

IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER E POSSIBILIDADES DE REABILITAÇÃO

PSYCHOLOGICAL IMPACTS OF ALZHEIMER'S DISEASE AND POSSIBILITIES FOR REHABILITATION

Quelen Cristiane Fragoso dos Santos¹

Matias Trevisol²

Resumo: Os impactos decorrentes da Doença de Alzheimer caracterizam a perda de funções cognitivas progressivas, falhas na memória, linguagem e aprendizagem, que, com o tempo, tendem a se agravar com o avanço da doença. As possibilidades de reabilitação buscam melhorar o agravamento da doença, buscando uma abordagem que integra conhecimentos no período (2010 - 2020), na medicina, na neurologia e na psicologia. Objetivo: realizar uma revisão na literatura sobre os impactos e possibilidades de reabilitação da doença de Alzheimer. Método: foram realizadas buscas no período de abril a setembro de 2021, nas bases: SciELO e Pepsico, observando a data de publicação e se o texto estava de acordo com o tema da busca. Resultados: Foram encontrados dez artigos que evidenciaram os impactos e as possibilidades de reabilitação da doença de Alzheimer, nos quais ficou evidente o

1 Bacharel em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC, 2021) e pós-graduada em Neuropsicologia e Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI, 2022). Atualmente, cursa pós-graduação em Saúde Mental pela Academia Brasileira de Saúde Funcional Integrativa, mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde pela FUNIBER. Atua na linha de frente em atendimentos clínicos, avaliação e reabilitação neuropsicológica, com foco no cuidado integrativo e humanizado da saúde mental

2 Mestre em Administração pela UNOESC Chapecó (2018). Pós-graduado em Psicanálise (2025). Especialista em Gestão de Recursos Humanos pela UNOESC Chapecó (2014). Graduado em Psicologia pela UNOESC São Miguel do Oeste (2012). Professor da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Campus de São Miguel do Oeste, Unidade de Pinhalzinho, onde exerce a função de Coordenador do Curso de Psicologia. Atua também como psicólogo clínico em consultório particular, com experiência de mais de 13 anos. Conselheiro XII Plenário do CRP-12. Membro da Comissão de Orientação e Ética do CRP-12.



quanto, ainda, é importante pesquisar sobre o tema.

Palavras- chave: Doença de Alzheimer. Reabilitação. Neurologia.

Abstract: The impacts resulting from Alzheimer's Disease characterize the loss of progressive cognitive functions, memory, language and learning failures, which, over time, tend to worsen as the disease progresses. Rehabilitation possibilities seek to improve the worsening of the disease, seeking an approach that integrates knowledge in the period (2010 - 2020), in medicine, neurology and psychology. Objective: to carry out a literature review on the impacts and possibilities of rehabilitation of Alzheimer's disease. Method: searches were performed from April to September 2021, in the following databases: SciELO and Pepsico, observing the publication date and whether the text was in accordance with the search theme. Results: Ten articles were found that highlighted the impacts and possibilities of rehabilitation of Alzheimer's disease, in which it was evident how important it is still to research the subject.

Keywords: Alzheimer's Disease. Rehabilitation. Neurology.

INTRODUÇÃO

O aumento da população, proporcionalmente idosa, é um fenômeno mundial, como são, também, presentes muitas enfermidades nesta faixa etária, a doença de Alzheimer (DA) é uma das mais temíveis à medida que a idade avança. Esta forte ameaça atinge milhões de pessoas no mundo inteiro e movimenta muitos recursos relacionados ao mercado e à pesquisa na área. Muitos indivíduos permanecem invisíveis ou insensíveis ao diagnóstico e aos tratamentos disponíveis para a doença. A DA faz com que as pessoas adoecidas e seus familiares experimentem as mais temíveis penas: a perda de si mesmo, o esquecimento de seus amores, o isolamento e a solidão. Assim, ao compreender os



impactos psicológicos da doença de Alzheimer, poderemos pensar em possibilidades de reabilitação.

Este estudo buscou revisar os conhecimentos e pesquisas, realizados na última década, a fim de amenizar a dor e a ignorância que envolvem os muitos aspectos da DA. Com uma busca específica da perspectiva Psicológica para melhor entender como a patologia impacta nosso modo de viver e não apenas permeia o envelhecimento. Esta revisão contém informações baseadas em evidências científicas, recentes, sobre a DA e sua complexidade para que os novos conhecimentos sejam difundidos de forma célebre, onde tenhamos possibilidades muito além de um diagnóstico e soluções mais efetivas na prevenção ou até reversão da doença.

DOENÇA DE ALZHEIMER

O pesquisador que teve seu nome designado para nomear a doença, nasceu na Baviera, Alemanha, em 1864. Aloysius Alzheimer tornou-se independente financeiramente por meio do casamento, dedicou-se à pesquisa clínico-neuropatológica (GOEDERT; GHETTII,2007). Em 1907, Alzheimer publica um caso de demência pré-senil tanto do ponto de vista clínico quanto do anatomopatológico (ALZHEIMER, 1907), assim sendo reconhecida a originalidade de sua descoberta (CAIXETA, 2012).

Stella (2016) conceitua como disfunções persistentes e progressivas de memória, sendo caracterizada demência pelo declínio da capacidade intelectual, suficientemente grave para interferir nas atividades sociais e profissionais da vida diária, podendo representar uma condição clínica da natureza neurodegenerativa, dependendo do distúrbio e estado de consciência ou vigília, que pode ser causado pelo comprometimento do sistema nervoso central (BOTTINO, 2018). O termo demência vem do latim, dementia (de+mentia), que significa “ausência de mente”. No século XX, este conceito foi modificado por pesquisadores, pois o que fora herdado do século XVIII associava o termo a um estado irreversível e terminal.

A DA é uma doença neurodegenerativa progressiva, sendo a mais prevalente das demências



em estudos clínicos populacionais, com prevalência e incidência de 50 a 75% dos casos (HERRERA et al., 2002; NITRINI et al., 2004). Manifestação clínica que inclui a deterioração progressiva de habilidades intelectuais e declínio cognitivo. A maioria dos casos inicia-se após os 65 anos de idade (tardio), no entanto, em alguns indivíduos mais jovens (precoce) com 25 anos. Idade e baixa escolaridade são os fatores de risco importantes para o início tardio. (HESTAD; KVEBERG; ENGEDAL, 2005).

Outros fatores de risco para o início tardio são a presença do alelo e4 do gene apóε, história de traumatismo craniano com perda de consciência, descontrole de fatores de risco cardíaco-vasculares (hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia), estilo de vida sedentário e baixa demanda cognitiva ao longo da vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995). A DA com início precoce, em geral, está associada a mutações genéticas, sendo mais comumente descrita e relacionada ao gene responsável pela proteína precursora do amiloide (app) no cromossomo 21.

Independentemente da idade do aparecimento, os achados neuropatológicos em pacientes com DA são muito semelhantes: presença de placas neuríticas (senis) e emaranhados neuro-fibrilares, junto com perda neural, nutrientes distróficos e glicose em exame histológico. A DA envolve, entre vários processos, o declínio progressivo da neurotransmissão colinérgica em algumas regiões específicas, como hipocampo e córtex cerebral. À medida que a disfunção progride, a disfunção colinérgica leva à redução da capacidade de realizar atividades da vida diária, prejuízos da atenção, da memória e no surgimento de alterações de humor e de comportamento. (MAIA, 2012).

A fisiopatologia da doença de Alzheimer, é atualmente baseada na hipótese de cascata amiloide. Evidências cada vez mais estabelecidas apontam para o acúmulo de peptídeos beta-amiloides e, conseqüentemente, a formação de placa de amiloides tóxicas como a principal característica na patogênese da DA. Em estágios mais precoces, as placas de amiloides destroem os neurônios colinérgicos no prosencéfalo basal, causando distúrbios de memória e proporcionando a base para o tratamento sintomático que reforça a acetilcolina. Pode-se dizer que o depósito de material B-amiloide acaba por destruir difusamente o cérebro. Portanto, um dos mecanismos básicos relacionados ao desenvolvimento da DA refere-se a um problema de formação excessiva de B-amiloide ou de remoção



insuficiente deste. Pacientes destinados a desenvolver DA apresentam anormalidades em genes que codificam a proteína precursora de amiloide (PPA) ou nas enzimas que efetuam a clivagem dessa proteína em peptídeos menores, que por meio da liberação de aminoácidos tóxicos e seus depósitos, os neurônios são diretamente lesados. (HERRERA e colaboradores, 2002).

O apoio à hipótese de cascata de amiloide vem de estudos genéticos das formas hereditárias autossômicas dominantes raras da DA. Casos ligados à instalação precoce da doença e à mutação em pelo menos três cromossomos: 21, 14 e 1. A relação acontece na síndrome de Down (trissomia do 21) em que praticamente todos os indivíduos, depois dos 50 anos de idade, apresentam DA (TANZI e BERTMAN 2005).

Outra parte da hipótese da cascata de amiloide se refere à possibilidade de haver algo errado com a proteína que se liga ao amiloide para removê-lo, chamada de Apo-E. A ligação destes impede o desenvolvimento da DA. Porém, uma anormalidade genética em sua formação faz com que Apo-E se torne ineficaz na remoção eficiente do B-amiloide e esta passa a se acumular e a lesar os neurônios (ANDRADE, 2012).

Annunziato (2018) descreve que no ano 2000, o número de pessoas com DA nos Estados Unidos era de 4,5 milhões. A porcentagem de indivíduos com DA duplicava aproximadamente a cada 5 anos, em idade a partir dos 60 anos, representando 1% aos 60 anos e em torno de 30% aos 85 anos. Sem avanços no tratamento, a previsão do número de casos sintomáticos nos EUA é aumentar para 123,2 milhões em 2050, sendo estimado um alto custo para o cuidado dos pacientes.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial corroboram para o encaminhamento ágil, adequado e para atendimento especializado; algo de caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos. Assim surge a questão, para que diagnosticar precocemente uma doença que é incurável? Fazendo isso, aumentamos a oportunidade de antecipar a notícia de doença devastadora para a família. Já existe, no entanto, um corpo razoável de evidências científicas. DICKERSON et al., (2007) indicando que o diagnóstico precoce da DA cria a oportunidade para o início mais rápido do tratamento, além de permitir à família e ao paciente que programem



com o tempo a melhor forma de lidar com a patologia e buscar recursos de saúde sem desespero. CAIXETA (2006).

O uso da avaliação clínica (neuropsicológica) para o diagnóstico precoce, é fundamental, uma vez que o paciente efetivamente apresenta características que sinalizam um processo mórbido. Para conseguir mapear a doença é preciso focar nos insights e compreender melhor o fenômeno complexo de passagem da condição de normalidade para disfunção, tal diagnóstico congrega a complexidade das seguintes áreas: neuropsicologia, clínica médica, psicopatologia, imagiologia, genética, além de múltiplas outras variáveis que precisam ser devidamente reunidas e sistematizadas pelo médico. (CAIXETA, 2012).

Quando se entende e estuda as atividades nervosas superiores é preciso ter a noção necessária para poder qualificar o distúrbio e não simplesmente constatá-lo. Somente uma avaliação cuidadosa e bem feita levará a uma compreensão e análise neuropsicológica. Os fatores resultantes deste exame qualitativo contribuem para melhorar o caminho da indicação quanto à reeducação no processo do paciente. (CAIXETA, 2012).

OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Quando pensamos em apresentar o impacto dos domínios psicológicos que a DA altera nos pacientes, começamos pelas dificuldades de comunicação e a avaliação neuro-psicolinguística para promover uma melhor qualidade de vida ao paciente, cuidadores e familiares. A forma verbal ou não verbal que o ser humano se comunica é o passaporte para suas relações interpessoais e inserção social do indivíduo no mundo em que vive. Como podemos compreender o complexo e dinâmico modelo de símbolos o qual é utilizado para que a comunicação e o pensamento possam ser emitidos e entendidos de forma independente e eficaz, qualquer que seja seu modo de apresentação. (ASHA, 1990). E a definição que envolve o todo da comunicação, não é apenas um processo isolado, mas envolve inteligibilidade da fala e compreensão, leitura, entre outros. CAIXETA, 2006).



Nesse sentido, o foco passa a ser a eficiência e a independência da comunicação como resposta apropriada à demanda do cotidiano (FRATALLI et al., 1995). Os vários processos mentais que envolvem o uso da linguagem incluem o uso da informação linguística, formação de sistemas conceitual e perceptual não linguísticos. (ORTIZ; BERTOLUCCI, 2005).

O prejuízo da linguagem na DA acompanha os estágios da doença, que pode progredir com velocidade variável. Sendo que, durante a avaliação neurolinguística, os déficits mnêmicos são claramente observados pelo rápido esquecimento de solicitações verbais, histórias e figuras (ORTIZ; BERTOLUCCI, 2005). Os pacientes costumam rememorar fatos pretéritos, e alguns confundem eventos atuais com aqueles já vividos. (KENSINGER; KRENDL; CORKIN, 2005).

Os estágios iniciais da doença caracterizam-se pela presença de anomias (dificuldade em encontrar palavras e nomear objetos), substituição de palavras e tendência para usar termos gerais, como no caso de hiperônimos (“animal” por “cachorro”) e emissão de parafasias semânticas, quando há troca por categoria semântica semelhante (“cachimbo” por “cigarro”). Observa-se na linguagem espontânea o uso de pleonasmos. Nesta fase, ainda se encontra preservada a função epilinguística, com frequente correção e reconhecimento dos próprios erros. (KOCH; TRAVAGLIA, 1990).

A linguagem mostra-se elíptica, com presença de circunlocuções, isto é, utilização de expressões vazias, generalizadas, como por exemplo: “pegar aquele negócio”. O vocabulário torna-se empobrecido e há redução da fluência verbal (MANSUR et al., 2005). O déficit na memória episódica é, geralmente, expresso pelo esquecimento de nomes de pessoas, de locais onde guardou objetos e pela presença de repetições (questionamentos, afirmações) na conversação.

A incoerência discursiva, quando já manifesta, mostra o comprometimento da memória episódica e das funções executivas. As alterações de memória verbal e viso-espacial são expressas pelo esquecimento de recados e pela frequência com que o paciente pode perder-se em locais que já conhece. (IZQUIERDO, 2002).

O quadro 1 demonstra como ocorre a síntese das alterações de linguagem na doença de Alzheimer.



Quadro 1 - Síntese das Alterações de Linguagem a Doença de Alzheimer

SINAIS	ESTÁGIO INICIAL	ESTÁGIO INTERMEDIÁRIO	E S T Á G I O AVANÇADO
Dificuldades de memória	x	xx	xxx
Presença de anomia e produção de parafasias e neologismos	x	xx	xxx
Presença de alterações pragmáticas	x	xx	xxx
Alterações sintáticas		x	xx
Desrespeito às leis conversacionais (de natureza pragmática)		x	xx
Redução de conversação			x
Presença de ecolalia			x
Comprometimento auditivo para a linguagem oral			x

Fonte: Beilke e Pinho (2010)

Com a caracterização e o entendimento de como estão ocorrendo as alterações no paciente, podemos prosseguir para uma melhor investigação das funções cognitivas e linguísticas que levam à avaliação neurolinguística para entender a importância desses papéis exercidos no processo da compreensão e produção de linguagem. (CAIXETA 2012).

A perda de memória é um sintoma que permeia todos os estágios da doença, mas é uma forma de entender quando pode ser algo mais sério. Assim como um sujeito é alguém independente e inesperadamente torna-se dependente, pois tem um adoecimento de peso emocional devastador. Ao perder as lembranças e memória, o indivíduo fica sem a subjetiva identidade. (ANNUNCIATO, 2018).

DÉFICITS ASSOCIADOS A DOENÇA DE ALZHEIMER

A seguir, serão apresentados alguns dos sinais que a DA pode relacionar conforme o estágio e avanço da patologia.



Atenção

Atendendo a diversos critérios, a atenção é a função ou operacionalização que pode ser classificada como: seletiva, dividida, sustentada ou alternada. (CAIXETA 2006). Alternada é atenção definida como a capacidade de alternar o foco atencional de um estímulo a outro durante a execução de uma tarefa, sua diferença da atenção dividida, pois nesta o foco intencional é mantido em mais de um estímulo simultaneamente. (SISTO et al., 2006).

Já, a atenção concentrada refere-se à capacidade de selecionar um estímulo dentre vários, enquanto a atenção sustentada se refere à capacidade de o indivíduo manter sua atenção em um estímulo ou uma sequência de estímulos durante o tempo necessário para a execução de uma tarefa. (REUDA, SISTO, 2009).

Na evolução da DA, os déficits atencionais surgem relativamente cedo. Normalmente, após a instalação dos déficits de memória episódica, mas em geral, antes das manifestações das alterações de linguagem e viso-espaciais. Nos pacientes com DA, o nível de atenção sustentada está relativamente preservado, mas o uso do tempo na execução da tarefa tende a afetar a qualidade do desempenho, sobretudo nas fases mais avançadas do estágio moderado e com tarefas de discriminação, o que sugere alterações na vigilância. (CAIXETA, 2012).

Memória

O prejuízo de memória é o evento clínico de maior magnitude para o diagnóstico da DA (DICKERSON; EICHENBAUM, 2012). Geralmente, nos estágios iniciais encontra-se o comprometimento da memória episódica e dificuldades na aquisição de novas informações, com aprendizado comprometido (justificáveis provavelmente, porque a patologia hipocampal na DA é mais precoce, seletiva e universal), evoluindo de forma gradual com prejuízos em outras funções



cognitivas. (GALLUCI NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

Os pacientes com DA apresentam dificuldades na aquisição e na consolidação da informação por falhas de codificação e, conseqüentemente, a informação não é transferida da memória de curto prazo para a de longo prazo (característica “amnésia”). Prejuízos na retenção, exemplificados pela amnésia clássica, são caracterizados por dificuldades em tarefas de recuperação e de reconhecimento. (CAIXETA, 2012)

Como existe uma inabilidade fundamental para “baixar” a informação, o paciente beneficia-se pouco de questões fechadas e alternativas de múltipla escolha em relação a questões abertas. Existe uma perda de informação, por exemplo, de um pequeno relatório, de uma recuperação imediata para uma recuperação posterior. (DICKERSON; EICHENBAUM, 2010).

Linguagem

As limitações envolvendo a linguagem acontecem devido a uma ruptura primária nos elementos estruturais da linguagem-fonologia, sintaxe e semântica ou como uma consequência de fatores não linguísticos, tais como memória de curto prazo, motivação, prosódia, funcionamento estratégico, pragmatismo e percepção social. (JAKUBOVICZ; MEINBERG, 1992). A presença de erros gramaticais ou parafasias do tipo fonêmico, e do tipo semântico, surgindo assim uma afasia associada com disfunções corticais, afetando as áreas clássicas da linguagem.

Quando realizados os testes padrões de repetição de nomeação e de compreensão linguística, os pacientes obtêm resultados pobres. Uma disparidade semântica na qual o paciente tem grande dificuldade tanto para nomear quanto para entender o significado de palavras individuais, apesar de uma fala gramaticalmente fluente, demonstra associação com lesões circunscritas, envolvendo os giros temporal, inferior e médio. (BAYLES, 1982).

O lobo frontal com disfunção está associado à redução de produção na fala, levando o paciente progressivamente a falar menos e de forma a responder questões em formato breve. Resultados pobres



nas tarefas linguísticas podem ocorrer devido ao modo apressado de responder, demonstrando uma natureza aleatória de erros e ausência de evidência positiva ou distúrbios gramaticais. (SOUZA et al., 2008).

Lesões subcorticais provocam problemas na recuperação de palavras, e os pacientes apresentam desempenho ruim nas tarefas de nomeação. O desempenho de nomeação em uma tarefa fechada costuma ser superior ao desempenho em tarefas abertas, envolvendo geração de informação, como a influência verbal. Os pacientes não têm dificuldade para entender o significado das palavras individuais, mas de nomeá-las, pois cometem erros na compreensão, devido à necessidade de aplicar esforço mental e manipulação mental de informações. (COSTELLO; WARRINGTON, 1989).

Percepção

Ocorrem problemas na percepção no nível da discriminação sensorial, da aquisição de uma percepção estruturada (agnosia perceptiva) ou atribuição de significado. As regiões envolvidas são a occipital, a parietal e o córtex temporal respectivamente. (EFRON, 1968). Mesmo com uma acuidade visual preservada, os pacientes podem apresentar distúrbios de discriminação sensorial, provocando comprometimento na detecção de formas elementares e em testes de combinação. Os distúrbios perceptuais assim como reconhecimento de objetos são alterados secundariamente, pois muitas tarefas elementares de discriminação sensorial são executadas normalmente, no entanto, o paciente tem dificuldade no reconhecimento de objetos, em especial, quando eles são superpostos em outros, quando o objeto está inacabado ou apresentado com uma orientação incomum. (DE RENZI; SCOTTI; SPINNLER, 1969).

O paciente apresenta dificuldade para copiar linhas de desenho, embora na agnosia associativa possa discriminar entre estímulos similares de percepção, encontrar identidades e copiar desenhos de objetos que não reconhece, indicando que o problema de reconhecimento reside na atribuição de significado, percepção normal. A Falha no reconhecimento de objetos, entretanto, pode não ser total.



O paciente pode ser bem sucedido ao classificar figuras, mas pode falhar em uma identificação mais precisa. (DE RENZI; SCOTTI; SPINNLER, 1969).

Orientação Espacial

Os lobos parietais fazem com que ocorra a orientação espacial, incluindo habilidade para localizar e apreciar os relacionamentos espaciais entre os objetos. Os distúrbios viso-espaciais manifestam-se em tarefas como orientação linear, contagem de pontos, combinação de localizações espaciais e estimação cúbica. Ao desenhar e realizar tarefas de construção de blocos, há uma perda da configuração espacial, como um todo e desordem entre os elementos (distúrbio viso-construtivo). O sujeito não consegue indicar, em um grupo de objetos, aquele que está mais longe ou mais próximo, que está mais à direita ou à esquerda, mais comprido ou curto.

Muitas vezes, a orientação espacial pode ser comprometida por razões que não são primariamente espaciais, podem ocorrer devido a habilidades estratégicas e organizacionais pobres, associadas com a disfunção do lobo frontal. Dessa forma, observa-se um desempenho inadequado, resultante de dificuldades organizacionais em vez de espaciais, que apresentam características diferentes. (HEILMAN VALENSTEIN, 1979).

Apraxias Motoras

Trata-se da memória do ato motor. Ocorrendo falhas nos comandos motores, em pacientes que estejam bem fisicamente (sem déficits motores ou alterações da compreensão), podem ocorrer como resultado de uma apraxia primária associada com danos às regiões parietais e – ou frontais, pré-motora ou superior. Paralelamente, de forma secundária, há um distúrbio espacial relacionado à disfunção do lobo parietal ou a uma dificuldade em sequenciamento temporal associado com lesões do lobo frontal e regiões subcorticais. Pacientes apráxicos apresentam dificuldade para conceituar



a ação apropriada (apraxia conceitual), em outros, o problema reside em converter a ideia em ação (apraxia ideomotora). Alguns pacientes até tem discernimento e reconhecem a discrepância entre a intenção e a resposta executada.

A apraxia assimétrica ocorre quando as respostas motoras alteradas correspondem à disfunção espacial e são, em geral, bilaterais e simétricas (HEILMAN VALENSTEIN, 1979). Também, pode ser distinguida da disfunção espacial em função da preservação do desempenho nas tarefas espaciais, nas quais as respostas motoras são minimizadas ou eliminadas, como orientação esquerda, direita ou contagem de pontos. (WALDEMAR et al., 2007).

Pacientes com dificuldades sequenciais cronológicas secundárias à disfunção do lobo frontal são capazes de imitar posturas da mão corretamente, mas incapazes de reproduzi-las em sequência. Pode haver preservação de respostas de uma sequência motora para a próxima. (LÚRIA, 1966).

Funções Executivas Frontais

Várias tarefas que envolvem habilidades de planejamento, organização, sequenciamento, abstração, tomada de decisão, juízo crítico e uso de estratégias em atividades voltadas a um objetivo final, são sensíveis aos danos do lobo frontal e àquelas estruturas subcorticais que se projetam dessas regiões. Tais alterações ajudam a distinguir o desempenho e as características dessas funções. Desajuste na geração de palavras e em tarefas de fluência verbal, demonstram desproporcionalidade no padrão de nomeação das coisas.

Se a disfunção no lobo frontal for primária acarretará respostas concretas, denotando inabilidade de abstrair conceitos. Observa-se, também, a inabilidade quando ocorre mudança no setting mental. O desempenho deficitário que ocorre por razões não frontais costuma não perdurar, e os pacientes podem oscilar de uma tarefa para outra.



DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Conforme o DSM-5 (2013), o diagnóstico de DA é iniciado com a constatação de transtorno neurocognitivo (TNC), a partir daí as características centrais de TNC maior ou leve, devido à doença de Alzheimer, incluem início insidioso e progressão gradual dos sintomas. A apresentação característica é amnésica, mas também existem apresentações não amnésicas incomuns, em especial visuais, espaciais e afásicas.

Na fase leve do TNC, a doença de Alzheimer costuma se manifestar com prejuízo na memória e na aprendizagem, por vezes, acompanhado de deficiências em funções executivas, como o planejamento e a organização. Quando o TNC é moderado a grave, geralmente, estão também prejudicadas a capacidade viso-construtiva/percetomotora e a linguagem; a cognição social tende a ficar preservada até mais tarde no curso da doença.

Pode-se dividir o diagnóstico de transtorno neuro-cognitivo leve ou maior devido à DA em possível e provável, considerando os casos em que há histórico familiar ou teste genético sugestivo de presença da doença; enquanto caracteriza-se possíveis os casos em que a sintomatologia e a história natural da doença sejam compatíveis com a doença de Alzheimer, sem que haja histórico familiar ou teste genético sugestivo da doença.

Apesar de biomarcadores, como a dosagem de metabólitos da proteína tau (responsável pelo desenvolvimento dos emaranhados neurofibrilares) e de peptídeo B- amiloide (responsável pela formação das placas amiloides) estarem sendo estudados, o diagnóstico de confirmação, atualmente, só pode ser dado por meio de visualização do tecido nervoso, apresentando as patologias discutidas anteriormente, o que raramente ocorre in vivo, dados os riscos envolvidos numa biópsia cerebral e a acurácia do diagnóstico clínico. (STAHL, 2014). Portanto, para que o diagnóstico seja o mais acurado possível, são necessárias uma boa anamnese e uma boa história clínica. (KUMAR et al., 2016).



Tratamento

No tratamento da DA, além dos medicamentos, são necessárias intervenções não farmacológicas que, muitas vezes, são tão ou mais eficazes no manejo de sintomas comportamentais e psicológicos. Essas intervenções incluem reabilitações cognitivas/neuropsicológicas, terapia ocupacional, fisioterapia, psicoterapia, musicoterapia, dentre outras. (CARVALHO et al., 2016).

Atualmente, o tratamento farmacológico da DA se dispõe de quatro fármacos: donepezila, galantamina, rivastigmina e memantina. Donepezila, galantamina e rivastigmina são inibidores da acetilcolinesterase, ou seja, atuam inibindo a enzima que destrói a acetilcolina, aumentando assim a disponibilidade desse neurotransmissor. A memantina, por sua vez, é um antagonista não competitivo dos receptores, reduz os efeitos da liberação excessiva desse neurotransmissor que ocorre na DA (STAHL, 2014; STAHL, 2017).

Esses fármacos agem nos sintomas da doença, mas não conseguem impedir sua progressão. Entretanto, numerosos ensaios clínicos estão sendo realizados, pesquisando como atacar a doença de formas diferentes, como a imunoterapia para diminuir a deposição de B-amiloides e de proteína tau, ou mesmo para tentar reverter a degeneração causada pela doença no encéfalo. (STAHL, 2014; KANDEL, 2014). No Brasil, esses medicamentos podem ser obtidos gratuitamente pelo Programa de Medicação de Alto Custo do SUS. Também são utilizados medicamentos para tratar sintomas de depressão, ansiedade e sintomas psicóticos.

POSSIBILIDADE DE REABILITAÇÃO DAS PESSOAS COM ALZHEIMER

O ideal da eterna juventude não é apenas uma alegoria de histórias fantásticas. Trata-se, mais do que isso, de um ideal que continua sendo perseguido ainda que disfarçadamente. Com o desenvolvimento da civilização industrial, o envelhecimento se transformou em um grande temor, pois atualmente vivemos com o terror embutido na ideia de tornar-se velho. Na era da informação e



tecnologia, envelhecer incorpora outro significado, a possibilidade de desenvolver uma doença que subtrai aquilo que se tem de mais precioso – a memória, a crítica, o próprio eu, os amores. Trata-se da doença de Alzheimer. (ANNUNCIATO, 2018).

Um novo alento vem sendo dado a uma área relativamente nova no âmbito dos estudos da DA, e sua prevenção. Resultados de vários estudos observacionais publicados durante a última década sugerem que alguns fatores associados a doença podem ser modificados. Porém um pouco distante, mas possível.

Compreendendo de maneira adequada, os fatores envolvidos na gênese do processo patológico, obviamente se aumenta a probabilidade de chegar ao conhecimento relativo à profilaxia do referido processo de adoecimento. Uma boa investigação das potenciais causas de DA tem como base identificar, de forma simples, a associação entre certos fatores ou eventos (exposições) e demência (ALMEIDA, 2006).

MÉTODOS

Este estudo propõe uma revisão da literatura científica, que apresenta como método a busca, seleção, análise e descrição da produção científica de um determinado tema ou área, de forma integrada e crítica, assim como, a apresentação das lacunas e possibilidades de novas pesquisas. (ALVES; ROSA; SILVA; SARDINHA, 2016). Esse tipo de estudo pode ser realizado na forma de categorização ou na forma de análise crítica e os procedimentos adotados nesta revisão foram: (a) identificação do tema e da questão norteadora; (b) escolha de descritores a serem utilizados na pesquisa; (c) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; (c) categorização dos estudos; (d) avaliação das pesquisas; (e) interpretação dos resultados; (f) síntese do conhecimento.

De acordo com Fonseca (2002, p. 32), a pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Por isso, qualquer trabalho científico deve ser iniciado com



uma pesquisa bibliográfica. Este passo inicial permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Entretanto, existem pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta. (FONSECA, 2002, p. 32).

Nesta pesquisa, realizou-se a busca nas bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library Online- SciELO e Periódicos Eletrônicos em Psicologia - PePSIC com as palavras-chave Alzheimer, reabilitação, por abrangerem mais publicações que outros termos. Essas bases foram escolhidas por serem bases eletrônicas de periódicos brasileiros.

Os critérios de inclusão estabelecidos para esse estudo foram (a) artigos indexados; (b) publicações nacionais; (c) publicados no período de 2010 a 2020; (d) estudos de delineamento empírico. Já, os critérios de exclusão foram: (a) temática central que não contemplava o objetivo da pesquisa; (b) artigos publicados no período anterior a 2010 e posterior a 2020; (c) artigos com dupla indexação e (d) estudos teóricos ou que focalizavam temáticas não relacionadas a Alzheimer e Reabilitação.

A consulta às duas bases de dados foi realizada entre os meses de abril e setembro de 2021, tendo sido localizados 10 artigos, na base de dados PePSIC e 03 na base de dados SciELO.

A partir dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos localizados inicialmente, foi excluído 01, que estava fora do período estabelecido para a pesquisa (1 publicação anterior).

Observou-se um aumento na produção científica na última década no Brasil, o que justifica a presente revisão. Foram excluídos, ainda, 02 artigos que estudavam a DA na perspectiva de outras áreas, ou não tratavam de pesquisas empíricas (teóricos, de revisões e levantamentos históricos), a maioria das pesquisas foi de delineamento empírico. Ao considerar apenas os artigos que empregaram Alzheimer e Reabilitação, em pesquisas empíricas, foram selecionados 10 artigos, que foram analisados segundo o tema citado, os seus objetivos e as amostras empregadas se enquadraram nos critérios requisitados. Assim, observa-se uma tendência de aumento da produção, mas com certa irregularidade.



ANÁLISE DOS DADOS

Este trabalho propõe apresentar a DA e seus impactos psicológicos, as possibilidades de reabilitação psicológica como um processo individualizado, com potencialidades únicas e distintas, fazendo-se distinção entre velhice normal e patológica. O Alzheimer é uma doença em que as células do cérebro e suas conexões se degeneram e morrem.

A perda de memória é o sinal mais evidente e conhecido. Porém, o indivíduo também pode apresentar confusão mental, instabilidade emocional e regressão na capacidade motora. A DA é a causa mais comum de demência, responsável por 70% de todos os casos no mundo. Pode-se caracterizar demência como um estado persistente de deterioração cognitiva, incluindo perda de memória, dificuldade de comunicação e de compreensão, diminuição da capacidade de atenção; de deterioração funcional, incluindo problemas de coordenação e de percepção visual; e de deterioração emocional, incluindo sintomas depressivos, ansiosos, delírios, alucinações e agressividade. (APOSTOLOVA et al., 2012).

Entre 2012 e 2015, a doença registrou aumento de 75% nos casos de internação nos hospitais brasileiros. Atualmente, estima-se haver cerca de 35,6 milhões de pessoas com este tipo de demência no mundo. Este número vai, praticamente, dobrar até 2030 e triplicar em 2050, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 2020. No Brasil, a possibilidade é de que existam cerca de 1,2 milhões de pessoas com DA. Ressalta-se que a maior parte das pessoas com a doença ainda não recebeu o diagnóstico médico e o tratamento necessário.

O problema cognitivo foi descrito pela primeira vez em 1906 pelo psiquiatra e neurologista alemão Alois Alzheimer. No dia 21 de setembro de 1994, em Edimburgo, capital da Escócia, foi aberta a 10ª conferência anual da Alzheimer's Disease International, momento no qual se lançou a campanha do Dia Mundial do Alzheimer. A conferência foi presidida pela princesa Yasmin Aga Khan, filha da atriz Rita Hayworth diagnosticada com Alzheimer no início da década de 80, faleceu em decorrência



da doença em 1987. (INFORMA SUS).

A campanha foi criada por meio da assinatura de um documento em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS), com participação do médico brasileiro José Manuel Bertolone, funcionário da OMS à época. A campanha, então, originou-se como forma de conscientizar e informar os líderes, políticos e a população do mundo todo sobre a Doença de Alzheimer. O documento incentivava a criação, em nível global, de organizações locais de apoio a doentes e seus familiares. Atualmente, existem inúmeras instituições de Alzheimer pelo mundo. No Brasil, temos a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ).

Mas, passou-se mais de um século e com o aumento da expectativa de vida da população, mais famílias começaram a conviver com pessoas que “vão desaparecendo”, perdem suas identidades, regridem em seus comportamentos emocionais e motores, necessitando de cuidados específicos 24 horas por dia, sete dias por semana.

Mesmo que o acúmulo de casos mostre que a doença tenha uma inclinação genética importante, ainda, não eram claras as evidências sobre o que ocorria no cérebro das pessoas diagnosticadas com Alzheimer. Até bem pouco tempo, faltavam indicadores sobre o que potencializava o risco durante o desenvolvimento de todo o processo. E sem saber a causa, era extremamente delicado falar sobre algo primordial, mas totalmente desconhecido: a prevenção e reabilitação.

Analisando da seguinte forma: se não conhecemos a causa, não podemos impedir o resultado. Ao longo dos anos, com estudos, análise de casos e a preocupação crescente de não deixar que um ente querido fosse devastado pela falta de lembranças, muitos especialistas estão encontrando respostas contundentes para que a prevenção já possa ser aplicada, e que a regressão da doença seja algo concreto e possível (ANNUNCIATO, 2018).

Pesquisadores da área, juntamente com Dr. BREDSSEN (2018) já identificaram que no cérebro, de quem tem Alzheimer, há maior concentração de uma proteína chamada de beta-amiloide, sendo ela uma das responsáveis pela distribuição da capacidade de lembrar. Esta proteína foi considerada desde sempre a grande vilã do problema, muito dinheiro e já foi gasto na tentativa de “quebrar as placas”.



Mas a grande surpresa para os pesquisadores foi a descoberta de que estas placas surgem com a tentativa de ajudar a proteger nossos neurônios, quando o cérebro se sente ameaçado.

Estudos mais avançados BREDESEN (2018), constataram que esta proteína beta-amiloide tem uma ligação importantíssima entre Alzheimer e diabetes. As pesquisas mais recentes indicam que a glicose e, conseqüentemente, a insulina elevada no sangue (insulinemia) podem aumentar rapidamente os níveis de beta-amiloide, abrindo o caminho para todos os fenômenos cerebrais que resultam na perda de memória e funções cognitivas.

Além disso, os ensaios científicos de ANNUNCIATO (2018) mostram conexões entre outras doenças. Partículas tóxicas típicas da DA (as ADDLs) deixam os neurônios resistentes a insulina e isso prejudica a transmissão de dados entre eles.

Estes ensaios permitiram a compreensão de forma única quanto as causas da doença, não apenas ter que aceitar as conseqüências. Uma vez apresentada os enfoques teóricos do trabalho, posteriormente estará disposto cronologicamente os títulos e como se deu a evolução deste trabalho de revisão de literatura.

No quadro abaixo estão os artigos selecionados na revisão de literatura e seus descritores.

Quadro 02 - Evolução da pesquisa sobre a doença de Alzheimer

Autor	Título do artigo	Ano
Oliveira	O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do programa de enriquecimento instrumental (PEI)	2010
Da- Silva et al.	Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos.	2011
Vale et al.	Tratamento da doença de Alzheimer no Brasil: I. Dos transtornos cognitivos.	2011
Gutierrez et al.	Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos?	2013
Carvalho; Magalhães; Pedroso	Tratamento não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2016
Andrade et al.	Estimulação transcraniana por corrente continua no tratamento adjuvante da doença de Alzheimer.	2016



Morello; L i m a ; Brandão	Linguagem e intervenções da comunicação na doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. intervenção de comunicação em Alzheimer	2017
Vilela et al.	O que as revisões sistemáticas Cochrane falam sobre intervenções não farmacológicas para o tratamento de declínio cognitivo e demência?	2017
Madureira et al.	Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2018
Sá et al.	Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura.	2019

Fonte: os autores (2021).

Conforme o quadro mostrou, podemos compreender como os estudos vem acontecendo e as pesquisas avançado em busca das possibilidades de reabilitação no contexto da última década. A ampliação das pesquisas contribui para mudanças de paradigmas relacionados ao envelhecimento e maximização do saber e possível reabilitação da DA.

O artigo do ano de 2010, O ENVELHECIMENTO, A DOENÇA DE ALZHEIMER E AS CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA DE ENRIQUECIMENTO INSTRUMENTAL (PEI), demonstra o quanto o envelhecimento bem sucedido depende em grande parte da prevenção de doenças. Com uma adequação do condicionamento físico e preservação das funções cognitivas, porque os estudos mostram em idosos que possuem leves alterações cognitivas tendem um maior risco de desenvolver a DA. (OLIVEIRA, 2010).

Considerando-se que um cérebro afetado, acarreta perda de memórias e vários comprometimentos cognitivos, vêm sendo propostas alternativas de tratamento além da terapêutica farmacológica caracterizando a reabilitação neuropsicológica. Neste trabalho, em especial, foi abordado o uso do Programa de Enriquecimento Instrumental e da Experiência de Aprendizagem Mediada, visando favorecer a otimização das capacidades residuais e a diminuição dos impactos negativos na qualidade de vida das pessoas.

No estudo de março de 2011, PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DA



MEMÓRIA APLICADA À DEMÊNCIA: UM ESTUDO NÃO CONTROLADO INTRASUJEITOS, relata a participação de idosos com DA e outras demências que participaram de oficinas de reabilitação, com jardinagem e pistas coloridas e ao término do programa houve aumento nos escores dos testes de aprendizagem e memória. Paralelamente, observou-se a redução nos escores de Depressão e estas reduções estavam associadas ao tratamento com anticolinesterásicos.

Em um outro artigo de setembro de 2011, TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER NO BRASIL: I. DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS, este estudo a recomendação da Academia Brasileira de Neurologia, por intermédio do seu Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento, o consenso envolve pesquisadores da área médica e outros profissionais. Buscando direcionamento para tratamento farmacológicos e alternativos dos transtornos cognitivos da DA. A inclusão dos fármacos na recuperação terapêutica inclui: inibidores de acetilcolinesterase, memantina e outros fármacos e substâncias. Quanto as recomendações não farmacológicas incluem reabilitação cognitiva, atividade física, terapia ocupacional e musicoterapia e acompanhamento psicológico para os sintomas comportamentais da demência.

O estudo de 2013, IMPACTO ECONÔMICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER NO BRASIL: é possível melhorar a assistência e reduzir custos? Com o objetivo de reduzir os custos relacionados a DA quanto a assistência e auxílio a famílias e cuidadores no manejo com a DA. Quando a doença está no estágio leve é o custo do tempo para o cuidador não remunerado, enquanto que aqueles que a doença está mais avançada é o cuidado com relação a institucionalização. A literatura indica GUTIERREZ et al., (2013) frente a este panorama modelos de atenção que possibilitem maximizar a independência funcional do idoso e a manutenção de suas habilidades, porém é algo que precisa ser discutido estruturado e implantado na realidade brasileira.

Em 2016, este estudo TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS QUE MELHORAM A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA, buscando revisar a literatura nos últimos dez anos e os trabalhos que se adequaram aos objetivos do tema mostraram que os tratamentos mais descritos indicavam reabilitação tanto



cognitiva quanto multidisciplinar. Estas técnicas se mostraram capazes de melhorar a qualidade de vida em idosos com a doença leve.

Na pesquisa de 2016, ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA POR CORRENTE CONTINUA NO TRATAMENTO ADJUVANTE DA DOENÇA DE ALZHEIMER: ESTUDO DE CASO. Relato do caso de um paciente com 73 anos de idade, diagnosticado com doença de Alzheimer, submetido a 10 sessões diárias de estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC).

A ETCC foi aplicada sobre o córtex dorsolateral esquerdo como terapêutica adjuvante ao tratamento tradicional que o paciente recebia (medicação anticolinérgica e treino cognitivo). Os resultados obtidos demonstraram que a ETCC teve um efeito estabilizador sobre a função cognitiva geral do paciente e levou ao aumento do desempenho em todos os testes. Os resultados preliminares indicam que a ETCC tem um potencial terapêutico adjuvante para a reabilitação cognitiva na doença de Alzheimer.

Em setembro de 2017, a LINGUAGEM E INTERVENÇÕES DA COMUNICAÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. INTERVENÇÃO DE COMUNICAÇÃO EM ALZHEIMER. A doença de Alzheimer (DA) compromete consideravelmente as habilidades de comunicação. À medida que a doença avança ocorre a deterioração da linguagem e da cognição reduzindo a capacidade de manter conversas, o que tem um impacto negativo na interação social. Realizando intervenções focadas na linguagem constatou-se que na maioria das intervenções houve benefícios para pelo menos uma linguagem ou habilidade comunicativa, apontando maiores níveis de evidência e são recomendadas na investigação de intervenções focadas em linguagem e habilidades de comunicação de pacientes com demência.

No estudo de 2017, O QUE AS REVISÕES SISTEMÁTICAS COCHRANE FALAM SOBRE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O TRATAMENTO DE DECLÍNIO COGNITIVO E DEMÊNCIA? Demência é uma condição com alta prevalência e incidência global. Sua característica crônica e progressiva tem impacto em aspectos físicos, psicossociais e na saúde pública. Foram incluídas revisões Cochrane sobre intervenções não farmacológicas para disfunções



cognitivas e/ou qualquer tipo de demência, após a avaliação realizada de forma independente por dois autores.

As revisões mostraram que ingestão de carboidratos e a terapia de validação podem ser benéficas para distúrbios cognitivos. Para demência, existe benefício potencial de programas de atividade física, treino cognitivo, tratamentos psicológicos, aromaterapia, terapia com luz, reabilitação cognitiva, estimulação cognitiva, oxigenoterapia hiperbárica associada a donepezila, análise funcional, terapia de reminiscência, estimulação elétrica transcutânea, decisão estruturada em opções de alimentação, abordagem de gestão de casos e intervenções aplicadas por trabalhadores na área de saúde não especialistas e por unidades de cuidado especializado. Várias intervenções não farmacológicas para pacientes com comprometimento cognitivo e demência tem sido estudadas, mostrando benefícios potenciais.

Noartigode2018,EFEITOSDEPROGRAMASDEREABILITAÇÃOMULTIDISCILPLINAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. As ações multidisciplinares com pacientes com DA objetivam interferir diretamente no processo saúde/doença, com uma abordagem integral aos indivíduos e familiares, adequadas as suas realidades. Os estudos evidenciaram a eficiência desta opção de tratamento com pacientes de DA, melhoras significativas nos sintomas neuropsiquiátricos e qualidade de vida. No entanto quanto a cognição os resultados não foram significativos ou conflitantes.

Em 2018, chegou ao brasil o livro “O FIM DO ALZHEIMER: O PRIMEIRO PROGRAMA PARA PREVINIR E REVERTER O DECLÍNIO COGNITIVO do autor Dr. Dale E. Bredesen que é conhecido internacionalmente como especialista nos mecanismos de doenças degenerativas e preside instituições de renome em sua área.

Na revisão de Literatura 2019, EFICÁCIA COGNITIVA NA MELHORIA E MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. Com o intuito de validar a eficácia da reabilitação cognitiva em pacientes com DA em estágio leve a moderado, o estudo apresentou reabilitação



cognitiva com intervenções não farmacológicas. Os estudos demonstraram melhora no desempenho dos pacientes nos instrumentos de avaliação, principalmente no que diz respeito a realização de atividades da vida diária, demonstrando o quanto a independência do paciente é uma consequência da reabilitação nas atividades diárias gerando alterações funcionais e estruturais. Porém é necessário a realização de mais estudos para comprovação e aplicação desta prática.

Pensando em formas e possibilidades de como colocarmos em prática todos estes conhecimentos optou-se por fazer a conexão entre os saberes já demonstrados anteriormente com a Psicologia através da Psicoeducação: que é uma técnica da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), reconhecida por auxiliar novos padrões de pensamento e comportamento (LEAHY, 2004). Nesta abordagem a colaboração e a psicoeducação visam desenvolver estratégias para que os clientes aprendam reconhecer seus pensamentos, emoções e comportamentos e poder modificá-los (KENDALL & BEMIS, 1983).

A psicoeducação pode utilizar recursos como vídeos, áudios, panfletos, campanhas, etc. Sendo que nesses planejamentos psicoeducacionais podem estar envolvidos por profissionais de diferentes áreas da saúde, fornecendo um trabalho interdisciplinar o qual fornece ao cliente um atendimento cuja integralidade se faz presente. (LEMES & ONDERE NETO, 2017, p. 26)

Um dos estudos mais impactantes a respeito do tratamento natural para o Alzheimer é o “Reversal of cognitive decline: A novel therapeutic program”, do Dr. Dale E. Bredesen, da Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA) e publicado na revista científica *Aging* no ano de 2014. Neste estudo, o Dr. Bredesen reuniu 10 pacientes com perda de memória progressiva nos últimos anos e diagnosticados com Alzheimer. Para cada um dos pacientes, o Dr. Bredesen reuniu um protocolo que considerava, como elementos chave, o uso de suplementos, aliados a alimentação específica e atividades físicas. Depois da mudança no estilo de vida destes pacientes, houve regressão dos sintomas do Alzheimer em 09 dentre os 10 pacientes. (BREDESEN, 2018).

Também no ano de 2018 o neurocientista Dr. Nelson Annunziato lançou seu livro “SUPERCÉREBRO SEM ALZHEIMER”, que contém informações e direcionamento de estudos para



uma área que tem sido bastante negligenciada, pois segundo ele, podemos ter sim “SUPERCÉREBROS”.

Os artigos demonstram que a implementação de políticas que favoreçam a prevenção e a conscientização sobre os cuidados e possibilidades de melhorias para os pacientes com DA e seus familiares, versando a diminuição do sofrimento e os impactos psicológicos nos adoecidos e seus familiares. Os artigos mencionados de 2018/2019 relatam as possibilidades de reabilitação através das equipes multidisciplinares e com a efetividade da plasticidade neurocognitiva, porém quanto a Psicologia poucas contribuições relacionadas ao assunto abordado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações desta pesquisa mostram que o processo degenerativo da DA é permeado de questões que ainda não se consegue driblar, além de ser compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários sujeitos que dele participam. É por meio desse contexto que podem ser constituídas estratégias usadas para cada paciente enfrentar e prevenir o adoecimento e embora pertença a um grupo de pessoas, transcende a cada um individualmente.

Dessa maneira, influenciados pela literatura e pesquisas recentes enfrentar a doença por outro prisma deve ser um objetivo a ser trilhado pelos profissionais da saúde. Portanto, a Psicologia objetiva fazer com que a psicoeducação em saúde preventiva agregue por meio de um compartilhamento de saberes esta nova perspectiva.

A partir desse contexto, o presente estudo constata que elementos como família, relações sociais e cultura têm um impacto na maneira como a experiência da DA é vivenciada. Afinal, ao lado de uma pessoa com a doença, os profissionais colocam em prática um leque amplo de conhecimentos, crenças, valores e atitudes que circundam o processo de saúde, doença e cuidado.

Além disso, este estudo também demonstra que o conhecimento determina e efetua o atendimento e assistência ao paciente adoecido, tendo que ser o denominador comum de muitas das ações e estratégias adotadas pelos profissionais. E por isso torna-se difícil sem que haja habilidades



de comunicação, arcabouço teórico interpessoal e multiprofissional.

Para estabelecer um plano de cuidados adequado às necessidades individuais do paciente com Alzheimer, para que esse processo complexo seja eficaz, não basta um tipo de tratamento, mas o conjunto de conhecimentos multiprofissionais. Assim, este estudo revela que a compreensão da doença é capaz de dar segurança e novas possibilidades de tratamento e prevenção para os profissionais e pesquisadores, que tendem a sentir-se mais autoconfiantes diante de questões relacionadas à DA a partir do momento em que recebe uma explicação lógica para as manifestações apresentadas pelo paciente. Essa é uma forma de permitir que o profissional perceba, por exemplo, que os sintomas comportamentais da demência não são dirigidos propositadamente, mas uma decorrência dos sintomas.

É possível constatar que mecanismos psicológicos (estigma, negação e visão negativa da enfermidade) e ideias sobre as manifestações da doença associados aos estereótipos sobre o envelhecimento podem comprometer a obtenção de conhecimento mais seguro sobre esse tipo de demência. Apesar de os profissionais relatarem ter consciência da natureza biológica da doença, as interpretações de causalidade entre a história de vida do paciente e esse tipo de demência existem, o que remete à ideia de que alterações que impactam emocionalmente o sujeito podem influenciar o desenvolvimento da doença.

As dimensões fisiológicas, genéticas e hereditárias foram abordadas neste estudo para explicar as causas da DA, mas também ocorrem as dimensões psicossociais e socioculturais quando nos questionamos sobre a etiologia desse tipo de demência. Essas diferentes interpretações repercutem na aquisição da consciência da doença e, conseqüentemente, nas atitudes diante de uma pessoa com DA.

Diante dessas constatações, considera-se que conhecer essas representações nas práticas de saúde significam superar a visão cientificista e avançar em direção à compreensão da complexidade inerente à Psicoeducação em saúde preventiva da DA.

Dessa forma, a presente pesquisa contribui para estimular a criação de programas de formação



e pesquisas na Psicologia, por meio da Psicoeducação voltados à prevenção e possível reversão na DA. Assim, os profissionais teriam suporte para lidar com as manifestações comportamentais da doença e receberiam esclarecimentos quanto aos cuidados básicos e preventivos, como alimentação e higiene do sono, o que contribui para amenizar dificuldades que surgem durante o processo de adoecimento. A pesquisa mostrou que já se sabe o suficiente para que se alcance uma reabilitação da saúde psicológica e funcional para pessoas acometidas pela DA, mas ainda está escasso trabalhos que conectem as áreas da saúde a fim de se obter melhores resultados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA OP. Estratégias para prevenir demência. In: CAIXETA L, editor. Demência: abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Atheneu; 2006.p. 563-71.

ALZHEIMER A. Uber eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychischgerichtliche. Medizim. 1907; 64:146-8.

AMERICAN Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV. 4. ed. Porto Alegre: Artimed; 1995.

AMERICAN Psychiatric Association. Seção II Critérios Diagnósticos e Códigos: Transtornos Neurocognitivos. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, Artur Guerra de. 100 Questões em Psiquiatria. 2012; Manole, 2006-2012.

Andrade et al. Estimulação transcraniana por corrente continua no tratamento adjuvante da doença de Alzheimer. 2016

ANNUNCIATO, Nelson. Super Cérebro Sem Alzheimer. 1. Ed. São Paulo: Jolivi, 2018

BAYLES K.A. Language function in senile dementia. Brain Lang. 1982;16(2):265-80.



BEILKE HMB, Pinto RCN. A narrativa na demência de Alzheimer: reorganização da linguagem e das “memórias” por meio de práticas dialógicas. *Estud Linguísticos (São Paulo)*.2010;39(2)557-67.

BOTTINO, Cassio M. de Campo (In Memoriam); Manole, 2. ed 2018. Cap 33.

Caixeta, Leonardo et al. Doença de Alzheimer. *Artmed* 2012; 34-40.

CAIXETA L. Demências: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu;2006.

BREDESEN, Dale E. O Fim do Alzheimer. 1a ed. – Rio de Janeiro: Objetiva, 2018.

CARVALHO, Paula D. P. et al. Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 2016.

COSTELLO A.L, Warrington E.K. Dynamic aphasia: the selective impairment of verbal planning. *Cortex*. 1989;25(1):103-14.

De RENZI E, SCOTTI G, SPINLER H. Perceptual and associative disorders of visual recognition: relationship to the site of lesion. *Neurology*. 1969; 19(7):637-42.

DA SILVA, Sérgio Leme, PEREIRA, Danilo Assis, VELOSO, Fabrizio; SATLER, Corina Elizabeth; ARANTES, Adriana; GUIMARÃES, Renato Maia. (2011), Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos.

DICKERSON BC, Eichenbaum H. The episodic memory system: neurocircuitry and disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):86-104.

DICKERSON BC, Sperling RA, Hyman BT, Albert MS, Blacker D. Clinical prediction of Alzheimer disease dementia across the spectrum of mild cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry*.2007;64(12):1443-50.

EFRON R. What is perception? In: Cohen RS, Wartofsky MW, editors. *Boston studies in the philosophy of science*. New York: Humanities; 1968.



- FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.
- FRATALLI Cat al. Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA FACS). Rockville: ASHA;1995.
- GALLUCCI Neto J, Tamelini MG, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. *Reve Psiq Clin.* 2005;32(3):119-30.
- GOEDERT M. Ghetti B. Alois Alzheimer: his life and times. *Brain Pathol.* 2007;17(1):57-62.
- GUTIERREZ et al. Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos?2013
- HEILMAN KM, VALENSTEIN E. Mechanisms underlying hemispatial neglect. *Ann Neurol.* 1979;5(2):166-70.
- HERRERA et al. Epidemiologic survey of dementia in a Community-dwellign Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2002;16(2):103-8.
- HESTAD K.; KVEBERG B.; ENGEDAL K. Low blood pressure is a better predictor of cognitive deficits thanthe apolipoprotein e4 allele in the oldest old. *Acta Neurol Scand.* 2005;111(5):323-8.
- IZQUIERDO I. Memória. Porto Alegre: Artimed; 2002.
- JAKUBOVICZ F. Meinberg R. Introdução à afasia. 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1992.
- KANDEL, Eric R.et al. O Encéfalo que Envelhece. In: KANDEL, Eric R. et al. Princípios de Neurociências. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.
- KENSINGER E.; Krendl A.C.; Corkin S. Memories of an emotional and a nonemotional event: effects of aging and delay interval. *Exp Aging Res.* 2006; 32(1):23-45.
- KOCH IGV, Travaglia LC. A coerência textual. São Paulo: Contexto; 1990.
- KUMAR, Vinay et al. O Sistema Nervoso Central: Doenças Neurodegenerativas. In: KUMAR, Vinay et al. Robbins & Cotran Patologia: Bases Patológicas das Doenças. 9. ed. Rio de Janeiro:



Guanabara Koogan, 2016.

LEAHY, R. L. (2004). Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice. New York: The Guilford Press.

LEMES, C. B. & ONDERE NETO, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28.

LURIA AR, Tsetskova LS. Towards the mechanisms of dynamic aphasia. *Found Lang*. 1978; 4:296-307.

MAIA, João Mauricio Castedelli. 100 Questões em Psiquiatria. 2012; Manole, 2006-2012.

MANSUR LL, Carthery MT, Caramelli P, Nitrini R. Linguagem e cognição na doença de Alzheimer. *Psicol Reflex Crit*. 2005;18(3):300-7.

NITRINI R. et al. Incidence Of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004;18(4):241-6.

OLIVEIRA, Antônia Roseli Roberto de. (2010) O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do programa de enriquecimento instrumental (PEI), *Cuad. Neuropsicol*. Vol. 4

ORTIZ K.Z., BERTOLUCCI PHF. Alterações de linguagem nas fases iniciais da doença de Alzheimer. *Arq. Neuropsiquiatria*.2005;63(2ª):311-7.

REUDA F.J.M, SISTO.FF. Teste de atenção concentrada: TEACO-FF. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2009.

SISTO F. et al. Testes de atenção dividida e sustentada: AD e AS. São Paulo: Vetor; 2006.

SOUZA, Ricardo de Oliveira et al. Cognição e funções executivas. In: LENT, Roberto. *Neurociência da mente e do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

STAHL M. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Prescriber's Guide*. 6. ed. Reino Unido: Cambridge University Press, 2017.



STAHL, Stephen M. Demência e seu Tratamento. In: STAHL, Stephen M. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

STELLA, Florindo. Psiquiatria Interdisciplinar. 2016; Manole, 108-116

TANZI RE, BERTMAN L. Twenty years of the Alzheimer's disease amyloide hypothesis: a genetic perspective. Cell.2005; 120(4):545-55.

DA SILVA et al. Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos. 2011

WALDEMAR G. et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. Eur J Neurol.2007;14(1): el-26.

