

A DOENÇA DE ALZHEIMER: CARACTERÍSTICAS, SINTOMAS E INTERVENÇÕES

2013

Catarina Oliveira Lucas

Psicóloga Clínica
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Beira Interior
Licenciatura em Psicologia na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Clémence Freitas

Psicóloga Clínica

M^a Isabel Monteiro

Psicóloga Clínica

Email:

catarina.lucas@live.com.pt

RESUMO

O crescente envelhecimento populacional tem motivado uma maior incidência de certas doenças, como por exemplo as demências. Estas são atualmente uma das patologias mais verificadas em idades mais avançadas, como é o caso da doença de Alzheimer, que tem vindo a ser alvo de sucessivas investigações devido às limitações que acarreta na qualidade de vida dos idosos e dos seus cuidadores.

Assim, a Doença de Alzheimer consiste numa doença progressiva e degenerativa, caracterizada pela deterioração cognitiva e emocional, que acarreta inúmeras dificuldades associadas ao funcionamento ideal do sujeito, nomeadamente a nível cognitivo, emocional, funcional e interpessoal. A sucessiva dependência inerente ao quadro clínico implica o envolvimento constante dos cuidadores na patologia, bem como salienta a importância que estes desempenham na promoção e manutenção da qualidade de vida dos doentes. Assim, é impreterível que se criem projetos de intervenção com o paciente e o cuidador, de modo a permitir a aquisição de competências que facilitem a interação e compreensão da doença, promovendo a qualidade de vida de ambos.

Palavras-chave: Alzheimer, cuidadores, intervenção

INTRODUÇÃO

As demências afetam as capacidades mentais do ser humano, alterando progressivamente todo um conjunto de funções necessárias para o desenvolvimento de uma vida independente e autónoma. Com o aumento da esperança média de vida, certas doenças têm aumentado a sua prevalência progressivamente, como é o caso da Doença de Alzheimer (Casanova, 1999a).

Descoberta em 1907 por Alois Alzheimer (Groisman, 2002), esta tem vindo a ser alvo de inúmeros estudos relativos às suas origens e progresso. Apesar de não constituir uma patologia normativa ao processo de envelhecimento, a doença de Alzheimer é o tipo de demência mais comum nos países desenvolvidos (Marksteiner, & Schmidt, 2004). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004; cit. por Falcão & Dias, 2006), esta patologia surge independentemente da raça, nível socioeconómico, etnia e região geográfica, afetando cerca de 5% da população com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, registando-se uma maior probabilidade de desenvolvimento da patologia em indivíduos a partir dos 85anos. Em média, após a realização do diagnóstico, os doentes têm uma esperança média de vida entre 8 a 10 anos, apesar de isto não ser linear e universal (Department of human health & human services, 2006a).

Sendo muitas vezes rotulada como “doença dos idosos”, a doença de Alzheimer consiste numa doença neurodegenerativa progressiva e irreversível com aparecimento insidioso, que pressupõe perdas de memória, bem como um leque de distúrbios cognitivos, comprometendo assim a autonomia do idoso (Smith, 1999; Ávila, 2003; Abreu, Forlenza, & Barros, 2005). Deste modo, é de referir que o declínio da capacidade cognitiva provém dos processos fisiológicos de um envelhecimento normal ou então de um estágio de transição para as demências. Idosos com declínio na sua capacidade cognitiva têm maior probabilidade de desenvolverem a Doença de Alzheimer, nomeadamente os que apresentam um défice no âmbito da memória esporádica (Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima, & Nitrini, 2005).

Apesar de influenciar maioritariamente o funcionamento do idoso, é considerada uma doença social na medida em que toda a família é atingida pela mudança de comportamento do idoso, pelo desconhecimento e pelos preconceitos que ainda existem (Vono, s.d.). Assim, um diagnóstico precoce revela-se muito importante para os pacientes e seus familiares, já que permite o planeamento do futuro e ainda maiores oportunidades de tratamento dos sintomas da doença (Department of human health & human services, 2006a).

Todavia, é de referir que apesar dos avanços científicos na área, o diagnóstico anterior à morte do sujeito, apenas é um diagnóstico possível ou provável (Department of human health & human services, 2006a). Muitos esforços têm vindo a realizar-se com o intuito de se descobrirem as causas reais desta patologia e mediante os estudos realizados na área, acredita-se que a doença de Alzheimer não resulta de uma causa em particular, mas sim de uma miscelânea de fatores que

afetam cada sujeito de forma diferente e que se desenvolvem ao longo dos anos (Department of Human health and human services, 2009). Apesar da idade ser o fator de risco mais conhecido, outros fatores como os genético, podem interligar-se para motivar o surgimento da patologia (Department of human health & human services, 2006a). Assim, têm-se desenvolvido estratégias eficazes com o intuito de ajudar os cuidadores a lidarem adequadamente com estes sujeitos, além de permitirem a identificação de possíveis sintomas e fatores de risco de modo a reduzir a patologia (Department of human health & human services, 2008).

Apesar dos tratamentos que se têm vindo a desenvolver, esta é ainda irreversível, sendo que os tratamentos actualmente disponíveis, incluindo o farmacológico, não permitem a cura mas apenas a melhoria e diminuição dos sintomas comportamentais. Isto é alcançado através de medicação aliada a técnicas cognitivas de reabilitação, além da informação e apoio prestado não só aos pacientes como aos familiares e cuidadores (Ávila, 2003; Marksteiner, & Schmidt, 2004).

Segundo Higuchi e colaboradores (2005), a esta demência está associada perda de memória e de capacidades intelectuais que interferem nas atividades diárias, sociais e laborais, bem como alterações de personalidade, humor e comportamento (Department of human health & human services, 2006b; Abreu, Forlenza, & Barros, 2005).

SINTOMATOLOGIA

A doença de Alzheimer apresenta uma grande diversidade de comportamentos e sintomas, sendo que os primeiros sintomas a surgir são os défices na capacidade da memória, os quais geram ainda mais frustração, pois influenciam a capacidade do paciente realizar as atividades diárias, comprometendo assim a sua qualidade de vida. Isto faz com que o doente, com o avanço da patologia se torne cada vez mais dependente, o que implica o aumento da necessidade de cuidados (Ávila, 2003; Department of human health & human services, 2006b). Recentemente as investigações confirmaram que estes doentes apresentam um maior risco de depressão, sobretudo se não receberem apoio adequado da família, dos amigos e da comunidade (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2006).

As alterações da linguagem são consideradas uma das manifestações mais visíveis nesta patologia (Cullell, Bruna, & Puyuelo, 2006), incluindo dificuldades para encontrar palavras, completar ideias ou seguir instruções, o que justifica o facto de uma das queixas mais mencionadas por familiares e cuidadores ser a dificuldade em manter a comunicação eficiente e independente, acarretando problemas nos relacionamentos com familiares e outros interlocutores. Sensações de confusão e perdas na capacidade de julgamento são igualmente características (Carvalho, 2006).

Além disto, as perdas motivadas pela doença, podem também afetar as capacidades visuais, olfativas e gustativas, o que se revela muito complicado para o paciente e para a família, devendo assim ser empreendidas determinadas ações específicas tanto por parte do paciente como pelos

seus cuidadores e familiares. Visto a doença de Alzheimer ser uma patologia que gera incapacitação nos sujeitos, existem certos princípios que podem ser úteis, nomeadamente a prevenção dos riscos, a adaptação ao ambiente e a redução do perigo, com a finalidade de promover um aumento da independência dos mesmos (Department of human health & human services, 2006b). Posto isto, os cuidadores devem ter em consideração que novos ambientes, odores e sons, bem como mudanças na rotina diária, são fatores que podem aumentar a confusão e que provocam agitação num indivíduo com Alzheimer (Department of health and human services division of aging, s.d.).

Como referido por Bottino e colaboradores (2002), o Alzheimer implica a progressiva perda das habilidades cognitivas, a disfuncionalidade comportamental e perturbações emocionais, prejudicando de forma significativa as actividades do sujeito (Davis, Massman, & Doody, 2001). Daí que o planeamento adequado das atividades do dia-a-dia permita um melhor enquadramento dos sujeitos e dos seus cuidadores (Instituto Nacional sobre el envejecimiento, 2006).

Assim, esta doença pode ser dividida em 3 fases, mediante a sua progressão. São elas a fase leve, moderada e grave, as quais refletem o nível de enfraquecimento cognitivo e consequente dependência do sujeito (Bottino et al., 2002). Numa fase inicial da patologia, o doente apresenta essencialmente uma diminuição no desempenho de tarefas de âmbito instrumental relativas à vida diária, conseguindo no entanto executar satisfatoriamente e de forma independente as actividades do dia-a-dia (Abreu, Forlenza, & Barros, 2005). Apesar de incomodativos, numa fase inicial, os sintomas são vistos como sendo de pouca gravidade por parte dos pacientes, não carecendo de preocupação. Todavia, isto não corresponde à realidade, sendo que, os sintomas são preocupantes desde o momento que surgem. Porém, com o aumento dos sintomas que se vão agravando paralelamente à doença, os familiares destes pacientes vêem-se obrigados a pedir ajuda (Bottino et al., 2002; Abreu, Forlenza, & Barros, 2005; Department of human health & human services, 2006a;).

Deste modo, na fase inicial da doença os sintomas que mais prevalentes são a perda de memória, os esquecimentos, a desorientação no tempo e no espaço, a confusão face à localização de lugares familiares, a perda da espontaneidade e da iniciativa, bem como o descuido com a aparência pessoal e no trabalho. Além destes, ocorre maior dispêndio de tempo na realização de tarefas diárias, falta de atenção e de concentração, problemas para lidar com dinheiro e pagamentos, capacidade de julgamento empobrecida, motivando decisões erradas, perda da espontaneidade e espírito de iniciativa, alterações de humor e de personalidade e ainda, aumento da ansiedade ou agressividade (Camargo, 2003; Helito & Kauffman, 2007; National Institute on Aging, 2008).

Segundo Bottino e colaboradores (2002), numa fase moderada da doença, as dificuldades cognitivas acentuam-se relativamente à fase anterior e a pessoa começa a necessitar de ajuda na realização de tarefas instrumentais e nas tarefas básicas do dia-a-dia (Helito & Kauffman, 2007).

O pensamento não é claro, gerando esquecimento relativamente à realização de tarefas simples e ao não reconhecimento de pessoas e lugares conhecidos (Department of human health & human services, 2006a). Ocorre também diminuição da atenção, exteriorizações inapropriadas, como por exemplo, explosões de raiva, dificuldades de linguagem, leitura, escrita e numéricas, pensamento desorganizado e incoerente, dificuldades em aprender coisas novas e lidar com situações inesperadas, inquietação, agitação, ansiedade, e choro, especialmente no final da tarde ou à noite. Ocorrem movimentos repetitivos e contrações musculares ocasionais, podendo ainda ocorrer alucinações e ideias sem sentido (Camargo, 2003; National Institute on Aging, 2008).

Por fim, na última fase da doença, é comum o paciente perder totalmente a sua independência, ficando acamado. Isto gera a necessidade de cuidados permanentes, na medida em que surgem problemas ao nível da deglutição, sinais neurológicos, incontinência fecal e urinária (Bottino et al., 2002; Department of human health & human services, 2006a), mutismo, irritabilidade e morte (Camargo, 2003). Porém, é necessário salientar que estes sintomas variam de doente para doente, não devendo proceder-se à generalização do quadro.

Quanto aos sentidos, a doença de Alzheimer pode motivar a sua deterioração, causando dificuldades no sujeito relativamente à avaliação daquilo que vê, ouve, prova, e sente, apesar dos órgãos que lhes correspondem estarem bem conservados. A nível visual, os doentes de Alzheimer podem perder a capacidade de entender imagens visuais, têm dificuldade em entender o que veem devido às mudanças a nível cerebral, apresentando ainda alterações quanto à perceção da profundidade. No que concerne ao olfato, esta patologia leva a uma diminuição da capacidade auditiva e discriminação dos sons e a nível tátil, os sujeitos apresentam perdas, podendo mesmo ser incapazes de interpretar sensações de calor, frio e desconforto. No que concerne ao paladar, este pode ser seriamente influenciado na medida em que é frequente a sua perda, causando a incapacidade de discernimento que os leva a colocar coisas perigosas e inapropriadas na boca. Contrariamente aos sentidos referidos, a audição pode ser preservada, o que não impede que possa surgir uma incapacidade de interpretar criteriosamente o que é escutado, podendo isto motivar uma certa confusão ou estimulação excessiva (National Institute on Aging, 2006b).

Um aspeto que se deve ter em conta e que muitas vezes é desvalorizado pelos próprios pacientes, está relacionado com a capacidade de condução, a qual é seriamente afetada por esta patologia. Considerando a sintomatologia subjacente à doença, a condução de veículos por parte de doentes de Alzheimer torna-se uma atividade potencialmente perigosa, tanto para eles como para os outros (National Institute on Aging, 2006b).

Como refere o Department of Health and Human Services (2009), certos comportamentos, nomeadamente a manutenção de bons hábitos de saúde podem ajudar na prevenção e abrandamento do declínio cognitivo. Assim, um envelhecimento saudável é facilitado pela realização de atividade física e uma dieta nutritiva, associadas ainda a atividades intelectualmente estimulantes e relações sociais e familiares, as quais ajudam criando uma espécie de reserva

cognitiva, no sentido de permitirem ao cérebro uma maior adaptabilidade e flexibilidade em certas áreas do funcionamento mental, de modo a compensar o declínio de outras. As pessoas que se envolvem em actividades potencialmente estimulantes podem ter uma qualidade o estilo de vida que lhes permite uma relativa protecção face ao desenvolvimento da doença de Alzheimer (National Institute on Aging, 2008).

INTERVENÇÕES

As perturbações psicológicas e comportamentais representam uma consequência da doença de Alzheimer, que provoca uma grande incapacidade e uma das ameaças à vida pessoal e familiar do indivíduo.

Deste modo um tratamento multidisciplinar, permite que os pacientes alcancem um nível cognitivo e funcional mais elevado (Ávila, 2003), produzindo uma significativa melhoria na qualidade de vida quer dos pacientes como dos seus cuidadores (Peña-Casanova, 1999; Souza, Guimarães & Ballone, 2004).

É necessário ter em conta que, os tratamentos não procuram a cura desta patologia, mas sim a promoção do alívio dos défices cognitivos e alterações comportamentais, bem como melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e da família (Bottino et al., 2002). Os principais objetivos do tratamento da doença visam estimular e/ou manter as capacidades mentais, fortalecer as relações sociais, dar segurança e aumentar a autonomia do paciente, estimular a identidade e autoestima, minimizar o stress e evitar reações psicológicas anormais, melhor o rendimento cognitivo e funcional, aumentar a autonomia pessoal nas atividades diárias, melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida do paciente e dos familiares ou cuidadores (Casanova, 1999b).

Além dos problemas relativos aos défices cognitivos ou às alterações comportamentais, outros são ainda mais frequentes, nomeadamente a discriminação social, a solidão, problemas financeiros e desconforto emocional, potencialmente associados ao comprometimento físico (Ávila, 2003).

Como defende Peña-Casanova (1999), é fundamental a definição adequada do problema psicológico e comportamental do qual o paciente padece, sendo que para poder intervir adequadamente é necessário o conhecimento dos antecedentes da perturbação, o seu desenvolvimento e consequências.

A evolução da doença de alzheimer e a rapidez com que ocorrem as alterações a ela subjacentes, variam de pessoa para pessoa, sendo que nenhum tratamento consegue anular os efeitos da doença (Department of human health & human services, 2006a). Porém, como afirma Oliveira (2007), pesquisas recentes no âmbito da intervenção cognitiva demonstraram que a evolução da doença pode ser retardada e a qualidade de vida dos pacientes e familiares melhorada.

PROGRAMAS EDUCACIONAIS

Os programas educacionais e o treino do cuidador geram melhorias nos níveis de stress deste e do doente, bem como das perturbações de comportamento do paciente e a reacção dos cuidadores a estes. A educação e o suporte permitem retardar a institucionalização, principalmente com programas de intervenção social, educacional, suporte psicológico, auxílio aos serviços de saúde e ainda encaminhamentos. Estas intervenções apresentam bastante eficácia em diversos casos, sendo que, direccionadas para os cuidadores e para os pacientes, permitem diminuir o stress decorrente da patologia. Certas intervenções baseadas por exemplo na música, passeios e exercícios lentos, levam à redução de problemas comportamentais, enquanto outras baseadas na presença simulada de familiares (vídeo com os familiares) podem ser eventualmente úteis (Engelhardt, Brucki, Cavalcanti, & Forlenza, 2005).

De facto, cuidar de pessoas com Alzheimer é um constante desafio, pois estes necessitam constantemente de cuidados, exigindo-se aos seus cuidadores muita paciência, criatividade e conhecimento sobre a patologia (Department of human health & human services, 2006b).

INTERVENÇÃO FAMILIAR

A intervenção familiar pode ter benefícios significativos nos cuidados com os doentes de Alzheimer, tendo ainda um impacto positivo no comportamento destes. Assim, torna-se fundamental o apoio, a união e o carinho da família, a qual deve ainda demonstrar conhecimento e compreensão não só da doença, mas principalmente da evolução individual desta (Marriott, Donaldson, Tarrier, & Burns, 2000; Vono, s.d).

A nível prático, a intervenção familiar engloba três componentes: a educação dos cuidadores, a gestão do stress e o treino de estratégias de *coping*. Considerada aceitável para pacientes e cuidadores, a intervenção reduz de forma significativa a sobrecarga nos cuidadores e as perturbações comportamentais nos pacientes (Marriott, Donaldson, Tarrier, & Burns, 2000).

Assim, a intervenção familiar no âmbito da doença tem como foco principal, a redução do stress do cuidador, ao invés de qualquer modificação na doença (Marriott, Donaldson, Tarrier, & Burns, 2000), tendo como principais objetivos ajudar a família a lidar com a sobrecarga emocional e ocupacional gerada pela patologia (Bottino et al., 2002). A intervenção familiar permite assim uma perspectiva clara acerca das dificuldades e mudanças que ocorrem, tornando o comportamento dos cuidadores mais consistente face às contingências da doença, procurando que as situações se tornem mais previsíveis (Marriott, Donaldson, Tarrier, & Burns, 2000).

Deste modo, a educação e a informação sobre a doença são fundamentais tanto para o paciente como para a família, não só quanto à patologia, mas essencialmente quanto às consequências dela (Marriott, Donaldson, Tarrier, & Burns, 2000).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Quanto ao tratamento farmacológico, teve um forte desenvolvimento nos últimos anos. A deterioração da memória acompanha o desenvolvimento da doença, sendo que na fase inicial/precoce a principal dificuldade cognitiva é a memória explícita enquanto que a memória de procedimento se encontra preservada. Visto que as intervenções procuram um uso mais eficiente da memória, são utilizadas técnicas que permitam exercitá-la, como é o caso das técnicas de repetição e treino, as quais partem da concepção de que os exercícios permitem um melhor funcionamento mnésico (Casanova, 1999b; Bottino et al., 2002).

Existem medicamentos que ajudam a melhorar ou resolver as situações, sendo que os neurolépticos reduzem o delírio, a agressão e a agitação melhorando a qualidade de vida do paciente e cuidadores (Peña-Casanova, 1999).

Para certas pessoas, numa fase inicial com medicamentos como a tacrina (Cognex), donepezil (Aricept), rivastigmina (Exelon) o galantamina (Razadyne) podem contribuir para que os sintomas não piorem durante um certo período limitado de tempo. Quanto à memantina (Namenda), esta demonstrou bons resultados no tratamento de sujeitos em fases moderadas ou graves da doença apesar dos seus efeitos serem limitados. O tratamento de sintomas como agitação, deambulação, ansiedade e depressão, contribui para que os pacientes se sintam mais cómodos e facilita a ação dos cuidadores (Department of human health & human services, 2006a).

Segundo Ávila (2003), os estudos têm demonstrado a eficácia dos inibidores de acetilcolinesterase, verificando-se a melhoria das funções cognitivas e do desempenho nas actividades de vida diária. Porém, outras intervenções não farmacológicas como a reabilitação neuropsicológica têm também alcançado resultados positivos quanto a melhorias cognitivas e desempenho nas atividades diárias.

REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A reabilitação neuropsicológica não se prende apenas com o melhoramento dos aspetos cognitivos, mas também com a modificação de comportamentos disfuncionais, reabilitação profissional e apoio psicossocial (Casanova, 1999a). No caso destes pacientes, qualquer pequena alteração cognitiva ou até mesmo a estabilização de algumas funções cognitivas consiste num ganho, representando um benefício na vida deste paciente e qualidade desta. Esta forma de intervenção, consiste num processo ativo que procura capacitar os sujeitos com défices cognitivos adquiridos a desenvolverem um funcionamento social, físico e psíquico adequado. Sendo um tratamento biopsicossocial, envolve os pacientes e os familiares tendo em conta as

mudanças físicas e cognitivas do paciente, o ambiente onde vivem, fatores subjetivos e ainda a sua história de vida. A reabilitação neuropsicológica, quando aplicada quer em grupos pequenos e homogéneos como a nível individual tem alcançado efeitos positivos, além de permitir que o paciente permaneça durante mais tempo independente, evitando assim maiores sobrecargas aos familiares (Ávila, 2003).

A intervenção cognitiva na doença de Alzheimer constrói-se a partir dos princípios de reabilitação neuropsicológica e de seleção de algumas técnicas específicas desenvolvida para as demências e perturbações de memória (Casanova, 1999a). A intervenção cognitiva na doença de Alzheimer deve abranger desde os aspetos cognitivos até aos aspetos emocionais, passando pelos comportamentais, sendo a sua aplicação personalizada, flexível e fundamentada no conhecimento profissional. As estratégias de intervenção cognitiva devem centrar-se no contexto geral do tratamento da pessoa afetada pela demência.

REABILITAÇÃO COGNITIVA

A reabilitação cognitiva sendo somente uma componente da reabilitação neuropsicológica, pode ajudar na estabilização do quadro da patologia por períodos variáveis, em sujeitos com doença leve a moderada (Casanova, 1999a; Engelhardt, Brucki, Cavalcanti & Forlenza, 2005). Neste sentido, é impreterível manter um nível contínuo e satisfatório de estimulação, de modo a não acentuar a deterioração cognitiva, apatia e conformismo, sendo que, deve focar-se essencialmente a memória a curto prazo e a memória autobiográfica.

A aprendizagem sem erro e o uso de técnicas que usem a memória de procedimento parecem ser mais adequadas. Além disso, o treino cognitivo de habilidades específicas não é generalizável para a vida diária, devendo ser utilizadas técnicas que possam ser adaptadas pelos cuidadores à vida diária do paciente. Este treino quando associado à medicação para melhoria das capacidades cognitivas pode levar a melhores resultados.

REABILITAÇÃO DA MEMÓRIA

A reabilitação da memória objetiva uma melhoria na performance, através de técnicas específicas ou estratégias e auxílios externos (Ávila, 2003). Assim, a utilização das técnicas de reabilitação cognitiva revelam-se eficazes em pacientes com Alzheimer de gravidade leve a moderada. O treino cognitivo de habilidades específicas, como a memória e a linguagem, pode revelar-se útil, sendo que certas técnicas permitem alcançar melhorias na atividade do dia-a-dia (Engelhardt, Brucki, Cavalcanti, & Forlenza, 2005). Segundo Davis, Massman e Doody, (2001), alguns programas de estimulação cognitiva têm demonstrado eficácia nestes doentes, verificando-se que estes apresentam uma maior facilidade em recordar-se de nomes e informações pessoais depois de receberem este tipo de intervenção.

Quanto à reabilitação dos doentes, o treino deve envolver tarefas relacionadas com défices individuais específicos, além de ser realizado dentro do próprio contexto em que a habilidade será posteriormente usada. Técnicas como as mnemónicas permitem melhorias no armazenamento, na codificação e evocação da informação, podendo ser eficazes em alguns casos de Alzheimer. As atividades que envolvem diferentes registos sensoriais, como verbais e visuais ou cinestésicos e motores, são positivas e estão relacionadas com a memória de procedimentos e implícita. No entanto, o doente não aprende sozinho as técnicas que facilitam melhorias na memória, sendo que a repetição, o treino, e as estratégias de aprendizagem devem ser aplicadas nas situações e contextos particulares e específicos e relacionadas com questões ou aspectos da vida quotidiana (Bottino et al., 2002).

As estratégias compensatórias são técnicas utilizadas com pacientes com demência, e apesar da eficiência limitada apresentam mais eficácia em fases precoces da patologia. A Terapia de Orientação da Realidade, baseia-se na apresentação de dados da realidade ao paciente de forma contínua e organizada. Assim, procura-se orientar os sujeitos nas interações sociais, promovendo a comunicação, sendo que, quando submetidos a esta terapia apresentam melhorias significativas na orientação verbal, na atenção e interesse pelo ambiente e no desempenho em escalas de interação e funcionamento social e intelectual (Casanova, 1999a Bottino et al., 2002).

A terapia de Orientação para a realidade, estimula assim os pacientes a superarem as suas limitações e a aumentarem a sua autonomia. Deste modo, esta terapia utiliza elementos como a reminiscência ou a adaptação. No que concerne à terapia da reminiscência, esta é uma técnica que permite a recuperação de emoções anteriormente vividas, tendo por objetivo estimular o resgate de informações através de figuras, fotos, jogos e outros estímulos que possam relacionar-se com a juventude do paciente (*idem.*).

A associação de técnicas de reabilitação cognitiva com o tratamento farmacológico, auxilia na estabilização sintomática podendo motivar melhorias nos défices cognitivos e funcionais. A realização de intervenções de suporte e de aconselhamento direccionadas não só ao paciente como também aos familiares, influenciam positiva e significativamente o bem-estar dos referidos, o que implica que os técnicos devem sempre considerar a associação do tratamento medicamentoso a uma intervenção psicossocial (Bottino et al., 2002). Esta ideia vai ao encontro do referido por Ávila (2003) que defende que um tratamento multidisciplinar, engloba a medicação, reabilitação neuropsicológica e grupo informativo.

Segundo Peña-Casanova (1999), geralmente a melhor intervenção engloba não só a combinação de informação e apoio familiar, como também a procura de mudanças no contexto de vida do paciente de modo a minimizar as causas de problemas psicológicos e comportamentais.

Apesar da patologia, os doentes devem ser dignificados e respeitados, devendo sempre ter-se em conta que são seres humanos e que portanto têm sentimentos, pelo que será melhor não falar do estado da doença na presença destes, de forma a não ferir os seus sentimentos. Os

enfrentamentos e discussões não se justificam nem fazem sentido quando as pessoas têm perdas de memória e dificuldades de raciocínio, devendo ter-se em consideração que os défices apresentados se devem à patologia, mantendo assim a calma, de forma a ultrapassar a situação. Além disto, facilitar a independência, é um objetivo da terapia que facilita a segurança e autoestima do doente, sendo que neste aspeto deve ajudar-se a pessoa a desenvolver as suas capacidades o mais que possa, tendo em conta as suas possibilidades, minimizar o stress e adaptar-se, o que significa aceitar as limitações do paciente bem como as reações próprias da doença (Peña-Casanova, 1999).

Um dos pontos a ter em conta nesta patologia é a adaptação ao ambiente, a qual deve ser alcançada de modo a permitir que o doente desenvolva as suas capacidades ao máximo. Assim, deve existir a preocupação de que o ambiente seja simples (a vida diária deve ser simplificada sem no entanto ser despersonalizada, devendo manter-se os objetos e recordações pessoais), estável (a rotina é o princípio fundamental de qualquer tarefa, não devendo mudar-se as coisas de sítio, os hábitos, os objetos, cores ou formas) e seguro (ter uma casa segura e manter fechados objetos potencialmente perigoso) (Peña-Casanova, 1999).

A intervenção em doentes de Alzheimer não é fácil nem linear, daí que quanto às atitudes empreendidas face a estes, enquanto profissionais devemos esclarecer os demais não só acerca da patologia, mas essencialmente procurar uma manutenção ou melhoria nas capacidades cognitivas e funcionais do paciente e consequentemente promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Com o crescimento do número de idosos que se tem verificado, torna-se cada vez mais urgente a criação planos de promoção de contextos que garantam a saúde física, psicológica e social dos idosos portadores de Alzheimer, assim como dos seus cuidadores.

A doença de Alzheimer, afeta toda a família do paciente, sendo de facto, necessário dar-se especial atenção a este grupo de pessoas, devido às alterações adversas que sofrem em diversas e importantes áreas da sua vida. Deste modo, é necessário investir na assistência aos cuidadores, identificando e reconhecendo as situações para assim poder intervir no sentido de permitir um maior bem-estar tanto nos cuidadores, como nos doentes. Aquando da criação de um plano de intervenção será sempre necessário ter em atenção as necessidades dos cuidadores, pilar fulcral na promoção da qualidade de vida dos doentes.

Portanto, a constituição de grupos de apoio e a criação de programas de intervenção tanto nos familiares como nos seus cuidadores constituem um recurso precioso para ajudar o cuidador a lidar com o doente. Estes programas devem incluir as suas principais dificuldades e modos de interagir com o doente e permitir ainda a partilha de experiências e sentimentos entre os diversos cuidadores que constituem o grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, I., Forlenza, O., & Barros., (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 131-136.

Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica pacientes com doença de Alzheimer leve. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(4), 139-146.

Bottino, C., Carvalho, I, Alvarez, A., Avila, R, Zukauskas, P., Bustamante, S., et al. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 70-79.

Camara, V., Gomes, S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S. et.al (2009). Reabilitação Cognitiva das demências. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45(1), 25, 33.

Camargo, I.(2003). *Doença de Alzheimer: um testemunho*. Porto Alegre: Editora Age.

Carvalho, I.(2006). *Avaliação funcional das habilidades de comunicação- ASHA FACS para população com doença de Alzheimer*. Tese de Doutorado não publicada, São Paulo: Faculdade de Medicina.

Casanova, J.(1999a). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer: fundamentos y principios generales*. Barcelona: Fundación " la Caixa".

Casanova, J.(1999b). *Enfermadad de Alzheimer: del diagnostico a la terapia : conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación " la Caixa".

Cerqueira, A., & Oliveira, N. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma acção terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia Universidade de São Paulo*, 13(1), 133-150

Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(12), 79-82.

Coelho, F., Santos- Galduroz, R., Gobbi, S., & Stella, F.(2009). Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 163, 170.

Coelho, V., Falcão, D., Campos, A., & Vieira, M. (2006). *Atendimento psicológico grupal a familiares de idosos com demências*. In D., Falcão, C., Dias (Eds.), *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (pp.81-103). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cullell, N., Bruna, O., & Puyuelo, M.(2006). Intervención neuropsicológica y del doença de Alzheimer leve. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(4), 139-146.

Davis, R., Massman, P., & Doody, R. (2001).Cognitive Intervention in Alzheimer Disease: A randomized placebo-controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15(1), 1-9.

Department of Health & Human Services (2008). *Progress report on Alzheimer disease: discovery and hope*. Washington, DC: Author.

Department of Health and Human Services division of Aging (s.d).*Acute hospitalization & Alzheimer's Disease: A special kind of care*. Washington, DC: Author.

Department of Human Health & Human Services (2006a). *Guía de la enfermedad de Alzheimer: la información que usted necesita saber*. Washington, DC: Author.

Department of Human health & Human Services (2006b). *Protección en el Hogar: para las personas con la enfermedad de Alzheimer*. Washington, DC: Author.

Department of Human Health & Human Services (2009). *Can Alzheimer's disease be prevented?* Washington, DC: Author.

Engelhardt, E., Brucki, S., Cavalcanti, J., & Forlenza, O. (2005). Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da academia brasileira de neurologia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(4), 1104-1112.

Falcão, D., & Dias, C. (2006). *Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas*.São Paulo: Casa do Psicólogo.

Faleiros, D.(2009). *Cuidador de idosos com doença de Alzheimer: efeitos de grupos psico-educacionais e suporte domiciliar individualizado*. Tese de Mestrado não publicada. São Carlos: Centro de educação e ciências humanas.

Fritzen, S.(1987). *Exercícios práticos de dinâmica de grupo*. Brasil: Vozes.

Fundación "la Caixa" (1999). *Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer: Guía de consejos prácticos para vivir el día a día*. Barcelona, DC: Author.

Groisman, D. (2002). A velhice entre o normal e o patológico. *História, Ciências, Saúde*, 9(1), 61-78.

Helito, A., & Kauffman, P.(2007). *Sáude: entendendo as doenças, a enciclopédia médica da família*. São Paulo: Nobel.

Higuchi, M., Iwata, N., Matsuba, Y., Sato, K., Sasamoto, K., & Saido, T. (2005). 19F and 1H MRI detection of amyloid beta plaques in vivo. *Nature Neuroscience.*, 8(4), 527-533.

Instituto Nacional sobre el envejecimiento (2006). *Guía para Quienes Cuidan Personas con la Enfermedad de Alzheimer*. Washington, DC: Author.

Kolb, K., & Miltner, F. (s.d.). *Exercitar a Memória*. Lisboa: Círculo de leitores.

Lima, T., & Tonello, M.(2008). Actividade física: um tratamento para pessoas com alzheimer. *Revista Digital- Buenos Aires*, 125,

Marksteiner, J., & Schmidt, R. (2004).Treatment Strategies in Alzheimer's disease with a focus on early pharmacological interventions. *Drugs Aging*, 21(7), 415-426.

Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioural family interventions in reducing the burden of care in careers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.

National Institute on Aging (2008) *Alzheimer's disease: unraveling the mystery*. Washington, DC: Author.

Oliveira, A.(2007). *Memória, Cognição e Comportamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Peña-Casanova, J. (1999). *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Fundación "la Caixa".

Smith, M. (1999). A doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de psiquiatria*, 21, 3-7.

Souza, J., Guimarães, L., & Ballone, G.(2004). *Psicopatologia e psiquiatrias básicas*. São Paulo: Vetor.

Vono, Z.(s.d). *Enfermagem gerontológica: atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Senac.