

Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?*

Juliane Silveira Lima¹

Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo

A Doença de Alzheimer (DA) é hoje uma das mais temidas doenças à medida que a idade avança. A dificuldade de memória típica desse quadro torna seus portadores repetitivos, ansiosos e depressivos. Esse quadro sintomático, antigamente considerado característica intrínseca à velhice, configura hoje problema de saúde pública, conquistando gradativamente espaço na mídia e na pesquisa científica. Diversos profissionais da saúde vêm destacando o papel fundamental que a atividade mental e física têm na luta contra esse mal. Tais constatações têm chamado atenção de neuropsicólogos interessados em saber qual é o papel da manutenção das funções cognitivas em casos nos quais a demência já foi diagnosticada. Buscou-se obter na presente revisão de literatura uma visão geral dos tratamentos paliativos administrados por psicólogos que promovem a redução ou o retardo dos sintomas cognitivos, comportamentais e funcionais da DA na busca pela melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Neuropsicologia; Intervenção cognitiva.

Abstract

Alzheimer Disease (AD) is today one of the most feared diseases as people get older. The typical memory difficulties of those who have this problem make them repetitive, anxious and depressive. These characteristics, once considered typical of the aging person, are now a public health problem, and have been getting attention in the media and in the scientific research.

* Aging, dementia and alzheimer disease: what does Psychology have to do with this?

¹ Endereço para correspondências: Rua Paul Hering, 92/402, Blumenau, SC, 89010-050 (E-mail: julianeslima@terra.com.br).

Several health professionals have been highlighting the fundamental role that mental and physical activity play on fighting against this problem. Such findings have been calling the attention of neuropsychologists interested in knowing what is the role of the cognitive skills training in cases in which the dementia has already been diagnosed. The present literature review has aimed to provide an overall view of the palliative treatments that promote the reduction or delay of the cognitive, behavioral and functional symptoms of AD in search of improvements in the quality of life.

Keywords: Alzheimer disease; Neuropsychology; Cognitive intervention.

Longevidade: uma conquista e um desafio

O aumento da proporção de idosos² na população é fenômeno mundial e profundo, que tem recebido o nome de “revolução demográfica”. Tal fenômeno, antes observado exclusivamente em países desenvolvidos, passou a ser característico nos países em desenvolvimento. No último meio século, a expectativa de vida aumentou cerca de 20 anos, ou seja, se considerados os últimos dois séculos, ela quase dobrou (LOPES e BOTTINO, 2002). Esse processo ainda pode estar longe do fim. Juntamente com a longevidade, a redução nas taxas de natalidade e o avanço da medicina são fatores que contribuem para que os indivíduos que estão acima de 65 anos representem aproximadamente 6,9% da população mundial (DAVANZO, 2001). Estima-se que, em 2025, o Brasil, que até há pouco tempo era considerado um país jovem, atinja a sexta posição mundial em número de idosos, e as conseqüências econômicas e sociais desse fenômeno podem se tornar graves, caso seja ignorado (IBGE, 2002).

Uma das conseqüências do envelhecimento populacional tem sido o aumento da prevalência dos problemas de saúde característicos do idoso. Nesse panorama, as doenças cardiovasculares são a maior causa de morte em todas as regiões do Brasil, principalmente entre indivíduos acima de 65 anos de idade (BRASIL, 2004). Outros problemas freqüentes nessa faixa etária são neoplasias, diabetes e doenças reumáticas (ALMEIDA, 1999a).

² A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) descreve como idoso aquele que atingiu 60 anos de idade.

As doenças neurodegenerativas, dentre elas, as síndromes demenciais, não têm maior relevância nesse cenário geral, em termos de prevalência, já que atingem cerca de 1,17% das pessoas entre 65 e 69 anos. No entanto, ao verificar a faixa etária dos 95 anos em diante, observam-se casos de demência em 54,83% da população, em diversas regiões do mundo (LOPES e BOTTINO, 2002). Considerando-se que, na população idosa, evidencia-se crescimento significativo dessa faixa etária (DAVANZO, 2001), espera-se, conseqüentemente, aumento de casos de demência em curto espaço de tempo, o que justifica o crescente interesse acerca do assunto.

A demência e a doença de Alzheimer

Além do declínio do funcionamento de atividades fisiológicas, as dificuldades cognitivas e em especial as dificuldades de memória são tradicionalmente consideradas características intrínsecas do processo de envelhecimento. No entanto, pesquisas recentes demonstram que, com o avanço da idade, algumas capacidades cognitivas são fortalecidas. Esse fenômeno é explicado por meio de um mecanismo que procura compensar a menor velocidade de trabalho de outras funções. Parece que, com o tempo, as redes neurais são reestruturadas e o sistema nervoso central passa a ativar diferentes áreas cerebrais. Da mesma forma, alguns declínios em domínios cognitivos específicos, como flexibilidade, rapidez no raciocínio, coordenação de tarefas simultâneas e tempo de reação são evidentes com o avanço da idade (FALKENSTEIN e SOMMER, 2006). De modo geral, no momento em que as dificuldades progridem e tornam-se graves o suficiente para prejudicar o desempenho profissional, o funcionamento social e a qualidade de vida, elas deixam de ser aceitáveis e passam a ser indicadores de possível demência (COHEN e WELLER, 2005).

A demência é uma síndrome³ caracterizada pelo declínio global e progressivo das funções cognitivas. O Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia (NITRINI et al., 2005a) recomenda que sejam utilizados, para o diagnóstico de demência, os critérios estabelecidos pela American Psychiatric Association (2001), encontrados no manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais (DSM-IV-TR).

³ Estado doentio cujos sintomas inespecíficos têm várias causas (HOUAISS e SALLES, 2001).

Como característica essencial de uma demência, o DSM-IV-TR destaca o desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, que incluem comprometimento da memória e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia,⁴ apraxia,⁵ agnosia⁶ ou uma perturbação do funcionamento executivo.⁷ Tais perturbações devem comprometer o funcionamento ocupacional ou social, representam declínio em relação a um nível anterior de funcionamento.

A demência pode ser causada por diferentes doenças que compartilham sintomas em comum, mas são etiologicamente diferentes (JACQUES, JACQUES e JACKSON, 2000). O DSM-IV-TR (APA, 2001) apresenta os seguintes quadros sintomáticos: demência tipo Alzheimer, demência vascular, demência devido à doença do HIV, demência devido a traumatismo craniano, demência devido à doença de Parkinson, demência devido à doença de Huntington, demência devido à doença de Pick, demência devido à doença de Creutzfeldt-Jakob, demência devido a outras condições médicas gerais, demência persistente induzida por substância e demência devido a múltiplas etiologias.

A doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência (LOPES e BOTTINO, 2002; RODGERS, 2004) e foi descrita pela primeira vez em 1906, por um psiquiatra alemão chamado Alois Alzheimer, que identificou em uma de suas pacientes, a senhora August D., um quadro de déficit de memória, alterações comportamentais e incapacidade de realizar atividades rotineiras. A essa descrição ele adicionou duas alterações anatômicas que encontrou ao examinar o cérebro da senhora August, após sua morte. O nome da doença foi uma homenagem à importante descoberta feita pelo Dr. Alzheimer.

Em virtude de sua incidência e natureza devastadoras, a DA caracteriza problema de saúde pública em todo o mundo (HERRERA et al., 1998; ALMEIDA, 1999b; GUERRERO et al., 2005; PODEWILS et al., 2005). Uma análise de estudos epidemiológicos de demência realizados em diversos países relatou maior prevalência de Alzheimer em todos eles,

⁴ Deterioração das funções da linguagem (APA, 2001).

⁵ Prejuízo da capacidade de executar atividades motoras, apesar de a capacidade motora, a função sensorial e compreensão estarem intactas para a tarefa exigida (APA, 2001).

⁶ Fracasso em reconhecer ou identificar objetos, apesar de a função sensorial estar intacta (APA, 2001).

⁷ Envolve a capacidade de pensar abstratamente e planejar, iniciar, seqüenciar, monitorar e cessar um comportamento complexo (APA, 2001).

e uma aproximação das taxas gerais em todo o mundo a partir dos 65 anos de idade (LOPES e BOTTINO, 2002). Outros estudos recentes de prevalência indicam que a DA afeta cerca de 20 milhões de pessoas no mundo. Dentre elas, 5% estão acima de 65 anos, 40%, acima de 80 anos, e 45%, acima de 90 anos (BRANT e HANSER, 2004; NITRINI et al., 2005a). Esses e outros autores concluem que a DA aumenta progressivamente com a idade (NITRINI, 1999; LOPES e BOTTINO, 2002; NITRINI et al., 2005b). Baseados nesse pressuposto, Wimo e colaboradores (2003) partiram de estudos de prevalência do ano 2000 e estimaram que, em 30 anos, o total de pessoas com demência será de 63 milhões e parte substancial desse número será causada pela DA.

Fatores de risco

Diversos e complexos são os fatores que, combinados, podem aumentar ou diminuir o risco de uma pessoa desenvolver DA. Dentre os fenômenos reconhecidos se encontram idade avançada, histórico familiar da demência e aspectos genéticos (CUMMINGS e COLLE, 2002). Outros fenômenos ainda estão sendo estudados, como, por exemplo, ser do sexo feminino, ter baixa escolaridade (TYAS et al., 2001; BRANDT e HANSER, 2004), histórico de depressão (JORM, 2000; GEERLINGS et al., 2000) e ser portador de doenças vasculares (SKOOG et al., 1999; KORNHUBER, 2005).

O envelhecimento é considerado, juntamente com as causas genéticas, o maior fator de risco para o aparecimento da DA (PODEWILS et al., 2005; WIMO et al., 2003; SMITH, 1999). Estima-se que, de cada 100 mil pessoas entre os 40 e 60 anos de idade, de duas a três são portadoras de DA. Quando são considerados os indivíduos acima de 60 anos, o número aumenta para 130 portadores a cada 100 mil pessoas (BRANDT e HANSER, 2004). Uma análise de estudos da prevalência de demência em todos os continentes (LOPES e BOTTINO, 2002) verificou tendência geral de concentração de casos acima dos 65 anos de idade e observou no aumento da idade uma importante influência sobre os resultados da prevalência.

A DA é considerada uma síndrome progeróide genética, ou seja, está associada ao envelhecimento, ao mesmo passo em que apresenta um evidente componente genético. Em cerca de um terço dos casos observa-se herança familiar e determinado padrão genético. Esses casos, em geral,

são de acometimento precoce, por volta dos 40 anos de idade ou mais cedo. A herança genética da DA tem dinâmica complexa, decorrente de diversos genes e da interação entre eles e o meio ambiente. Smith (1999), em uma revisão de literatura, destaca três genes distintos que foram responsabilizados pela afecção causada pela DA até o momento: o gene da APP, proteína precursora da β -amilóide, cujo acúmulo no cérebro é um traço característico da doença, e o gene da PS1 e PS2, presenilina 1 e 2, que são proteínas da membrana celular. Já os genes da APOE4 (apolipoproteína E do tipo 4), da α -2-macroglobulina e da catepsina D, envolvidos no metabolismo da betaamilóide, foram descritos como fatores importantes de risco para a DA.

Quanto ao risco maior de DA em sujeitos do sexo feminino, ainda existem dúvidas. Um estudo mundial da ocorrência de demência não encontrou dados que corroboram essa afirmação (WIMO et al., 2003). Outro estudo longitudinal realizado em Boston, nos Estados Unidos, não relatou diferenças significativas na incidência nem em prevalência de demência em mulheres (HERBERT et al., 2001) e explicou que as diferenças encontradas devem-se ao fato de a expectativa de vida ser superior na população feminina. De acordo com esses pesquisadores, as mulheres não têm maior risco de desenvolver DA, mas estão vivas em idades nas quais a prevalência de DA é maior. Dessa forma, a idade avançada, e não o sexo, é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da DA.

As diferentes etapas da doença

O processo de degeneração celular da DA causa declínio progressivo e acelerado das funções cognitivas e funcionais. Contudo, as diferenças individuais tornam delicada a tarefa de estabelecer estágios fixos de progressão da doença, sendo freqüentemente observado que a evolução dos sintomas varia de indivíduo para indivíduo (ABREU et al., 2005). Almkivist (1996) sugere três fases considerando-se alguns aspectos mais gerais. No estágio pré-clínico, leves disfunções na memória episódica são percebidas. Há esquecimento de fatos recentes e problemas no registro de novas informações, dificuldade de pensar com clareza, lapsos mnemônicos e confusão. Percebe-se também leve queda no rendimento funcional em tarefas complexas. O estágio clínico inicial é caracterizado por déficits mais pronunciados na memória episódica,

habilidades verbais, atenção e funções executivas. Há dificuldade para desempenhar tarefas mais simples do dia-a-dia, manipular objetos e realizar o autocuidado. No estágio avançado, déficits cognitivos globais e pronunciados são observados, apesar de o desempenho sensorio-motor apresentar-se preservado na maioria dos casos. Quadros psicóticos e alterações significativas do comportamento também podem ocorrer (ABREU et al., 2005).

Os traços que caracterizam o mal de Alzheimer são amplos, difusos e causadores de profundo impacto na vida de portadores e da família. Apesar do crescente interesse dos meios de comunicação pelo mal de Alzheimer, alguns fatores ainda causam atraso na detecção da doença, como, por exemplo, medo do estigma, expectativas reduzidas com relação à capacidade cognitiva dos idosos e tentativas de subjugar os sintomas para preservar a dignidade da pessoa. Quanto mais cedo os sintomas forem associados à doença, maiores serão as chances de se fazer intervenção eficaz e dar apoio apropriado nas questões sociais, legais e financeiras, de forma a educar as pessoas envolvidas e evitar, assim, conseqüências mais graves (RODGERS, 2004; BARKER et al., 2005).

O papel da psicologia

Quando o diagnóstico da DA é mencionado, parentes e cuidadores precisam primeiro aceitar o fato de que a doença não tem cura, e sim alternativas para amenizar e retardar seus efeitos. Além da administração de medicamentos específicos, que têm importante papel no controle dos sintomas, podem-se buscar diferentes intervenções que ofereçam possibilidade de prolongar ao máximo a qualidade de vida do portador e de todos envolvidos nesse processo (MONIZ-COOK, 2006). Estimular as habilidades cognitivas remanescentes, reeducar aquelas que estão em declínio, incentivar o convívio social, as atividades de lazer e tudo que é prazeroso parece ser benéfico não só para o portador como também a todos que convivem com ele, pois isso gera satisfação, alegria e atenua a dura realidade das limitações que crescem com o passar do tempo. É exatamente aí que a psicologia, com seus diversos canais de acesso ao ser humano, tem espaço para atuação cada vez maior e mais reconhecida.

As intervenções cognitivas

A partir dos anos 60, precipitou-se um interesse pelos métodos de intervenção neuropsicológica para melhorar ou manter o desempenho cognitivo (MONIZ-COOK, 2006). Desde então, num contexto que pressupõe que os idosos possuem reserva cognitiva, a qual pode ser reabilitada após o início da demência, a atividade mental tem se destacado como agente importante na luta contra o declínio da memória (LARSON et al., 2006; MONIZ-COOK, 2006; FARINA et al., 2006). A intervenção neuropsicológica na DA é uma área com necessidade de mais investigações (ÁVILA e MIOTTO, 2002; MONIZ-COOK, 2006), mas de modo geral os estudos nessa área apontam resultados que encorajam sua aplicação (ALVAREZ et al., 2001; DE VREESE et al., 2001; BOTTINO et al., 2002; ABRISQUETA-GOMEZ et al., 2004).

Rosenzweig e Bennett (1996) destacam a importância da investigação científica da intervenção não-farmacológica como aliada no tratamento da demência. Segundo os autores, a literatura evidencia que certo nível de plasticidade neural persiste durante a terceira idade. Por plasticidade entende-se a capacidade que o cérebro tem de reorganizar seus circuitos neurais sobreviventes após uma lesão, de forma a desempenhar as tarefas anteriormente executadas de outra maneira (LURIA, 1963). Esse fato é observado em casos de demência, quando as regiões onde a atrofia causada pela morte celular é menos evidente nas regiões mais estimuladas ao longo da vida do indivíduo. Sendo assim, pressupõe-se que existe uma reserva cognitiva, mesmo em casos de DA, e que o treino e a estimulação das habilidades preservadas induzem à plasticidade do sistema nervoso (MIRMIRAN et al., 1996; FARINA et al., 2006).

A prioridade das intervenções neuropsicológicas em DA é estabelecer o uso mais eficiente da memória, e, de acordo com a literatura no assunto, há mais de um caminho para atingir esse objetivo (ALVAREZ et al., 2001). Um método frequentemente utilizado é a estimulação das modalidades específicas da memória que se encontram preservadas para compensar as modalidades com déficit. Outro caminho é trabalhar as habilidades residuais da modalidade que se encontra com déficit, que, no caso da DA, é a memória de trabalho (ÁVILA e MIOTTO, 2002). Esses métodos incluem em seu procedimento a repetição, o treinamento, as estratégias de aprendizagem e estratégias compensatórias (BOTTINO et al., 2002).

Um número crescente de técnicas surge a cada ano e dentre as mais investigadas encontram-se: orientação para realidade, estimulação cognitiva, treino cognitivo, treino de memória, reabilitação neuropsicológica, reabilitação de memória, reabilitação cognitiva, reabilitação psicossocial e estimulação de memória (MONIZ-COOK, 2006). Como forma de organização e caracterização dessa variedade de conceitos, Clare e Woods (2004), a partir de ampla revisão de literatura, sugerem que as diferentes técnicas utilizadas sejam subdivididas em três grupos: estimulação cognitiva, reabilitação neuropsicológica e treino cognitivo.

Estimulação cognitiva

A estimulação cognitiva tem como precursora a orientação para a realidade, primeiro método de intervenção cognitiva na demência. Com o objetivo de reduzir a desorientação e confusão, pode ser realizada em um período de 24 horas ou em forma de aulas em grupo, com duração de 30 minutos. Sua técnica é de natureza informal e contínua, na qual se busca apresentar dados de realidade ao indivíduo por meio de interações sociais (BOTTINO et al., 2002). A informação realiza-se a cada contato do portador com seus cuidadores, que comentam a situação atual do sujeito, como e onde ele está, o dia, a hora e os eventos que acontecem no ambiente em que se encontra. As informações são comunicadas utilizando-se olhares, gestos, contato físico, voz, sons e objetos, como relógios, calendários e figuras (MONIZ-COOK, 2006).

Desde seu surgimento na década de 60 até os dias atuais, têm sido relatadas inconsistências nos resultados do uso da orientação para a realidade, mas Spector e colaboradores (2001) observaram efeitos positivos na cognição e no comportamento, em uma revisão sistemática da aplicação em grupo. Eles também propuseram uma reciclagem dessa terapia, ao observar que diferentes estudos lançavam mão de outras técnicas e atividades de estimulação próprias de cada cultura. O que seguiu foi a redefinição da técnica que passou a ser chamada programa de estimulação cognitiva global. Os pesquisadores conduziram em 2003 um programa com duração de sete semanas, com 14 sessões de 45 minutos cada, nas quais a orientação era feita sob a forma de encontros temáticos cujo foco era, dentre outros, a administração de dinheiro, jogos de palavras e reconhecimento

de rostos famosos (SPECTOR et al., 2003). Para a realização das tarefas, os pesquisadores utilizaram atividades recreativas e o resultado foi melhora significativa nas medidas de cognição e qualidade de vida. Em um estudo similar (ZANETTI et al., 2002), aqueles indivíduos que no início do programa apresentavam funcionamento cognitivo mais baixo tiveram mais benefícios em comparação com os que haviam manifestado menos dificuldades.

Reabilitação neuropsicológica

Esse parece ser o termo mais abrangente, já que abarca sob suas técnicas cinco componentes: reabilitação cognitiva, psicoterapia, estabelecimento de ambiente terapêutico, trabalho com família e trabalho de ensino protegido com pacientes (PRIGATANO, 1997). A reabilitação é uma abordagem individualizada, construída para auxiliar tanto as pessoas com declínio cognitivo quanto suas famílias. Aborda as dificuldades cognitivas e respostas emocionais de forma integrada e holística e leva em conta a experiência e o contexto social do paciente. Em portadores da DA, o objetivo é atingir ou manter um nível ótimo de funcionamento físico, psicológico e social, para facilitar a participação em atividades sociais e exercício de papéis sociais. De acordo com Boccardi e Frisoni (2006), a reabilitação no campo da demência é a recuperação de algumas capacidades perdidas ou a prevenção da perda da funcionalidade residual.

Alguns estudos verificaram que a reabilitação neuropsicológica gera benefícios e melhora a qualidade de vida se for aliada aos inibidores de acetilcolinesterase (BOTTINO et al., 2002; ABRISQUETA-GOMEZ et al., 2004). Afirma-se como consenso que a reabilitação é uma ferramenta para manter a funcionalidade cognitiva, apesar de algumas dificuldades, como o alto custo de um especialista em cada tratamento individualizado ou supervisionando uma equipe. Além disso, assim como em qualquer outra intervenção em portadores de demência, a reabilitação necessita da inclusão de aspectos motivacionais, sociais e psicológicos para engajar o paciente e sua família no processo, o que só pode ser realizado por uma equipe multiprofissional (BOCCARDI e FRISONI, 2006).

Treino cognitivo

O treino cognitivo parte do pressuposto de que, ao exercitar determinada função, obtém-se melhora global em seu funcionamento (FARINA et al., 2006). Trata-se de uma prática guiada por um conjunto de tarefas e simulação de atividades da vida diária, em que se utilizam os mais diversos recursos. Essas tarefas são desenhadas para que, ao realizá-las, utilizem-se funções cognitivas particulares, como memória, atenção, linguagem e função executiva. Podem ser realizadas individualmente ou em grupos e facilitadas por parentes, com apoio do terapeuta. A prática regular do treino cognitivo tem demonstrado eficácia em alguns estudos, porém, nem todos obtiveram resultados estatisticamente significativos. Percebe-se no método em geral falta de conexão entre a habilidade treinada e a habilidade testada pelas medidas após a intervenção, diferenças na duração e no procedimento dos tratamentos e heterogeneidade dos grupos estudados (CLARE e WOODS, 2004). Também não se sabe ainda a extensão dos benefícios do treino cognitivo na vida diária, bem como a duração deles após sua interrupção. Sugere-se que em futuros estudos seja investigado que técnicas específicas são mais efetivas para cada tipo de população (ÁVILA e MIOTTO, 2002).

Alguns exemplos de programas experimentais de treino de memória são encontrados na literatura, como o apresentado por DeVreese e colaboradores (1998). Eles examinaram os resultados de um programa de treino de memória semanal com 90 minutos de duração, durante três meses, em idosos sem demência, mas com queixas subjetivas de memória ou com real declínio cognitivo. O programa incluiu um número de técnicas mnemônicas e estratégias de aprendizagem estruturadas de forma a estimular, desenvolver e reforçar os mecanismos básicos de registro, armazenamento e recordação da informação. O conteúdo dos exercícios envolveu situações da vida real, e os pesquisadores perceberam que em ambos os tipos de participantes houve melhora significativa no funcionamento da memória de trabalho, sendo essa mais expressiva naqueles cujo declínio de memória era mais acentuado.

Arkin (2000) elaborou um questionário com 30 itens biográficos para 11 portadores de Alzheimer. Sete deles receberam dez sessões semanais de um exercício de treino de memória gravado em fita cassete, o qual apresentava as informações pessoais contidas no questionário,

fazia uma pergunta, aguardava cinco segundos e fornecia a resposta correta. Os demais participantes tiveram contato equivalente com os pesquisadores, porém, sem receber treino. O desempenho do grupo experimental foi significativamente superior ao do grupo controle.

Bernhardt e colaboradores (2000) desenvolveram um programa considerando as diferentes habilidades cognitivas de cada participante e incluíram o treino de atividades da vida diária entre as tarefas. A intervenção deu-se ao longo de seis semanas, com a duração de uma hora por encontro, totalizando 12 encontros. Ao final do experimento, observaram diferenças no desempenho da memória de trabalho e na funcionalidade dos sujeitos que haviam feito o treino. Naqueles que não receberam acompanhamento, houve progressão maior da gravidade da demência, de forma que os pesquisadores concluíram que a consideração de traços específicos do portador e do treino de habilidades simples contribui para melhores resultados.

Na Universidade de Londres, 12 pessoas com provável DA foram treinadas para realizar associações entre rostos e nomes durante seis sessões de uma hora (CLARE et al., 2002). Utilizou-se durante o estudo o paradigma da aprendizagem sem erro, que se baseia em fortalecer a emissão de uma resposta correta, assim, aumenta a possibilidade de sucesso e fortalece a motivação do paciente (BOTTINO et al., 2002). A intervenção produziu uma mudança estatisticamente significativa na recordação dos nomes aprendidos, ganho que permaneceu nos 12 meses seguintes à pesquisa, mesmo sem continuidade do treino. Os pesquisadores questionam, contudo, a utilidade de aplicar essa técnica no atendimento clínico e a generalização desses ganhos para a vida diária. Sugerem que mais estudos devem ser conduzidos, para verificar sua contribuição para o bem-estar dos portadores da demência.

Mais recentemente, Ávila e colaboradores (2004) testaram o efeito do treino de memória em cinco portadores de DA em estágio inicial, durante 14 semanas, e verificaram melhora estatisticamente significativa nas atividades da vida diária, além de escores mais altos nos testes de memória. Sugeriu-se que o treino semanal é eficaz não só no retardo dos sintomas, mas também na melhora da cognição e da funcionalidade, apesar do caráter progressivo da demência. Um programa semelhante, com duração de 26 semanas, obteve aumento não só nos escores de testes de memória, como também na qualidade de vida e no funcionamento social dos participantes (EMERSON et al., 2005).

Por fim, Farina e colaboradores (2006) contrastaram a estimulação global cognitiva com o treino cognitivo específico em uma população de 32 casos de DA, que variavam de leves a moderados. Após 15 sessões, o grupo que recebeu estimulação cognitiva demonstrou redução substancial em transtornos de comportamento e melhor desempenho na vida diária, enquanto o grupo que recebeu treino cognitivo demonstrou melhores resultados apenas na competência funcional diária. Os autores sugerem que até mesmo um programa global implementado por não-especialistas, como o exercício de atividades que envolvem jogos e músicas, tem efeitos positivos para a DA. Eles recomendam mais investigações desse tipo, para que os benefícios efetivos de cada técnica sejam mais bem descritos e padronizados, a fim de facilitar sua aplicabilidade na clínica e até mesmo em casa.

A interação social como variável importante

Ao comparar uma intervenção em grupo (estimulação global) com uma intervenção individual (treino cognitivo), Farina e colaboradores levantam uma questão ainda não contemplada nos demais estudos citados. Os resultados positivos são apenas frutos da melhora da cognição ou também são influenciados pela interação social proporcionada durante as sessões em grupo? Moniz-Cook (2006) contribui para essa discussão ao sustentar que uma intervenção que atinge melhoras em medidas de cognição pode não ter efeito prático no dia-a-dia do demenciado. Outrossim, ressalta a importância de acessar além da cognição a qualidade de vida, referida como peça chave nos objetivos do tratamento da demência. Woods e colaboradores 2006 afirmam ser a qualidade de vida na demência independente do nível de funcionamento cognitivo em si, mas que as intervenções dirigidas ao funcionamento cognitivo têm efeito direto sobre a qualidade de vida. Curiosamente, esse estudo lançou mão da estimulação cognitiva, cujo principal ingrediente é a interação social. Para Moniz-Cook (2006), a questão da interação social constitui variável que precisa ser investigada isoladamente nesses casos.

A manutenção de uma rede social na terceira idade pode reduzir o impacto do declínio das funções cognitivas ao estimular processos mentais.

Acredita-se que, dessa forma, é acumulada uma reserva cognitiva para a velhice (SACZYNSKI et al., 2005). Um estudo longitudinal com 89 sujeitos encontrou evidências de que a extensão das redes sociais proporciona uma reserva cognitiva que reduz os efeitos degenerativos da DA. Esse fato foi mais pronunciado ao examinar a memória semântica dos indivíduos e foi observável mesmo após se controlar variáveis como idade, sexo, escolaridade e uso de anticolinesterásicos (BENNET et al., 2006).

Diversos são os caminhos que vêm sendo investigados desde a década de 60, para que se alcance a intervenção mais adequada para os diferentes perfis de portadores de Alzheimer e diversos são os resultados obtidos. Benefícios em diferentes habilidades cognitivas, no funcionamento diário, no humor e em outros aspectos que envolvem a demência podem ser significativos ou somente relatados, e podem até mesmo não aparecer de forma alguma. Porém, considerando-se o perfil da doença, que é neurodegenerativa, como esse aspecto pode ser julgado? Até que ponto a ausência de eficácia verificável por meio de medidas de memória é prova de que a intervenção não foi eficaz? Como avaliar em uma intervenção cognitiva, que é rica em estímulos variados, qual deles contribuiu mais para os resultados obtidos? Ávila e Miotto (2002) e Clare e Woods (2004) salientam, ao final de seus estudos de revisão, a importância do desenvolvimento de protocolos mais adequados para acompanhar os resultados a curto, médio e longo prazo, para que intervenções mais assertivas possam ser desenvolvidas.

Perspectivas psicoterapêuticas para o tratamento da DA

Apesar de ser um tanto difícil comprovar estatisticamente a eficácia de intervenções psicológicas na doença de Alzheimer, surgem nessa década um novo caminho e novas possibilidades para o profissional da psicologia. Estudos recentes indicam que a atividade mental e física na demência não é nociva ao bem-estar do portador, ao contrário, sugerem que uma proporção dos sujeitos pode se beneficiar desse tipo de atividade.

É consenso entre os pesquisadores que a reabilitação é uma área difícil, sobre a qual há urgência de estudos e definições mais precisas. Ainda há um longo caminho a percorrer até que as necessidades de sólidas bases teóricas,

metodológicas e práticas sejam satisfeitas, mas parece recomendável que as pessoas com demência se engajem em atividades que estimulem a mente e o corpo. Ainda que não haja muitas evidências de que seus efeitos sejam eficazes contra o declínio das funções mentais, desde que elas sejam prazerosas, o que contribui para o bem-estar, podem servir até para provar a si mesmo que ainda se pode fazer algo, que não se perdeu tudo.

É preciso estar atento às novas demandas que o crescimento da população idosa apresenta, conhecer as doenças que afligem essa fase da vida e pôr em prática as estratégias existentes para contribuir para a saúde mental e a qualidade de vida desses indivíduos. Todas as mudanças sociais e econômicas a nossa volta indicam que está em jogo agora nossa flexibilidade como profissionais. Preparar-se para exercer a psicologia em lugares antes nem cogitados passou a ser necessidade, e as doenças neurodegenerativas mostram isso com clareza.

Referências bibliográficas

ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de psiquiatria clínica*, 32(3):131-136, 2005.

ABRISQUETA-GOMEZ, J.; CANALI, F.; VIEIRA, V.; AGUIAR, A. C.; PONCE, C.; BRUCKI, S.; BUENO, O. A longitudinal study of a neuropsychological rehabilitation program in Alzheimer's Disease. *Arquivos de neuropsiquiatria*, 62(3-B): 778-783, 2004.

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Revista brasileira de psiquiatria*, 21(1): 12-18, 1999a.

ALMEIDA, O. P. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência. *Revista de psicologia clínica*, 26(2):25-33, 1999b.

ALMKIVIST, O. Neuropsychological features of early Alzheimer's disease: preclinical and clinical stages. *Acta neurologica scandinavia*, 165: 63-71, 1996.

ALVAREZ, A. M.; ÁVILA, R.; CARVALHO, I. A. M. Reabilitação neuropsicológica da doença de Alzheimer. *Revista de psiquiatria clínica*, 28(6): 286-287, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. *Manual Diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Trad. C. Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ARKIN, S. M. Alzheimer memory training: students replicate learning successes. *American journal of Alzheimer's disease*, 15(3): 152-162, 2000.

ÁVILA, R. e MIOTTO, E. Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Revista de psiquiatria clínica*, 29(4): 190-196, 2002.

ÁVILA, R.; BOTTINO, C.M.C.; CARVALHO, I.A.M.; SANTOS, C.B. SERAL, C.; MIOTTO, E. Neuropsychological rehabilitation of memory deficits and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease: a pilot study. *Brazilian journal of medical and biological research*, 37: 1721-1729, 2004.

ÁVILA, R.; BOTTINO, C.M.C.; CARVALHO, I.A.M.; SANTOS, C.B.; SERAL, C.; MIOTTO, E. Neuropsychological rehabilitation of memory deficits and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease: a pilot study. *Brazilian journal of medical and biological research*, 37: 1721-1729, 2004.

BARKER, W.W.; LOUIS, C.; HARWOOD, D.; LOEWENSTEIN, D.; BRAVO, M.; OWNBY, R. et al. The effect of a memory screening program on the early diagnosis of Alzheimer Disease. *Alzheimer disease & associated disorders*, 19(1): 1-7, 2005.

BERNHARDT, T.; MAURER, K.; FROELICH, L.; WOLFGANG, J. Influence of a memory training program on attention and memory-performance of patients with dementia. *Neurobiology of aging*, 21(1): 275, 2000.

BOCCARDI, M. e FRISONI, G.B. Cognitive rehabilitation for severe dementia: critical observations for better use of existing knowledge. *Mechanisms of ageing and development*, 127(2006): 166-172, 2005.

BOTTINO, C.M.C., CARVALHO, I.A.M., ALVAREZ, A.M., ÁVILA, R., ZUKAUSKAS, P.R., BUSTAMANTE, S.E.Z. et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer. Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1): 70-79, 2002.

BRANDT, R. e HANSER, H. O enigma de Alzheimer. In: FERRARI, A. C. e ZENI, B. (Eds.). *Viver mente & cérebro*, São Paulo: Duetto, 142: 68-73, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Análise dos dados de mortalidade de 2001*. Brasília: MS, 2004.

CLARE, L.; WOODS, R.T. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's Disease: a review. *Neuropsychological rehabilitation*, 14(4): 385-401, 2004.

CLARE, L.; WILSON, B.; CARTER, G.; ROTH, I.; HODGES, J. R. Relearning face-name associations in early-Alzheimer's Disease. *Neuropsychology*, 16(4): 538-547, 2002.

COHEN, N. e WELLER, R.O. Neuropathology of dementias. *Advances in clinical neurosciences and rehabilitation*, 5(5):18-21, 2005.

CUMMINGS, J. L. e COLE, G. Alzheimer disease. *Journal of American Medical Association*, 287: 2335-2338, 2002.

DAVANZO, J. Preparing for an aging world. *Population matters*. 2001. Disponível em: <http://www.rand.org/research_areas/population>. Acesso em: 02 ago. 2006.

DEVREESE, L.P.; NERI, M.; FIORAVANTI, M.; BELL, O.I.; ZANETTI, O. Memory rehabilitation in Alzheimer's: a review of progress. *International journal of geriatric psychiatry*, 16: 794-809, 2001.

DEVREESE, L.P.; IACONO, S.; FINELLI, C.; NERI, M. Memory training programs in memory complainers: efficacy on objective and subjective memory functioning. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, sup. 6: 141-154, 1998.

EMERSON, N. B. L.; LYNN, L. S.; DREBING, C. E.; HOLMES, M. S. Cognitive rehabilitation intervention for persons with early stage AD. *Alzheimer's and dementia*, 1(1): 62, 2005.

FALKENSTEIN, M. e SOMMER, S. Os benefícios do tempo. In: FERRARI, A.C. (Ed.). *Viver mente & cérebro*, São Paulo: Duetto, 160: 26-31, 2006.

FARINA, E.; MANTOVANI, F.; FIORAVANTI, R.; PIGNATTI, R.; CHIAVARI, L.; et al. Evaluating two group programs of cognitive training in mild-moderate AD: is there any difference between a 'global' stimulation and a 'cognitive-specific' one? *Aging & mental health*, 10(3): 211-218, 2006.

GEERLINGS, M.I., SCHOEVERS, R.A., BEEKMAN, A.T., JONKER, C., DEEG, D.J., H.SCHMAND, B. et al. (2000). Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176: 568-575.

GUERRERO, P.C.; GARÓFANO, N.C.; TOVAR, M.S. Enfermedad de Alzheimer. Temas de gerontología III, Granada: Grupo Editorial Universitario, 105-110, 2005.

HEBERT, L.E.; SCHERR, P.A.; MCCANN, J.J.; BECKETT, L.A.; EVANS, D.A. Is the risk of developing Alzheimer's disease greater for women than for men? *American journal of epidemiology*, 153(2): 132-138, 2001.

HERRERA, J.E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva. *Revista de psiquiatria clínica*, 25: 70-73, 1998.

HOUAISS, Antônio e VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. 2000. *Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica*, n.9, 2002.

JACQUES, B.; JACQUES, A.; JACKSON, G.A. *What is dementia*. 3.ed. Oxford: Churchill Livingstone, 2000.

JORM, A.F. Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? A review. *Gerontology*, 46:219-227, 2000.

KORNHUBER, J. Prevention of Alzheimer's disease. *Fortschritte neurologie: psychiatrie*, 73(6):315-316, 2005.

LARSON, E. B.; WANG, L.; BOWEN, J.D.; MCCORMICK, W.C.; TERI, L.; CRANE, P. et al. Exercise is associated with reduced risks for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of internal medicine*, 144: 73-81, 2006.

LOPES, M.A. e BOTTINO, C.M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. *Arquivos de neuropsiquiatria*, 60(1):61-69, 2002.

LURIA, A. R. *Restoration of function after brain injury*. Oxford: Pergamon, 1963.

MIRMIRAN, M.; VAN SOMEREN, E.J. W.; SWAAB, D.F. Is brain plasticity preserved during aging and in Alzheimer's disease? *Behavioral brain research*, 78:43-48, 1996.

MONIZ-COOK, E. Cognitive stimulation and dementia. *Aging & mental health*, 10(3):207-210, 2006.

NITRINI, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. *Revista de psiquiatria clínica*, 26(5), 1999. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista>. Acesso em: 04 jul. 2006.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C.M.C.; DAMASCENO, B.P.; BRUCKI, S.M.D.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arquivos de neuropsiquiatria*, 63(3-A): 713-719, 2005a.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C.M.C.; DAMASCENO, B.P.; BRUCKI, S.M.D.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arquivos de neuropsiquiatria*, 63(3-A): 720-727, 2005b.

PODEWILS, L.J.; GUALLAR, E.; KULLER, L.H.; FRIED, L.P.; LOPEZ, O.L.; CARLSON, M.; LYKETSONS, C. Physical activity, APOE genotype and dementia risk: findings from the cardiovascular health cognition study. *American journal of epidemiology*, 161(7): 639-651, 2005.

PRIGATANO, G.P. Learning from our successes and failures: reflections and comments on cognitive rehabilitation: how it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5):497-499, 1997.

RODGERS, A.B. 2003 progress report on Alzheimer's disease: research advances on NIH. U.S. Department of Health and Human Services. N.04-5570. 2004. Disponível em: <<http://www.nia.nih.gov/Alzheimers>>. Acesso em: 30 jul. 2005.

ROSENZWEIG, M. R. e BENNET, E. L. Psychobiology of plasticity: effects of training and experience on brain and behavior. *Behavioral brain research*, 78:57-65, 1996.

SACZYNSKI, J. S.; PFEIFER, L.A.; MASAKI, K.; KORF, E.S.C.; LAURIN, D.; WHITE, L. et al. The effect of social engagement on incident dementia and hippocampal volume: The Honolulu-Asia aging study. *Alzheimer's and dementia*, 1(1) S1: 127, 2005.

SKOOG, I., KALARIA, R. N., BRETELER, M.B. Vascular factors and Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 13 (3):S106-114, 1999.

SMITH, M.A.C. Doença de Alzheimer. Revista brasileira de psiquiatria, SII 3-SII 7, 1999. Genética: Suplemento II (21).

SPECTOR, A.; ORRELL, M.; DAVIES, S.; WOODS, R.T. Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological rehabilitation*, 11: 377-397, 2001.

SPECTOR, A., THORGRIMSEN, L., WOODS, B., ROYAN, L., DAVIES, S., BUTTERWORTH, M. et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. Randomised controlled trial. *British journal of psychiatry*, 183: 248-254, 2003.

TYAS, S.L.; MANFREDA, J.; STRAIN, L.A.; MONTGOMERY, P.R. Risk factors for Alzheimer's disease: a populational-based, longitudinal study in Manitoba, Canada. *International Epidemiological Association*, 30: 590-597, 2001.

WIMO, A. WINBLAD, B.; AGUERO-TORRES, H.; VON STRAUSS, E. The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer disease and associated disorders*, 17 (2): 63-67, 2003.

WOODS, B.; THORGRIMSEN, L.; SPECTOR, A.; ROYAN, L.; ORRELL, M. Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging and mental health*, 10(3): 219-226, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Ageing and the life course section. *Active ageing – a policy framework*. Switzerland: WHO, 2002.

ZANETTI, O.; ORLANI, M.; GEROLDI, C.; BINETTI, G.; FRISONI, G.B.; GIOVANNI, G. et al. Predictors of cognitive improvement after reality orientation in Alzheimer's disease. *Age and ageing*, 32:193-196, 2002.