciais, as quais costumam ser as primeiras queixas apresentadas, podendo atingir outras áreas cerebrais.

Segundo Rowland (1997), o surgimento do nome Alzheimer veio em homenagem a Alois Alzheimer, que descobriu tanto suas características clínicas como as alterações patológicas. Sendo assim, essa patologia não tem cura e seus sintomas pioram à medida que o tempo passa, incluindo: perda de memória; confusão; desorientação; ansiedade; agitação; alucinação; alteração de personalidade e senso crítico; dificuldades quanto a realização de atividades cotidianas como alimentar-se e fazer a higiene pessoal; dificuldade em reconhecer familiares e amigos; e dificuldades com a fala e a comunicação, com movimentos e falas repetitivas associadas ao processo de dependência progressiva.

O mal de Alzheimer surge, normalmente, em pessoas acima de 60 anos.



Inicia-se com pequenos lapsos de memória e estes pequenos esquecimentos podem ser aceitos pelos familiares como parte normal do envelhecimento, no entanto, eles vão agravando-se gradualmente. Além da perda da memória, existem outros sintomas característicos da doença, são eles:

- Dificuldade de raciocínio: a pessoa não consegue realizar operações matemáticas simples, impedindo com isso, o controle de suas finanças; não conseguem acompanhar a leitura de um livro, etc.
- Dificuldade de linguagem: não conseguem completar uma frase corretamente, surgem complicações em encontrar palavras quando os objetos são apontados e há dificuldade em reconhecer pessoas porque os nomes são trocados.  
9
- Dificuldade de orientação temporal: mesmo no início da doença a pessoa tem problemas para saber qual é o dia e o período do dia em que está. Isso somado com a dificuldade de memória fazem com que o almoço ou jantar seja solicitado várias vezes.
- Dificuldade de realizar tarefas simples: como tomar banho, fazer escolher uma roupa adequada, etc.  
[...]
- Alteração do comportamento: a pessoa torna-se agitada e algumas vezes agressiva. Além disso, pode vir a ter delírios, como achar que está sendo roubada, por exemplo. Outra alteração comum é a tendência de andar de um lado para o outro sem nenhum objetivo.
- Alteração no apetite: normalmente, com tendência a comer de modo exagerado.
- Alteração do sono: insônia e agitação durante a noite (BRITTO, 2001, p. 38).

Com isso, aponta-se que o tratamento usando as funções cognitivas é importante. Tafner (1998) aponta que o sistema nervoso humano é responsável por receber estímulos externos ou internos, a partir do qual ocorre o surgimento de respostas nos músculos e nas glândulas. A gravidade do comprometimento de suas funções



impossibilita ao sistema nervoso um melhor desempenho pela integração do organismo com o seu meio em que está inserido.

De acordo com Fonseca *et al.* (2010), durante o processo de tratamento, é estritamente necessário o fortalecimento sistêmico das funções psíquicas superiores, que sequencialmente vão sendo comprometidas como praxia, e a manutenção dos aspectos simbólicos, da capacidade abstrata, da linguagem oral e escrita, da cognição referente ao ato de refletir e de resolver problemáticas e da competência de autoidentificação corporal e mental.

#### 4. ENTENDENDO SOBRE A PSICOMOTRICIDADE

Segundo a Associação Brasileira de Psicomotricidade (ABP), a Psicomotricidade pode ser definida como a ciência que tem como principal objeto de estudo o homem e o movimento do seu corpo com relação ao seu mundo interno e externo. Ela está “relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas”. E “é sustentada por três conhecimentos básicos: o movimento, o intelecto e o afeto” (ABP, [s. d.]).

Dessa forma, para complementar essa definição, Campão e Cecconello (2008) vão dizer que “a psicomotricidade tem como objetivo moldar o movimento do mesmo modo em que desenvolve os aspectos afetivos, sociais e cognitivos do indivíduo. Portanto, a Psicomotricidade é uma ciência que tem como principal objeto de estudo entender a relação do ser indivíduo com o corpo em movimento” (NICOLA, 2004).

Logo, observa-se que a Psicomotricidade está ligada ao desenvolvimento cognitivo, sendo fundamental usar das práticas e funções psíquicas, motoras e emocionais para tratar ou intervir no avanço da doença de Alzheimer.

Nesse sentido, Velasco (2005), diz que “a psicomotricidade é a ciência do homem, que leva em consideração questões biológicas, antropológicas, sociológicas e culturais do indivíduo”, a qual estuda o ser humano como um todo.



Sendo assim, Almeida (2007, p. 17) afirma que a psicomotricidade está relacionada com uma melhor qualidade de vida e um melhor desempenho físico e mental do homem. Nessa perspectiva, a ação psicomotora atua como foco de tomada de consciência nas habilidades de movimento, através do modo de agir e de se expressar ligado ao mundo interno e externo de cada pessoa.

## 5. O ALZHEIMER E SUA RELAÇÃO COM A PSICOMOTRICIDADE

Para se trabalhar os transtornos psicomotores é importante analisar o processo de recuperação e realizar avaliação e intervenção nos aspectos motores, cognitivos, que estejam ligados ao equilíbrio.

De acordo com Tribino (2006), as atividades psicomotoras são de extrema importância para que a pessoa acometida pela doença de Alzheimer (DA) aprenda a lidar com as mudanças do seu corpo e tire resultados satisfatórios de sua condição, prevenindo e mantendo uma boa autonomia física e mental.

Segundo Júnior (2009), a prevenção do Alzheimer está diretamente relacionada com o exercício físico, o qual contribui para a diminuição dos riscos de declínio cognitivo e prevalência/incidência de demências. A atividade física tem como função melhorar a perfusão cerebral através do aumento da produção de óxido nítrico associado a elevação do funcionamento da atividade anti-inflamatória com aumento na produção do neurotransmissor de acetilcolina.

Assim, atividades que estimulam o cérebro ajudam a reduzir o risco de desenvolver Alzheimer, porque mantêm o cérebro ativo, demonstrando, então, a importância da psicomotricidade no tratamento. Através da psicomotricidade, o paciente poderá: praticar exercícios; aprender algo novo, como falar uma nova língua ou tocar um instrumento; treinar a memória, memorizando a lista de compras; e jogando jogos de estratégia ou palavras cruzadas.



Segundo Andrade, Santos e Bueno (2004, p. 38), a finalidade do tratamento com a psicomotricidade:

é estacionar ou diminuir a progressão da patologia e buscar melhorias para condição emocional do paciente. As terapêuticas são relativas aos programas institucionalizados por hospitais ou universidades que realizam pesquisas, mas geralmente comportam três tipologias de atendimentos dinâmicos: o grupal, o individual e o misto no limite de uma hora e meia de duração, mas variam de acordo com o paciente. Nesses casos também são oferecidos atendimentos de apoio familiar e aos cuidadores do acometido pela patologia, pois nessa terapêutica que ocorre em fase individual e grupal os indivíduos encontram suportes emocionais sobre a realidade da patologia e como ela se correlaciona com o cotidiano de cada paciente. De forma a estimular a autonomia do indivíduo acometido pela Doença de Alzheimer a equipe multidisciplinar formaliza estratégias internas se ainda é possível contribuir-se de dicas semânticas e da escala de eficiência do processamento cognitivo para verificar a velocidade dos pensamentos e provavelmente a regressão para graus pré-conceituais. Também se analisa estratégias interventivas de cunho externo como a utilização de calendários, agendas e entre outros que são potencialmente necessárias para viabilizar a redução de dependência funcional do paciente (ANDRADE, SANTOS e BUENO, 2004, p. 38).

Tendo em vista as informações acima, considera-se importante que a equipe multiprofissional que utiliza técnicas psicomotoras com idosos, principalmente com os acometidos pela doença de Alzheimer (DA), saiba avaliar as condições psicomotoras, estabelecer metas para diminuir cada vez mais os riscos de danos causados pela idade e analisar as intervenções que tenham como objetivo à segurança do idoso.

Assim, percebe-se a necessidade do portador da doença de Alzheimer (DA) ter um tratamento acompanhado de atividade física regular focada na psicomotricidade, visando uma maior qualidade de vida e ressignificando sua forma de viver através de técnicas específicas, com alegria e prazer.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na contemporaneidade, observa-se um aumento nos casos da doença de Alzheimer, o que se torna um alerta para a sociedade em geral, uma vez que essa doença afeta de forma significativa a vida da pessoa acometida e das pessoas que convivem com



a mesma. Por isso, é necessário conhecer e se aprofundar nas questões que envolvem esse assunto, uma vez que essa demanda é cada vez maior.

Tendo em vista a questão norteadora: como a psicomotricidade pode minimizar os sintomas do Alzheimer? Teve-se como objetivo investigar o papel da psicomotricidade no tratamento da doença de Alzheimer.

Dessa forma, por meio dessa pesquisa, foi possível constatar que a Psicomotricidade traz para vida da pessoa com Alzheimer auxílios importantes em diferentes campos de sua vida, a saber: o social, o emocional, o físico e o motor, podendo contribuir para a minimização dos sintomas de Alzheimer por meio da prevenção, educação e reeducação do indivíduo, promovendo força, resistência, flexibilidade e mobilidade, além de uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ABP. O que é psicomotricidade. **Associação brasileira de psicomotricidade**, [s. d.]. Disponível em: <<http://www.psicomotricidade.com.br/apsicomotricidade.htm>>. Acesso em: 10 maio. 2022.

ALMEIDA, G. P. de. **Teoria e prática em psicomotricidade**: jogos, atividades lúdicas, expressão corporal e brincadeiras infantis. 3. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2007.

ANDRADE, V. M; SANTOS, F. H; BUENO O. F. A. **Neuropsicologia hoje**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

BORGES, S. de M. et al. Psicomotricidade e retrogrêneze: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 3, p. 131-137, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/hP88GYvFQnGcgJ39qctcCwC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2022.

BOTTINO, C. M. C.; MORENO, M. D. P. Q. Comprometimento cognitivo leve: Critérios diagnósticos e validade clínica. In: BOTTINO, C. M. C.; LAKS, J.; BLAY, S. L. **Demência e transtornos cognitivos em idoso**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A, 2006, p. 31-37.

BRITTO C, S. **Mal de Alzheimer, características e perspectivas**. Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2001. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2409/2/9710964.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2022.



CAMPÃO, D. S.; CECCONELLO, A. M. A contribuição da educação física no desenvolvimento psicomotor na educação infantil. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 13, n. 123, p. 1-29, 2008. Disponível em: <https://efdeportes.com/efd123/a-contribuicao-da-educacao-fisica-no-desenvolvimento-psicomotor-na-educacao-infantil.htm>. Acesso em: 14 jul. 2022.

CAVALCANTE, R. Uma luz sobre o Alzheimer. **Revista Superinteressante**, v. 15, n. 6, pág. 76-79, 2001. Disponível em: <https://super.abril.com.br/ciencia/uma-luz-sobre-o-alzheimer/>. Acesso em: 14 jul. 2022.

FONSECA. V. et al. **Psicomotricidade e neuropsicologia**: uma abordagem evolucionista. Rio de Janeiro: Wak Ed, 2010.

JIMENEZ, K. C. **Você sabe o que é Psicomotricidade?** 2008. Disponível em: <<http://www.ribeiraopires.net/index.php?option=com>>. Acesso em: 02. Mai. 2022.

JÚNIOR. E. D. A. **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009.

MASSAD, ANA MARIA. **Terapia de reposição hormonal**. Onde estamos? Para onde iremos? – TRH e Doença de Alzheimer. Femina, v. 28, n. 6, 2000.

NICOLA, M. **Psicomotricidade**: manual básico. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

NOGUEIRA, J. **Mal de Alzheimer**: sintomas e remédios usados no tratamento. 2009.

NORDON. D, et al. Perda cognitiva em idosos. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 11, n.3, p.58, 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/1874>. Acesso em: 14 jul. 2022.

ROWLAND, LEWIS P., M.D. **Merritt Tratado de Neurofisiologia**. 9ª edição, Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1997, p. 534-541.

SENGER, J. Prevenindo demências. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 48, n. 4, p. 278-280, 2004.

TAFNER, M. A. Redes Neurais Artificiais: Aprendizado e Plasticidade. **Revista Cérebro & Mente**, v. 2, n. 5, 1998. Disponível em: <https://www.cerebromente.org.br/n05/tecnologia/nervoso.htm>. Acesso em: 02 Mai. 2022.

TRIBINO, K. J. **Psicomotricidade**: prática terapêutica para 3ª idade. Folha. Ribeirão Pires, 2006. Disponível em: <http://www.ribeiraoonline.com.br/folha/940/artigo.htm>. Acesso em: 10 Mai. 2022.

VELASCO, G. C. **Aprendendo A Envelhecer à luz da Psicomotricidade**. São Paulo: Editora All Print. 2005.



MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL

NÚCLEO DO  
CONHECIMENTO

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO

CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br>

Enviado: Maio, 2022.

Aprovado: Julho, 2022.

---

<sup>1</sup> Pós-graduação em Saúde Mental; Pós-graduação em Saúde Pública; Graduação (Psicologia). ORCID: 0000-0002-6051-2767.

<sup>2</sup> Graduação Fisioterapia. ORCID: 0000-0002-7015-6065.