

REABILITAÇÃO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Cristina Camões*
Fernanda Marie Pereira*
Andréa Gonçalves*

* Psicólogas licenciadas pela Universidade Lusíada do Porto, Portugal

Correspondência:
cristina.camoes@sapo.pt

*“Todo el mundo se queja de su memoria,
Y nadie se queja de su juicio.”*

**La Rochefoucauld,
Maximes et Réflexions**

RESUMO

A reabilitação tem como principal objectivo, capacitar os doentes e as suas famílias a lidarem com as consequências que a doença de Alzheimer traz não só para o doente mas para toda as pessoas que lidam com ele. Esta reabilitação propõe-se ensinar aos doentes e suas famílias estratégias compensatórias e organização de respostas, que poderão facilitar a qualidade de vida destes doentes.

Desta forma chamamos a atenção para a necessidade de haver *plasticidade*, isto é a necessidade dos indivíduos modificarem os seus comportamentos e padrões de vida de forma a possibilitar a adaptação à doença. A reabilitação neuropsicológica não se prende apenas com o melhoramento dos aspectos cognitivos, mas também a modificação de comportamentos desadaptativos, reabilitação profissional e apoio psicossocial.

Desta forma a primeira parte do trabalho remete-nos para uma explicação do conceito da doença de Alzheimer e apresentação dos transtornos a ela associados. Numa segunda parte apresentamos o tratamento da doença, numa vertente biomédica com o tratamento medicamentoso e finalmente a reabilitação neuropsicológica propriamente dita.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Demência, Neuropsicologia, Síndrome Afaso-apraxo-agnósico, Tratamento

Conceito da doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é uma afecção degenerativa do sistema nervoso, ou seja, as suas causas não são realmente conhecidas e manifestam-se por uma perda sistematizada anormalmente importante de certos grupos de neurónios.

O termo de demência, depois de ter qualificado nos princípios da história da neuropsiquiatria por um conjunto heterogéneo de perturbações mentais, é hoje empregado unicamente por referência a um grupo de degenerescências do córtex cerebral que se manifestam pela perda progressiva e inelutável das funções intelectuais: perda da capacidade de raciocínio, perturbações das grandes funções neuropsicológicas, tais como a memória, a orientação, a linguagem, as percepções do gesto e da percepção, alterações dos comportamentos afectivos e inadequação comportamental ao contexto social. A mais frequente destas afecções é a doença de Alzheimer descrita pela primeira vez por este autor alemão em 1907, caracterizada por lesões unicamente microscópicas (depósitos de substância amilóide, degenerescência das fibrilas neuróticas) disseminadas no córtex, particularmente numerosas no hipocampo e nas regiões de córtex associativo frontal e temporo-parietal. Macroscopicamente, o cérebro mostra-se muitas vezes normal, ou discretamente atrofico, o que explica a ausência de interesse da imagiologia morfológica pelo diagnóstico da doença.

Clinicamente a doença de Alzheimer começa por volta dos 55 anos com perturbações da memória, facilmente banalizadas no início, mas que se tornam rapidamente muito incómodas e que se complicam com alteração progressiva doutras funções intelectuais: desorientação espacial, perturbações da linguagem (não encontrar a palavra, parafasias), dificuldades visuoespaciais, apraxia gestual, etc.

Posteriormente aparecerão comportamentos anormais: indiferença afectiva ou pelo contrário, episódios de agressividade, às vezes perturbações perceptivas de tipo alucinatório, com frequência responsáveis por ansiedade e incapacidade para actividades domésticas (alimentação, vestir-se, controlo dos esfíncteres).

Em suma, assiste-se à falência progressiva de todas as actividades mentais, para levar nalguns anos a um estado vegetativo em que só continuam intactas as funções vitais e da vigília. A doença de Alzheimer é por isso o centro de investigações muito activas actualmente e de interesse muito especial ligado ao facto de se equiparar muitas vezes uma entidade inicialmente considerada distinta, a demência senil, que ocorre em indivíduos com mais de 70 anos, cujas lesões microscópicas são qualitativamente similares. Esta assimilação, juntamente com o envelhecimento da população no Ocidente, faz considerar actualmente a doença de Alzheimer um dos principais flagelos da nossa sociedade.

Alzheimer como demência degenerativa primária

Demências degenerativas primárias definem-se como causadas por um transtorno que afecta em primeiro lugar o sistema nervoso central, e cuja etiologia não é bem conhecida na actualidade.

A mais frequente é a doença de Alzheimer ou demência tipo Alzheimer, que por si só representa mais ou menos 50% dos casos nas séries clínicas dos hospitais e entre 70-80% do total dos casos nas séries anatomopatológicas.

Neuropsicologia da doença de Alzheimer

Transtornos da memória

- **Memória declarativa e memória implícita**

A memória declarativa é constituída pela memória episódica e pela memória semântica.

A memória implícita é constituída por três tipos de memória: condicionamento, *priming* visual e perceptivo e por fim, habilidades perceptivo motoras e cognitivas.

- **Memória secundária ou recente**

Na doença de Alzheimer observam-se resultados deficitários no que diz respeito a recordação e ao reconhecimento (nas palavras de *Rey*), transtornos da recordação induzida (que pode objectivar-se com o teste de *Grober e Buschke*) evocando um deficit da codificação e da consolidação, e transtornos da recordação diferida (nos testes precedentes), no qual pode testemunhar um deficit de armazenamento.

Os deficits afectam também a memória autobiográfica e a memória social (como os locais, o numero de habitantes da comunidade). Aparece durante uma temporada na doença de Alzheimer, e a história pessoal do sujeito parece dissolver-se: primeiro são os netos, cujo nome é ignorado, podendo o indivíduo ignorar a sua própria existência, posteriormente o doente esquecesse-se das noras e dos genros e chegará um dia em que não reconhecerá os filhos.

Assim, o paciente com Alzheimer vive o presente com fragmentos do seu passado (ecmnesia), o que vai afectar a vida social do doente a todos os níveis.

Transtornos das funções instrumentais

• Transtornos da linguagem

A linguagem de um doente que apresenta demência é uma linguagem quantitativamente empobrecida, como é demonstrado na escuta do seu discurso e nos testes de fluência verbal, nos quais se pede ao sujeito para citar nomes que pertençam às categorias de animais, frutas, etc. ou palavras que comecem por uma determinada letra.

No doente de Alzheimer as palavras exactas não aparecem, a prova de denominação mostra erros do tipo afásico com uma falta de vocabulário, sinónimos, circunlocações e parafasias, primeiro verbais e mais tarde fonéticas; esses atrasos afásicos afectam as demências corticais.

A compreensão da linguagem também está transtornada e associa-se a uma repetição satisfatória, que se assemelha a uma afasia transcortical sensorial. No entanto, pode observar-se uma denominação satisfatória em sujeitos com demência, contrastando com a ausência de compreensão, o que significa que uma denominação correcta não garante a pertinência de um tratamento semântico. O que valida também a existência, na denominação e a semelhança da leitura, de uma via lexical não semântica. A escritura e a leitura estão alteradas: os erros de leitura e de escritura relacionam-se com palavras irregulares, especialmente se são pouco familiares para o sujeito.

A linguagem é incoerente, apresentando não só transtornos especificamente linguísticos, mas também outros transtornos cognitivos e, em particular, alterações da memória.

Na linguagem de doente de Alzheimer já numa fase evoluída pode ser afectada por logoclonia (não conseguir repetir a última sílaba de uma palavra). Enquanto que na doença de Huntington está mais alterada a fluência literal (citar palavras que começam por uma determinada letra), o perfil seria inverso na doença de Alzheimer. A tendência em produzir as classes super-ordenadas (animal selvagem em vez de tigre, por exemplo) nos testes de denominação e fluência é muito particular na doença de Alzheimer: os sujeitos referem melhor categorias (carne, verduras) do que palavras como tomate, fiambre; o que sugere um deterioração de tipo *bottom-up*. Assim a palavra cavalo é mais rapidamente inacessível do que a palavra animal. O mesmo comportamento se encontra em testes de denominação, cujos erros consistem sobre tudo na produção de categorias super-ordenadas ou na substituição de palavras por palavras que pertencem à mesma categoria. Os transtornos não afectam somente uma categoria específica; No entanto, observa-se um transtorno preferencial nas representações semânticas de palavras que designam seres vivos. Só na doença de Alzheimer já evoluída se observa, com provas de denominação, erros de tipo perceptivo (presemânticos) e distorções fonéticas (postsemânticas)

• Transtornos das funções visuoespaciais, visuoconstrutivas e visuognósticas

A dificuldade para realizar um cubo (Sub - teste de Quadrados e Cubos da **WAIS**) ou outro objecto geométrico constitui uma manifestação muito frequente da doença de Alzheimer.

Os transtornos de memória topográficos explicam também que o doente pode perder-se no exterior e no interior do seu domicílio.

- **Transtornos Práticos**

Na doença de Alzheimer podem observar-se apraxias ideatoria e ideomotora. A utilização de uma parte do corpo como objecto é muito frequente (por exemplo utilizar o dedo como escova de dentes), podendo aparecer conseqüentemente uma apraxia do vestir.

- **Transtornos Gnósicos**

Observam-se na doença de Alzheimer demência afasosagnosopraxia. Assim, as dificuldades de denominação de objectos podem expressar, para além de transtornos linguísticos, uma agnosia visual. Esse deficit pode afectar também o reconhecimento de caras e alguns sujeitos não reconhecem mesmo a própria imagem no espelho.

- **Transtornos do cálculo**

As dificuldades de cálculo e de transcodificação dão origem a dificuldades na gestão da vida quotidiana (pagar compras com dinheiro ou em forma de cheque), na doença de Alzheimer, que seria a causa mais comum de aritmética, na qual se verifica dificuldades de leitura e de escrita dos números e de múltiplas funções cognitivas: atenção, cálculo, memória de trabalho e planificação.

- **Transtorno do pensamento abstracto, do juízo, do raciocínio e das funções executivas**

Na doença de Alzheimer existem transtornos de juízo e de raciocínio que podem ser exploradas através da crítica de histórias absurdas, assim como da exploração de capacidades de abstracção, por exemplo, através do Sub – teste de Semelhanças da **WAIS**.

- **Transtornos comportamentais**

A depressão é frequente na doença de Alzheimer, na qual tanto pode ser acompanhada de queixas mnésicas, no princípio da evolução, como na ausência de queixas de memória e, às vezes, com características de uma depressão maior.

Podem existir transtornos do comportamento alimentar como hiperfagia, incluindo glotonaria.

O TRATAMENTO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

O tratamento da doença de Alzheimer deverá ser plurimodal, recorrendo a estratégias medicamentosas e não medicamentosas, entre as quais se encontra a psicoterapia, ao doente a à família, assim como o apoio psicossocial.

Deverá ser elaborado um plano de tratamento, onde deverão ser discriminados os cuidados específicos de acordo com cada caso, este plano de tratamento deverá ser alterado de acordo com a evolução da doença.

Tratamento Medicamentoso

Os medicamentos colinérgicos têm uma acção sintomática que permite melhorar o funcionamento cognitivo e também psicocomportamental do doente. Antes de qualquer prescrição medicamentosa, dever-se-á procurar uma causa não relacionada com a doença de Alzheimer, como por exemplo, afecção somática, dificuldades de relacionamento, modificação do meio ambiente.

A prescrição medicamentosa é efectuada pelo médico, existindo duas grandes categorias de medicamentos para o tratamento desta doença. Desta forma encontramos medicamento não específicos (psicotropos) e medicamentos específicos (inibidores de acetilcolinesterase).

Inibidores de acetilcolinesterase

Tacrina – Este medicamento é o menos utilizado devido aos seus efeitos secundários hepáticos, e por outro lado devido ao número de tomas diárias (4 vezes por dia). Começa com 40 mg/dia, durante 6 semanas, aumentando progressivamente as doses até atingir a dose diária de 120 mg/dia.

Donezepil – Medicamento com uma toma diária (noite), começa com 5mg/dia durante 1 mês, podendo evoluir até às 10 mg/dia.

Rivastigmina – Medicamento com 2 tomas diárias (manhã e noite), 1,5 mg/ 2 vezes ao dia, durante 15 dias, progredindo para 3 mg, 4,5 mg, até 6 a 12 mg (dose mais eficaz).

Tanto o Donezepil como o Rivastigmina estão indicados para formas ligeiras ou moderadas da doença de Alzheimer, com *Scores* no *Mini Mental Test* de *Folstein*, situados entre 10 e 26. A progressão posológica não deverá ser rápida a fim de evitar os efeitos secundários relacionados com a acção colinérgica, estes efeitos poderão ser vómitos, náuseas, dores gastrointestinais, diarreia, câibras musculares.

Os estudos demonstram que a escala de avaliação cognitiva, como por exemplo a **ADAScog** evidenciou uma estabilização e uma melhoria no plano cognitivo.

Estudos mais recentes demonstram uma acção sobre as perturbações não cognitivas, nomeadamente com a aplicação de escalas de seguimento psiquiátrico (*Neuropsychiatric Inventory Scale*), verificou-se um efeito sobre a apatia e desinteresse. Este tipo de tratamento poderá retardar o aparecimento ou o agravamento da perda de autonomia, sendo contudo necessário efectuar estudos a longo prazo, nesta área a fim de se verificar tais resultados.

De acordo com o *Neuropsychiatric Inventory Scale Cummings e tal., (1997)*, as perturbações psicocomportamentais deverão ser avaliadas ao longo de doze semanas, encontrando-se os seguintes sinais e sintomas: ideias delirantes, alucinações, agressividade, agitação, ansiedade, alterações de humor, apatia, irritabilidade, alterações de apetite. A avaliação deverá ser criteriosa abarcando uma avaliação qualitativa (que tipo de perturbação) e uma avaliação quantitativa (frequência, grau de severidade e consequências para a vida quotidiana do doente).

Um estudo (com grupo de controlo versus placebo) verificou uma certa eficácia do *Ginkgo biloba* sobre as perturbações cognitivas (sendo de salientar que serão contudo necessários mais estudos para a comprovação desta eficácia).

Psicotropos adjuvantes

Agitação

Nos estados de agitação e de agressividade utilizam-se alguns antiepilépticos, antidepressivos serotoninérgicos, ansiolíticos não benzodiazepínicos (por exemplo: buspirona 15-45 mg/dia), ou os B-bloqueadores (por exemplo o propranolol 60-240 mg/dia).

Os neurolépticos devem ser prescritos apenas para os casos mais graves, porque agravam o funcionamento cognitivo. Actualmente utilizam-se os “neurolépticos da nova geração” (por exemplo risperidona 1,5-2 mg/dia), estes têm um efeito menos prejudicial sobre a cognição e poucos efeitos extrapiramidais.

Ansiedade

Para os estados de ansiedade, prescrevem-se ansiolíticos (buspirona, 15-45 mg/dia, lorazepam 0,5-5 mg/dia ou o oxazepam 10-30 mg/dia). Embora estes fármacos tenham uma eficácia comprovada, deverão ser utilizados apenas quando necessário e com muito cuidado.

Depressão

Para os estados depressivos, a prescrição medicamentosa deverá ser articulada para as moléculas sem efeito sedativo acentuado e sem acção anticolinérgica (*Serby, 1995*).

Poder-se-ão administrar os inibidores selectivos de recaptura da serotonina (por exemplo citalopram 10-30 mg/dia; paroxetina 10-40 mg/dia, fluvoxamina 50-300 mg/dia).

Perturbações do sono

Para a insónia poderão ser prescritos os antidepressivos sedativos (em doses mínimas e durante um breve período de tempo), por exemplo a mianserina 5-20 mg/dia, ou hipnóticos não benzodiazepínicos, por exemplo o zolpidem 5-10 mg/dia.

Para as perturbações do ritmo sono – vigília, isto é hipersonolência diurna e insónia nocturna, poder-se-ão administrar estimuladores da vigília diurna, tais como o Adrafinil (olmifon 600-1200 mg/dia).

Tratamentos quem têm por objectivo retardarem a evolução da doença de Alzheimer

Estudos fisiopatológicos e epidemiológicos apontam no sentido de que a utilização de medicamentos colinérgicos, poder-se-ão administrar outras moléculas que agem sobre o decurso evolutivo da doença de Alzheimer.

A incidência mínima de doentes de Alzheimer que tomam **AINS** ou Estrogénios levou à execução de ensaios terapêuticos relacionados com este fármacos. Os estudos demonstraram que a estrogénoterapia poderia ser um elemento fundamental na mulher, além disso verificou-se que

os estrogéneos representam um factor protector no surgimento ou não desta patologia (estes resultados foram confirmados com estudos de prospecção).

Os últimos trabalhos nesta área, demonstram explicar o papel anti-degenerativo dos estrogénios. A prescrição de **vitamina E** e de um **IMAO B** (selegilina), demonstrou através de estudos efectuados, contribuir para o retardamento significativo da evolução da doença de Alzheimer (provavelmente devido ao seu efeito anti-oxidante).

Estão a ser feitos no momento estudos que apontam para a futura associação de várias moléculas, antagonistas dos ácidos aminados excitantes, moléculas neurotróficas, anticálcicos, etc). Sendo que o futuro está virado para uma acção a diversos níveis da doença de Alzheimer.

Todos os medicamentos supracitados têm como objectivo retardar o processo de evolução da doença. Os cientistas são unânimes quanto à necessidade de bloquear este processo, a pista mais recente é a do bloqueio das enzimas (gama e beta-secretases), que facilitam o metabolismo da proteína β -amilóide (principal componente das placas senis). Têm sido feitas experiências de vacinação em ratos (contra a proteína β -amilóide), que têm agradado a comunidade científica, sendo que estão actualmente a ser efectuados ensaios terapêuticos no homem.

Tratamento não Medicamentoso

Reabilitação Neuropsicológica

Antes de iniciar qualquer programa de reabilitação, torna-se necessário definir o perfil cognitivo de cada paciente, delineando os aspectos da cognição que estão preservados e os possíveis deficits existentes. Além disso, é muito importante adequar o tratamento proposto ao nível intelectual e cultural do paciente.

Um programa pessoal de intervenção comportamental deve actuar sobre múltiplos factores, nomeadamente: na adaptação e modificação do ambiente; na modificação das interacções Sociais; no tratamento Psicoterapêutico; nos cuidados somáticos; apoio à família e no tratamento em instituições.

Adaptação e modificação do ambiente

O ambiente onde o idoso vive deve ser adaptado de modo a que ele mantenha a máxima autonomia e a mínima dependência possível. Para que esse objectivo seja alcançado, torna-se importante utilizar sinalizações (riscos no chão e marcas nas paredes), iluminação adequada, desobstrução de passagens, remoção de degraus, relógios e calendários de tamanho satisfatório, etc., de modo a contribuir para uma maior qualidade de vida para o idoso.

Além do ambiente, torna-se necessário que o vestuário e objectos relativos à sua higiene pessoal sejam idealizados no sentido de promover um melhor manuseio dos mesmos. Dessa forma o programa personalizado deverá estudar as alterações a serem corrigidas no vestuário e na forma como este deve ser disponibilizado ao doente. A pessoa que cuida do doente, deve então preparar as roupas, deixa-la sobre a cama numa sequência lógica a ser seguida. Não esquecendo que os reforços ou gratificações positivas devem sempre estar presentes.

Modificação das interacções Sociais

Refere-se à postura das pessoas para com o idoso. Deve-se favorecer sempre a autonomia, condutas treinadas e orientadas, evitar o paternalismo sem deixar de estar atento às dificuldades do doente.

Uma das estratégias para promover a autonomia refere-se à Estimulação da atenção a si próprio, pois permite preservar a cognição. Esta atenção a si próprio engloba as actividades para alimentação, higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, fazer a barba, pentear-se, etc.

Muitas vezes a deterioração cognitiva impede o controle dos esfíncteres e o paciente passa a apresentar incontinências (fecal e urinária). Isso é uma ocorrência que compromete significativamente sua autonomia. Havendo condições é preferível um programa de exercícios perineais para fortalecer a musculatura envolvida na continência fecal e urinária mas, como ocorre na maioria dos casos, não há condições neurológicas e cognitivas para tais exercícios.

Nesse caso, para a reeducação intestinal e vesical exige-se um bom conhecimento, por parte da pessoa que cuida do doente, acerca das características fisiológicas do paciente, da hora, frequência e quantidade das excreções. Pode ser usado o programa de estimulação regular da micção com posterior gratificação positiva, pois os resultados têm sido positivos.

Tratamento Psicoterapêutico

Na Doença de Alzheimer, as primeiras queixas dos pacientes e seus familiares são as dificuldades de memória, que prejudicam as actividades diárias dos pacientes, bem como a sua qualidade de vida.

Contudo, não existindo um tratamento que possa curar ou reverter a deterioração causada pela demência, os tratamentos disponíveis, actualmente, buscam minimizar sintomas cognitivos e comportamentais por meio de medicação e técnicas cognitivas de reabilitação; melhor estruturação do ambiente; e também por meio de grupos informativos para pacientes e familiares.

Relativamente ao tratamento de intervenção não medicamentosa, como é o caso da reabilitação neuropsicológica, estes têm apresentado melhorias na cognição dos pacientes, além de promoverem apoio e informações aos familiares (De Vreese et al., 2001).

De acordo com *Wilson (1996)*, a reabilitação neuropsicológica além de tratar os deficits cognitivos, também se propõe a tratar as alterações de comportamento e das emoções.

“O objectivo da reabilitação cognitiva é capacitar pacientes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir ou superar as deficiências cognitivas resultantes de lesão neurológica” (Wilson, 1996), fazendo com que estes passem a ter uma vida melhor, com menos rupturas nas actividades comumente realizadas. Para isto, propõe-se a ensinar a pacientes, familiares e/ou cuidadores estratégias compensatórias e organização para produção de respostas, propiciando a melhoria das funções cognitivas e da qualidade de vida.

Segundo *Prigatano (1997)*, a reabilitação cognitiva é somente um dos componentes da **reabilitação neuropsicológica**, que compreende ainda: psicoterapia, estabelecimento de um ambiente terapêutico, trabalho com familiares e trabalho de ensino protegido com os pacientes. O trabalho deve contar com uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de cuidados, cinesiterapeutas, ortofonistas, psicólogos) além de avaliações que mostrem os benefícios e as limitações da reabilitação a curto e longo prazo, que deverá permitir a manutenção da autonomia durante o maior espaço de tempo possível. Segundo *Wilson (1996)*, idosos sem actividades podem perder algumas de suas capacidades intelectuais; portanto, estímulos como exercícios são importantes, a fim de proteger o intelecto contra deterioração. Nesse sentido torna-se importante manter um nível contínuo e satisfatório de **estimulação**, procedendo por exemplo, à utilização de: músicas, notícias, jornais, revistas, solicitações, tarefas, actividades, etc.

Tudo no sentido de não acentuar a deterioração cognitiva e desorientação por desinteresse, apatia e conformismo. Estimular a memória é uma dessas actividades. Na **estimulação da memória** devemos focar, prioritariamente, a memória a curto prazo e a memória autobiográfica. Na deterioração cognitiva a memória imediata apresenta-se de forma anárquica, incorporando desordenadamente todos os factos. Este tipo de memória só apresentará resultados positivos com exercícios diários, e um desses exercícios consiste em contar alguma história pré ensaiada e pedir ao paciente para repeti-la ou voltar a contar a alguém. No entanto, primeiro torna-se necessário que a informação recebida seja muito bem compreendida pelo idoso, e no caso da presença de erros no relato da história contada pelo idoso, este deve ser corrigido. Estimular a memória autobiográfica é essencial para manter a identidade, o auto-respeito e auto-estima do paciente.

Nada se consegue em termos de estimulação se o paciente não for motivado. Essa regra aplica-se com a prática de exercícios físicos, caminhadas, actividade intelectual.

Para *Wilson (1996)*, idosos sem actividades podem perder algumas de suas capacidades intelectuais; portanto, os *“estímulos são importantes, a fim de proteger o intelecto contra deterioração”*. As pessoas ao adquirirem a aprendizagem preservam um nível elevado de performance. Este facto foi comprovado num estudo realizado por *Rosenzweig e Bennett et al. (1996)*, em que um professor de 60 anos tem performance igual a um de 30 anos em testes de aprendizagem e memória.

Segundo os autores, o uso induz a **plasticidade** do sistema nervoso, existindo a hipótese do treino e as actividades cognitivas possibilitarem aos idosos manter as habilidades utilizadas. Além disso, existe a hipótese da activação de áreas selectivas do cérebro durante a vida, protegerem o processo degenerativo (Rosenzweig e Bennett et al., 1996). A hipótese anteriormente referida é parafraseada por *Hebb (1949)*: “o nível diferencial de activação celular no cérebro pode ter relação com a perda celular – use it or lose it”. *Mirmirian et al. (1996)* apresentam o pressuposto da existência de um certo nível de plasticidade neural persiste durante a terceira idade e na DA.

Assim sendo, se os exercícios actuam sobre a plasticidade neural, e ainda persistem em idosos com Doença de Alzheimer, então os exercícios cognitivos feitos na reabilitação podem agir positivamente no cérebro desses pacientes.

Reabilitação da memória

Um dos principais métodos de reabilitação da memória fundamenta-se em trabalhar com a modalidade específica da memória que se encontra intacta, para esta compensar a modalidade que está deficitária (Goldstein e Beers, 1998). Outros métodos têm como objectivo trabalhar as habilidades residuais da modalidade de memória que está deficitária. Qualquer que seja o dano cognitivo existe quase sempre a conservação de alguma capacidade funcional (*Wilson, 1996*).

A reabilitação de memória objectiva melhorar a performance do paciente por meio de técnicas específicas ou estratégias, e não em modificar a habilidade que o paciente possui de memorização. “A estratégia de memória é um procedimento particular que cada indivíduo pode usar para memorizar um material determinado, em condições específicas” (*Verhaeghen, 2000*). Será importante, então, diferenciar habilidades de estratégias, pois estas duas formas de conhecimento são muitas vezes independentes. A habilidade refere-se ao conhecimento e à capacidade de realizar algumas acções antes do conhecimento de factos ou eventos (*Gardner et al., 2000*), e são utilizadas de forma espontânea.

As estratégias são métodos específicos, sistemas formais de registro e evocação de informações que podem ser aplicados somente com alcance restrito de actividades e materiais. As estratégias raramente são usadas espontaneamente, precisam ser treinadas (*Verhaeghen, 2000*). Assim sendo, o objectivo do treino é melhorar a performance, e não modificar uma habilidade intrínseca já utilizada pelo sujeito. Por exemplo: se um doente tem maior facilidade para memorizar a partir de pistas visuais, a reabilitação não vai treiná-lo a utilizar pistas verbais, mas ensinar-lhe estratégias para melhorar sua performance, como é o caso da utilização de pistas multissensoriais. Com idosos, não só é necessário treinar novas técnicas, como também ajudá-los a não utilizar mais as antigas, por meio da prática, mostrando em sua performance que a nova técnica traz resultados mais positivos.

No entanto, muitas das técnicas utilizadas pelos idosos tornam-se ineficientes, isso deve-se em primeiro lugar, em virtude do progresso tecnológico e científico, pois uma estratégia que pode ter sido útil no passado, pode não se adequar à actualidade. Por outro lado, com a idade, muitas recordações que antes eram acessíveis facilmente, hoje necessitam ser anotadas. Outra mudança também muito comum é a perda do companheiro, aquele que era responsável pelas compras e pelo pagamento das contas, desta forma, há a necessidade da aquisição de novas habilidades.

Os idosos demenciados para se manterem independentes por mais tempo, devem tentar manter as habilidades adquiridas durante a vida, transferir essas habilidades para um novo ambiente e novas situações, além de adquirir novas habilidades para lidar com problemas actuais que as habilidades antigas não podem resolver.

Embora actualmente esteja comprovada a eficácia de algumas técnicas de reabilitação cognitiva, os seguintes aspectos ainda são questionáveis:

- 1) Extensão dos benefícios destes treinos para a vida diária dos pacientes;
- 2) A duração dos benefícios a longo prazo após a interrupção dos treinos;
- 3) Técnica é mais eficaz para cada tipo de população;
- 4) Dúvida sobre os melhores instrumentos para medir a eficácia do tratamento.

Num estudo realizado por *Berg et al. (1991) (classe I)*, foi constatado num grupo de pacientes com traumatismo craniano que, após o ensino de estratégias para aprender informações relevantes, estes passaram a ter melhor performance em tarefas de aprendizagem e memória do que os pacientes que não foram treinados. Contudo, num outro estudo citado por *Prigatano (1997)*, *Milders et al. (classe II)* em que acompanharam longitudinalmente um grupo de pacientes que recebeu treino para memória. Constatou-se que logo após o final do treino, o grupo que sofreu intervenção teve maiores benefícios. No entanto, a longo prazo, após quatro anos, eles tiveram performance igual ao grupo de controle. Este estudo deve ser utilizado como exemplo para futuras pesquisas, pois deve-se ter em conta as limitações e os sucessos da reabilitação, bem como o momento mais propício para iniciar um tratamento e a população que irá recebê-lo.

Após estas pesquisas, que avaliaram a reabilitação da memória como um todo, vários estudos passaram a investigar as técnicas mais eficazes para a reabilitação cognitiva.

TERAPIAS ABORDADAS

- A. Terapia de Orientação para a Realidade (TOR)**
- B. Reeducação Comportamental Activa**
- C. Terapia da Reminiscência**
- D. Reabilitação Baseada na Facilitação da Memória Implícita Residual**

A. Terapia de Orientação para a Realidade (TOR)

Uma das técnicas desenvolvidas denomina-se por: *Terapia de Orientação para a Realidade (TOR)*, desenvolvida por *James Folson em 1968*, com o objectivo de reduzir a desorientação e confusão nos doentes, e pode ser realizada de duas formas: por 24 horas de TOR e por classes de TOR em 30 minutos.

Ambas visam orientar o doente no tempo e no espaço, lembrando com ele, por meio de pistas ou auxílios externos, o dia do mês, o ano, e o local onde está.

A Terapia de Orientação da Realidade (TOR), muito utilizada na Inglaterra e nos EUA (*Drumond & cols.1978, Holden & Woods, 1988*) é uma terapia que se baseia em algumas estratégias de repetição contínua de dados reais, da presença contínua de informações actuais e muitas atitudes de socialização. A técnica de orientação da realidade é de natureza informal e contínua, onde a informação se realiza em cada contacto do paciente com os cuidadores (acompanhantes), os quais comentam a situação actual do paciente (onde está, de onde veio, aonde vai, dia e hora e situações que sucedem no ambiente). As informações são sempre passadas de forma clara, objectiva e paulatinamente, utilizando a comunicação pessoal (olhares, gestos, contacto físico, voz, sons) e através de objectos (como relógios, calendários, revistas, figuras, músicas, etc.).

Relativamente aos principais exercícios da Terapia de Orientação para a realidade podemos referir os seguintes:

1. Exercícios de ambulatório guiada ou orientada para localizar situações importantes do ambiente. No caso do paciente estar em casa, deve-se enfatizar os interruptores de luz, a existência de alarme (se tiver), local da cama, mesinhas de canto, cabeceira, etc.

2. Exercícios de identificação de cores (das paredes, piso, corredores), esquemas da planta do ambiente em que se encontram.
3. Participação guiada em tarefas do quotidiano (Terapia Ocupacional), como por exemplo, costura, cerâmica, colagem, painéis de notícias, etc.
4. Exercícios contínuos de reabilitação de memória e cognitiva, através da orientação sobre a situação e circunstância actual.

B. Reeducação Comportamental Activa

Uma das formas de TOR é a chamada **Reeducação Comportamental Activa**. Trata-se de uma forma de orientação da realidade que pretende a adaptação e uma maior autonomia do paciente, diminuindo com isso a sua sensação de inferioridade e dependência. Com a Reeducação Comportamental Activa pretende-se uma intensificação das interacções sociais e objectais no ambiente para se conseguir o máximo de independência do paciente.

Deve-se, inicialmente fazer um inventário das atitudes que se deseja modificar. Depois de identificadas, estuda-se as variáveis que podem intervir nas atitudes e investigam-se as modificações ambientais e pessoais de modo a obter os objectivos finais.

Em todas as formas de Terapia de Orientação da Realidade procura-se aumentar a troca verbal, a frequência de contactos sociais, o incremento da autonomia da marcha e mobilidade, a participação em actividades de grupo, a diminuição das condutas perigosas, inadequadas e ineficazes, a orientação espaço-temporal, a higiene corporal, etc.

Citrin e Dixon (1977) (classe I) realizaram um estudo com TOR com sessões semanais com um grupo experimental, e com um grupo de controle (que não foi treinado). Os resultados revelaram melhoria na orientação do grupo experimental, enquanto que o grupo de controle permaneceu inalterado. Verificou-se também diferenças na lista de comportamento utilizada, com melhoria em certos comportamentos no grupo que sofreu intervenção.

Noutro estudo realizado por *Zeplin et al. (1981) (classe I)* foram feitos treinos com classes de TOR com sessões de 30 minutos e TOR – 24 horas, em idosos com deficits cognitivos, por um período de seis meses. Os grupos experimentais tiveram melhoria *Mini Mental State Examination (MMSE)*, enquanto que o grupo de controle teve resultados inferiores. O MMSE é um teste que avalia o funcionamento cognitivo de uma forma global, é um método simples e rápido, dura normalmente 10 a 15 minutos e a pontuação obtida dá ao técnico o grau de deterioração cognitiva do doente.

Entretanto, após intervalo de um ano, estas diferenças não foram mais verificadas. O que não se sabe nesses estudos é o quanto as habilidades treinadas se estendem à vida diária dos pacientes, na medida em que as medidas utilizadas para medir a eficácia do treino são

questionários com perguntas similares ou iguais às treinadas. Todavia, apesar dos problemas de avaliação, estes e outros estudos têm sugerido que a TOR pode, em alguns casos, trazer benefícios para a orientação dos pacientes.

C. Terapia da Reminiscência

Outra técnica utilizada para trabalhar a memória é a *Terapia da Reminiscência*, que visa trabalhar a memória remota do paciente, com factos significativos de sua vida, como canções, hábitos antigos, entre outros.

No entanto, *Spector et al. (De Vreese et al., 2001)* concluiu que somente um estudo pôde ser registrado e, neste não foram encontrados benefícios significativos comparando o grupo experimental com o grupo de controlo. Assim, apesar de haver sugestões de efeitos positivos dessa técnica, a ausência de estudos controlados impede uma avaliação mais objectiva de sua eficácia.

D. Reabilitação Baseada na Facilitação da Memória Implícita Residual

Uma terceira técnica é a *Reabilitação Baseada na Facilitação da Memória Implícita Residual*. Na Doença de Alzheimer, a perda progressiva da memória, que tem múltiplos componentes, não se dá de maneira uniforme. Actualmente, os estudos têm demonstrado que a memória implícita de pacientes com Doença de Alzheimer está relativamente preservada na fase inicial, apesar de apresentarem deficits significativos de memória explícita (para revisão ver *Bertolucci, 2000*). O que demonstra que na Doença de Alzheimer há aspectos da memória que não estão afectados e, assim sendo, estes pacientes preservam ainda uma certa capacidade de aprendizagem, podendo ser estimulados e reabilitados.

Bolognani et al. (2000) (classe III) relataram um estudo com um paciente de 23 anos que apresentava dificuldades de memória a curto prazo e de compreensão de textos em decorrência de paragem cardíaca seguida de anóxia cerebral. O paciente foi treinado por 14 semanas, com três sessões semanais de 50 minutos cada, a utilizar o editor de textos do computador, a fim de confeccionar cartões.

Os treinos foram feitos directamente no computador, com tarefas sendo divididas e treinadas passo a passo.

No final das 14 semanas, o objectivo foi alcançado, pois ele conseguia confeccionar cartões sozinho, comprovando que mesmo pacientes gravemente amnésicos são capazes de aprender informações novas, apoiando-se em estratégias de memória implícita.

Desta forma, é importante esclarecer que o objectivo desta técnica não é restabelecer habilidades de memória, mas fornecer informações úteis para resolver problemas do dia-a-dia, que não só apoia o doente mas também a sua família e os técnicos.

A memória de procedimento em pacientes com Doentes de Alzheimer leve é semelhante à de idosos sem doença, e por meio deste sistema de memória estes pacientes podem aprender novas informações ou reter conhecimentos, podendo também beneficiar de técnicas como: aprendizagem sem erro, aprendizagem de habilidades sensorio-motoras, técnica de redução de pistas, técnica de ampliação do intervalo de evocação.

Relativamente à “aprendizagem sem erro”, esta é útil para pacientes com dificuldades de aprendizagem em decorrência de alterações neurológicas, como é o caso de pacientes com Alzheimer. Pessoas com deficit na memória episódica não são capazes de lembrar de seus erros, não podendo, desta maneira, corrigi-los (*Wilson 2001*). Mais do que uma técnica específica, aprendizagem sem erro deve orientar o treino da memória independentemente da técnica utilizada.

Estudos recentes demonstram que a associação de técnicas de reabilitação cognitiva ao tratamento medicamentoso pode auxiliar na estabilização ou resultar até mesmo em uma leve melhoria dos deficits cognitivos, principalmente da memória, e funcionais (*Bottino et al., 2002*), o que faz com que a interdisciplinaridade seja condição *si ne qua non* do processo de reabilitação cognitiva nos doentes de Alzheimer.

A este propósito, *De Vreese e Neri (1999) (classe I)* realizaram um estudo de treinos de memória que visavam otimizar a memória episódica, semântica e autobiográfica. Foram incluídos 27 pacientes com Doença de Alzheimer leve (score do **MMSE** = 20 a 26) que foram divididos em três grupos (placebo, inibidores de acetilcolinesterase (ChEI) e inibidores de acetilcolinesterase (ChEI) + treino cognitivo duas vezes por semana, conduzidos na presença de cuidador) e acompanhados durante um período de tempo de 26 semanas. Após três meses, nove pacientes que estavam usando somente o ChEI foram submetidos a treinos de memória individual em sessões de 10 a 40 minutos, duas vezes por semana. Além disso, os familiares eram incentivados a repetir os exercícios em casa com os pacientes. Os resultados do tratamento foram avaliados pelo ADAS-Cog, MMSE e escala de actividades de vida diária (*Lawton e Brody, 1969*). Estes mostraram que os pacientes que fizeram o tratamento combinado de ChEI + treino cognitivo apresentaram um efeito terapêutico maior do que o grupo que só fez uso da ChEI e do grupo placebo, relativamente ao funcionamento cognitivo, alterações de comportamento e actividades de vida diária.

Cuidados somáticos

Quanto aos cuidados somáticos, o doente de Alzheimer muitas vezes não se queixa de qualquer queixa somática, desta forma é o clínico que deverá estar atento e muitas vezes

recorrendo à família do doente para verificar se este sofre de algum transtorno somático. Os transtornos somáticos mais frequentes são: agitação, síndrome confusional, tendência para fechar-se sobre si mesmo, perturbação do ritmo sono – vigília.

Apoio à família

A intervenção junto aos familiares é tão relevante quanto o atendimento ao paciente. As dificuldades de memória e de linguagem comprometem o relacionamento interpessoal, afectando a estrutura familiar. O paciente com Doença de Alzheimer torna-se, com o decorrer da doença, dependente dos familiares ou dos cuidadores. Então, a orientação sobre a doença e seu prognóstico diminui a ansiedade e a depressão gerada pela presença de doença grave na família (Bottino *et al.*, 2002).

Por outro lado, a qualidade de vida dos pacientes com demência depende, primordialmente, daqueles que são responsáveis pelo seu cuidado. Dessa forma, a grande maioria das abordagens terapêuticas inclui trabalhos com grupos de familiares e cuidadores. Os grupos geralmente têm dois objectivos principais:

- 1) Ajudar a família a lidar melhor com sua sobrecarga emocional e ocupacional gerada pelo cuidado intensivo;
- 2) Prestar apoio económico à família que poderá ser sobre a forma de subsídios, pedido de cartão de invalidez, isenção de taxa moderadora, prestações sociais, etc.

Podemos também encontrar alguns aspectos fundamentais a serem abordados junto aos familiares:

- 1) Informações sobre a doença e os recursos disponíveis na comunidade,
- 2) Aconselhamento sobre como lidar com situações do dia a dia e possibilidade de trocar experiências e falar de seus sentimentos com pessoas que vivem situações semelhantes.

Alguns resultados positivos podem ser encontrados nos familiares, nomeadamente: a diminuição do sentimento de incerteza e culpa, melhor aceitação da doença e das mudanças do paciente e diminuição da solidão e da angústia de pensar ser "o único com aquele problema".

Tratamento nas instituições

Cada vez mais têm vindo a ser criadas estruturas destinadas ao apoio a estes doentes. O ideal seria a existência de instituições em que os técnicos trabalhassem em interdisciplinaridade para que os serviços prestados aos doentes e às suas famílias fossem o mais abrangente possível.

Uma boa instituição seria aquela em que os cuidados de enfermagem, as refeições fossem servidas com um horário fixo, além disso manter horários regulares de levantar e deitar, respeitando o ritmo do doente. A atmosfera calma, e dia – a – dia com actividades regulares, tais como: oficinas de estimulação, actividades de grupo (psicoterapia, musicoterapia, psicodrama), sessões de reeducação (cinesiterapia, ortofonia).

BIBLIOGRAFIA

Folson, J.C. (1968). Reality Orientation for the Elderly Patients. *Journal of Geriatric Psychiatry 1*: 291-307.

Gil, R. (2002). *Neuropsicología*. Barcelona: Masson, S.A.

Habib, M. (2000). *Bases Neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores

Hebb, D.O. (1949). The Organization of Behavior. *A Neuropsychologica Theory*. New York: Wiley.

Rosenzweig, M.R.; Bennett, E.L. (1996). Psychobiology of Plasticity: Effects of Training and Experience on Brain and Behavior. *Behavioural Brain research 78*: 57-65.

Touchon, J, Portet, F. (1994). *Guia prático da doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi Editores

Verhaeghen, P. (2001). The Interplay of Growth and Decline, In: Hill, R.D.; Backman, L.; Neely, A.S. *Cognitive Rehabilitation in Old Age*. New York: Oxford University Press, pp. 3-22.

Wilson, B.A.; Baddeley, A.D.; Cockburn, J.M. (1989). How Do Old Dogs Learn New Tricks: Teaching a Technological Skill to Brain Injured People. *Cortex 25*: 115-9.