

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA
Graduação em Psicologia

Dafynie Poppe Torres Francisco

Daiane Naiara Messias da Silva

Franciely Natália Lopes Santos

**AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E REABILITAÇÃO
COGNITIVA NA DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Belo Horizonte
2021/1

Dafynie Poppe Torres Francisco

Daiane Naiara Messias da Silva

Franciely Natália Lopes Santos

**AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E REABILITAÇÃO
COGNITIVA NA DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Artigo apresentado ao Centro
Universitário UNA como requisito parcial
para obtenção do título de Psicóloga.

Orientador: Prof. Dr. Acrísio Luiz
Gonçalves.

Belo Horizonte
2021

Avaliação neuropsicológica e reabilitação cognitiva na doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica¹

Dafynie Poppe Torres Francisco

Daiane Naiara Messias da Silva

Franciely Natália Lopes Santos

Resumo: A Doença de Alzheimer é resultado de um processo neurodegenerativo de início insidioso, progressão lenta e gradual. Considerando esse quadro, o presente artigo buscou investigar o declínio das funções cognitivas e sua relação com a diminuição da funcionalidade do idoso, além de elucidar aspectos da avaliação neuropsicológica e da reabilitação cognitiva, a partir de uma revisão bibliográfica de artigos científicos e livros que abordam a temática. Constatou-se a relação entre o declínio das habilidades funcionais do idoso, própria da Doença de Alzheimer, e a dependência para a realização de atividades de vida diária. A avaliação neuropsicológica auxilia no diagnóstico diferencial, ao passo que a reabilitação cognitiva busca retardar o processo neurodegenerativo e auxiliar o idoso e sua família no processo de adaptação a esta nova realidade.

Palavras-chave: Alzheimer; neuropsicologia; avaliação neuropsicológica; reabilitação cognitiva;

Abstract: Alzheimer's disease is the result of a neurodegenerative process of insidious onset, slow and gradual progression. Looking at this article sought to investigate the decline of cognitive functions and its relationship with the decrease in functionality of the elderly, in addition to elucidating aspects of neuropsychological assessment and cognitive rehabilitation, from a bibliographical review of scientific articles and books that address the theme. The relationship between the decline in elderly connections, characteristics of Alzheimer's disease, and dependence to carry out activities of daily living. The neuropsychological assessment helps in the differential diagnosis while cognitive rehabilitation aims to delay the neurodegenerative process and help the elderly and their families in the process of adapting to this new reality.

Keywords: Alzheimer; neuropsychology; neuropsychological assessment; cognitive rehabilitation;

¹ As citações e referências do artigo estão formatadas de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição. As normas completas encontram-se disponíveis em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/9889/6/NormaAPA7W.pdf> .

INTRODUÇÃO

A concepção de velhice modifica-se conforme o tempo histórico e a cultura (Dardengo & Mafra, 2018). A Organização Mundial da Saúde (2005 *apud* Dardengo & Mafra, 2018) define a velhice a partir de idades diferentes a depender do nível de desenvolvimento do país: sendo 65 anos de idade nos países desenvolvidos e 60 anos de idade nos países em desenvolvimento, apontando que diferenças relativas à qualidade de vida da pessoa idosa não podem ser desconectadas do nível socioeconômico da população.

O avanço da idade cronológica da população mundial pode ser considerado uma grande conquista para a humanidade. Segundo Kalache et al. (1987), este aumento na expectativa de vida pode ser justificado pela urbanização das cidades, condições sanitárias e de higiene pessoal adequadas, melhora no ambiente de trabalho e nas instalações das residências, além da melhoria nutricional e do avanço da medicina e da tecnologia. Dessa forma, o aumento da expectativa de vida trouxe um desafio para o século XXI, afinal, com o aumento da população idosa, verifica-se também o aumento dos índices de demência: a taxa de prevalência de demência na população brasileira a partir de 60 anos de idade duplica a cada cinco anos, tendo um aumento exponencial no decorrer dos anos sucedentes (Caramelli & Barbosa, 2002).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, (2019), atualmente, o Brasil possui mais de 28 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, número que representa 13% da população do país. Essa população tende a aumentar e, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos de idade. Essa mudança deve-se principalmente à queda da taxa de fecundidade e, também, ao aumento da expectativa de vida dos brasileiros.

O Ministério da Saúde, em seu Caderno de Atenção Básica sobre o Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006), compreende a senescência como um processo natural do envelhecimento, podendo vir acompanhado de perdas funcionais progressivas já esperadas para esta etapa da vida. A senilidade, por sua vez, é entendida como condições que alteram o estado de saúde do idoso, tais como, doenças, situações estressoras e acidentes. Portanto, observam-se dois diferentes perfis de idosos, sendo eles: idosos saudáveis e os que apresentam alterações no estado de saúde, como o idoso diagnosticado com alguma demência.

Atualmente, as demências são caracterizadas por diversos déficits cognitivos, ocorrendo com maior frequência o déficit de memória. No entanto, pode haver declínio da capacidade de orientação temporal e espacial, do pensamento, das habilidades intelectuais e do comportamento. É imprescindível existir alterações em no mínimo duas dessas funções e o comprometimento da realização de atividades cotidianas (Mckhann et al., 2011 *apud* Souza & Teixeira, 2014). As doenças neurodegenerativas constituem as principais causas de demência, como a Doença de Alzheimer, a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal. Todavia, as doenças infecciosas e inflamatórias, processos expansivos (tumores, abscessos, hematomas e etc.) e aspectos ligados ao metabolismo, como o hipotireoidismo e a deficiência da vitamina B12, também podem ser apontadas como causas secundárias da demência (Souza & Teixeira, 2014).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (American Psychiatric Association - APA, 2014), a doença de Alzheimer faz parte do grupo denominado como “Transtornos Neurocognitivos Maiores ou Leves”. O seu surgimento é insidioso e a evolução dos sintomas cognitivos e comportamentais é gradativa. Para Souza & Teixeira (2014), o sintoma inicial da Doença de Alzheimer (DA) é a amnésia, o que implica em um déficit progressivo da memória episódica anterógrada, sintoma relacionado às regiões do hipocampo e do córtex entorrinal. A fase leve do transtorno neurocognitivo na DA implica em prejuízos na memória, na aprendizagem e nas funções executivas, podendo também ser encontrado sintomas comportamentais e psicológicos como a depressão e a apatia. Posteriormente, nos estágios moderado e grave, as capacidades visuoespaciais, perceptomotoras e a linguagem são afetadas, além disso, pode haver características psicóticas, irritabilidade, agitação, agressividade e perambulação.

Com a progressão do Alzheimer, a funcionalidade que se caracteriza como a habilidade física e mental de manter uma vida autônoma e independente pode ser comprometida, causando dependência e a necessidade de um cuidador. A avaliação da funcionalidade é baseada na capacidade de realização de atividades relacionadas ao autocuidado, independência e utilização da comunidade (Araújo et al., 2012). Portanto, as Atividades de Vida Diária são práticas que auxiliam na manutenção da vida.

Segundo Haskel et al. (2017), as Atividades de Vida Diária (AVD's) podem ser classificadas em dois grupos: (a) as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's),

atividades que relacionam-se ao autocuidado, como higiene pessoal, uso adequado do banheiro, alimentar-se e vestir-se e etc; e as (b) Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), relacionadas à capacidade do sujeito em manter uma vida independente, por exemplo: preparar refeições, uso de meios de transporte e de comunicação, controle financeiro etc. De acordo com Dias et al. (2011), ainda há um terceiro grupo de AVD's, denominado Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD's), que caracterizam-se por serem atividades de maior complexidade e que estão diretamente ligadas a atividades sociais, podendo elas ainda serem divididas em três sub grupos: a) Atividades ligadas ao lazer, tais como viajar, tocar algum instrumento, praticar exercícios e etc.; b) Atividades sociais, tais como manter contatos sociais diversos, participar de eventos e grupos sociais, entre outras; c) Atividades produtivas, como trabalhar, exercer trabalho voluntário e/ou comunitário e etc. Segundo as autoras, a diminuição da execução de AAVD's pode ser considerada um preditor de declínio funcional progressivo em fase inicial.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo investigar a relação entre o declínio das funções cognitivas e a diminuição da funcionalidade do idoso, além de elucidar aspectos da avaliação neuropsicológica e da reabilitação cognitiva na Doença de Alzheimer.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura que reúne e analisa informações relacionadas à influência do declínio cognitivo na doença de Alzheimer em idosos, além de explicitar a forma como se dá o processo de avaliação neuropsicológica e reabilitação cognitiva no Alzheimer. Para isto, foram realizadas buscas utilizando a combinação de dois termos, “Alzheimer” e “Neuropsicologia”, nas seguintes bases de dados: SciELO (1), Pepsic (8), Lilacs (6), Google Acadêmico (14), Portal de Periódicos Capes (42), Ebsco (7).

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos em língua portuguesa, publicados a partir do ano de 2010, com disponibilidade de texto completo, totalizando 78 artigos. Foram desconsiderados na análise os artigos duplicados (12), redigidos em outros idiomas (28), sem relação direta com o tema (18), textos incompletos (5), estudos de caso (3). Considerando tais critérios, foram encontrados 12 artigos (SciELO=1, Pepsic=2, Lilacs=0, Google Acadêmico=5, Portal de Periódicos Capes= 3, Ebsco= 1).

Ademais, para complementar a bibliografia, foram utilizados os seguintes livros: *Desenvolvimento Humano* (Papalia & Feldman, 2013); *Doença de Alzheimer* (Caixeta et al., 2012); *Neuropsicologia: teoria e prática* (Fuentes et al., 2015); *Neuropsiquiatria Geriátrica* (Forlenza et al., 2015); e *Psiquiatria Geriátrica* (Caixeta, 2015).

Os artigos foram divididos em categorias considerando a temática principal de cada um deles. As categorias elegidas foram as seguintes: a) Envelhecimento normal e patológico; b) Avaliação neuropsicológica; c) Reabilitação cognitiva e psicoterapia. Os artigos recuperados nas buscas são apresentados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Artigos considerados na revisão bibliográfica

ENVELHECIMENTO NORMAL E PATOLÓGICO		
Ano	Título	Autor
2010	Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal	Valéria Lopes de Souza Mirian Fernanda Borges Cássia Maria da Silva Vitória Ana Lúcia de Magalhães Leal Chiappetta
2018	Demência e a doença de Alzheimer no processo de envelhecimento: fisiopatologia e abordagem terapêutica	Cassio Henrique Souza Guimarães Lucas Maciel de Almeida Malena Marcelo Limborço-Filho Fernanda Ribeiro Marins
2019	Alzheimer: alterações neuropsicológicas	Claudio Bartholomeu Garrett
2019	O envelhecimento, o cuidado com o idoso e a doença de Alzheimer	Brenda Bianca Andrade Sales Lourinho Wilson Fernandes Ramos
2012	Diagnóstico da doença de Alzheimer na população brasileira: um levantamento bibliográfico	Endy-Ara Gouvea Gonçalves João dos Santos Carmo
2010	O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do programa de enriquecimento instrumental (PEI)	Antonia Rozeli Roberto de Oliveira
AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA		
2014	Poder preditivo do MoCa na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência	Juliana Francisca Cecato José Maria Montiel Daniel Bartholomeu José Eduardo Martinelli
2015	Percepção de expressões faciais emocionais em idosos com doença de Alzheimer	Roberta Ladislaua Josely Gomes Guimarães Wânia Cristina de Souza
2014	Avaliação neuropsicológica na doença Alzheimer e demência frontotemporal: critérios nosológicos	Ari Alex Ramos Amer Cavalheiro Hamdan
2014	Testes do desenho do relógio e de fluência	José Maria Montiel

	verbal: contribuição diagnóstica para o Alzheimer	Juliana Francisca Cecato Daniel Bartholomeu José Eduardo Martinelli
2016	Avaliação neuropsicológica da percepção em portadores da demência de Alzheimer usando como instrumento o teste de organização perceptual visual (TOPV): estudo piloto	Marluce Tavares e Silva
REABILITAÇÃO COGNITIVA E PSICOTERAPIA		
2018	Os transtornos neuropsicológicos e cognitivos da doença de Alzheimer: a psicoterapia e a reabilitação neuropsicológica	Lorena Batista Silva Mayra Fernanda Silva de Souza

Fonte: autoria própria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Envelhecimento normal e patológico

De acordo com Guimarães et al. (2018), definir o envelhecimento apenas pela idade cronológica é um erro, pois este está associado a diversos fatores, como cultura, hábitos de vida, condição socioeconômica, acesso a tecnologia e etc. Essa informação encontra-se respaldado em Papalia & Feldman (2013), que descreve dois tipos de envelhecimento: a) envelhecimento primário: definido como um processo gradual de degradação física, que começa logo após o nascimento e perdura até a morte, portanto, compreende-se que o envelhecimento é inevitável; b) envelhecimento secundário: concebido como resultado de doenças, abusos e hábitos não saudáveis, portanto, evitável. Com isto em vista, pode-se inferir que envelhecer é inerente à existência humana, no entanto, a forma como este envelhecimento acontecerá dependerá em parte do estilo de vida, hábitos e cultura de cada indivíduo e sociedade.

Segundo Oliveira (2010), a idade cronológica para denominar uma pessoa como idosa ou não é variável e depende de fatores biológicos, ambientais e sociais. No entanto, a memória é considerada como o melhor marcador biológico para a compreensão do envelhecimento. São esperadas falhas pontuais na memória ao decurso do envelhecimento, no entanto, quando essas falhas se tornam recorrentes e prejudicam a funcionalidade do indivíduo, pode ser indício de que a linha entre o normal e o patológico foi ultrapassada. Nessa direção, Guimarães et al. (2018) aponta ser comum no envelhecimento um declínio leve, reversível e natural das funções cognitivas, tornando-se um dificultador para a realização de diagnósticos, especialmente na fase inicial das demências, em que o normal e patológico estão próximos.

Estudos sobre envelhecimento e demência mostraram que o grupo de idosos pode ser classificado em três categorias: A) idosos que não apresentam demência; B) idosos que apresentam algum tipo de demência; C) idosos que não se enquadram em nenhum grupo anterior, porém, apresentam algum tipo de declínio cognitivo. No terceiro grupo, estão compreendidos os idosos com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) (Hamdan, 2008) que, no DSM-5 (APA, 2014), é apresentado como uma condição associada ao “Transtorno Neurocognitivo Leve”, sendo que seus principais critérios diagnósticos são os seguintes: a) comprometimento cognitivo, em maior frequência, prejuízo na memória, preferencialmente confirmado por um informante; b) função cognitiva geral preservada; c) atividades de vida diária sem nenhuma alteração; d) ausência de demência.

Segundo Guimarães et al. (2018), apesar do pouco valor prognóstico em si, é de fundamental importância o estudo do CCL, tendo em vista que sua evolução pode acarretar em quatro desfechos: (1) o CCL pode se manter estabilizado; (2) O CCL pode progredir para o Alzheimer; (3) o CCL pode progredir para outra demência; (4) O paciente pode recuperar-se. Portanto, a sua importância clínica se dá devido a possibilidade de, a partir de seu diagnóstico, a DA ser detectada precocemente, o que altera o prognóstico do paciente. A média de progressão do CCL para DA é de 5 a 15% dos casos (Ritchie et al., 2017 *apud* Guimarães et al., 2018).

A DA pode ser definida por uma deteriorização das células nervosas do cérebro, que incluem o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriato ventral (Sereniki & Vital, 2008). Além da perda de neurônios e neurotransmissores, a DA está relacionada ao acúmulo de placas amilóides extraneuronais e de emaranhados neurofibrilares intraneuronais (Siqueira et al., 2019). Essas placas são formadas pela proteína beta-amilóide, presente em todas as células do ser humano, a qual atua na inibição de proteases, porém não possuem funções bem delimitadas (Bernardo & Raymundo, 2018 *apud* Lourinho & Ramos, 2019).

A DA é resultado do processo neurodegenerativo, ou seja, há uma perda de conexões neuronais que afetam a cognição, em especial a memória episódica e a aprendizagem. Seu início é insidioso, possui evolução lenta e gradual, sendo que após o diagnóstico a sobrevida é em média cerca de 10 anos (Souza & Teixeira, 2014).

A DA está dividida em três estágios principais: inicial ou leve, intermediária ou moderada, avançada ou grave. No estágio inicial, há a perda da memória recente, porém existe a preservação da memória para fatos remotos; logo, o paciente tem dificuldades para armazenar e recuperar informações aprendidas há pouco tempo, esquece os nomes e onde guardou seus pertences pessoais. Nesta fase, a linguagem e a condição motora ainda se encontram preservadas e não há impacto na autonomia do sujeito. No estágio moderado, além de déficits na memória episódica, outros domínios cognitivos estão prejudicados, como a linguagem, que apesar de possuir um discurso fluente e parafásico tem a compreensão alterada, contudo, a repetição encontra-se relativamente preservada e as habilidades visuoespaciais estão comprometidas. Nesta fase da doença, a pessoa se perde dentro de casa, possui dificuldade para se vestir e realizar a higiene pessoal, necessitando de auxílio para execução das AVDS, o que impacta negativamente a autonomia do indivíduo. No estágio grave, todas as funções cognitivas estão muito comprometidas; no âmbito da linguagem, há ecolalia, palilalia ou mutismo; o paciente não consegue controlar os esfíncteres, conseqüentemente urinando e defecando na roupa, apresenta problemas motores relativos à restrição ao leito, dificuldade de deglutição e pneumonia aspirativa, além disso, nesta fase o paciente possui maior probabilidade de ir a óbito devido a complicações clínicas (Souza & Teixeira, 2014).

Segundo Silva (2016), além das perdas cognitivas, pode haver alterações da personalidade e comportamento. No estágio inicial pode haver apatia, humor depressivo, ansiedade e irritabilidade; no entanto, com a progressão da DA pode surgir desinibição, comportamentos motores anormais, alucinações e delírios. Já no estágio avançado o idoso pode apresentar agressividade, agitação, irritabilidade e comportamentos inadequados (Yudofsky & Hales, 2014 *apud* Silva, 2016).

Aponta-se a existência de fatores de risco para o desenvolvimento da DA, por exemplo: herança genética, mutação no gene que carrega a apolipoproteína E-4, a trissomia do cromossomo 21, maus hábitos alimentares, pouca ou nenhuma prática de atividade física, baixa escolaridade, possui maior incidência sobre o sexo feminino, visto que este grupo apresenta maior expectativa de vida. No entanto, existem fatores de proteção que reduzem o risco para o aparecimento da DA, tais como: alto grau de escolaridade, manter um estilo de vida saudável (Nitrini, 2000 *apud* Gonçalves & Carmo, 2012).

Além disso, a reserva cerebral e a reserva cognitiva são as principais hipóteses para a ausência da manifestação dos sintomas da DA ao longo da vida. A reserva cerebral associa-se as estruturas neuroanatômicas, como por exemplo: tamanho do cérebro, quantidade de neurônios e sinapses. Este conceito é importante, pois permite compreender que o cérebro é capaz de tolerar até certo ponto uma lesão, não precisamente acarretando em prejuízos cognitivos ou funcionais (Stern, 2002, 2006, 2009 *apud* Ramos & Hamdan, 2014). Já a reserva cognitiva diz respeito à funcionalidade do cérebro e possibilita uma melhora ou agravamento no desempenho das atividades executadas pelos idosos; dessa forma, além de permitir o retardamento das demências, a reserva cognitiva também auxilia na adaptação das mudanças advindas do envelhecimento normal (Stern & Siedlecki et al., 2009; Stern, 2006, 2009 *apud* Ramos & Hamdan, 2014).

As hipóteses diagnósticas da DA pode envolver múltiplas práticas, tais como: avaliação da história clínica e genética do paciente, avaliação neuropsicológica, exames de neuroimagem (como ressonância magnética e tomografia computadorizada), além de biópsia, no entanto, a confirmação do diagnóstico é realizada apenas por exame pós-mortem (necrópsia). Segundo Garret (2019), o uso da avaliação neuropsicológica pode apontar a presença de distúrbios cognitivos mesmo quando os exames clínicos não indicam anormalidades. Além disso, quanto mais cedo o paciente for diagnosticado melhor o seu prognóstico, com possibilidade de retardamento da doença e pouco prejuízo as AVD's, garantindo independência, qualidade de vida e bem-estar ao portador e a família (Ávila, 2003). Souza et al. (2010) ressaltam a importância do profissional estabelecer vínculo com o paciente e realizar com o cuidador ou paciente uma anamnese criteriosa, além de observar o ambiente no qual o idoso vive.

Pelos dados acima apresentados, constata-se que a distinção entre o envelhecimento normal e patológico é um processo de difícil definição, uma vez que se caracteriza como um possível continuum. Por isso, a existência de uma equipe multidisciplinar na avaliação e intervenção torna-se essencial, visto que, é possível através da interseção entre diversos saberes visualizar diversas facetas da história clínica do paciente.

Avaliação neuropsicológica

No passado, os prejuízos intelectuais e de memória nas demências eram identificados como globais e indiferenciados, de modo que grande parte dos pacientes com demência possuía a mesma síndrome clínica. Entretanto, atualmente, por meio dos diagnósticos diferenciais, descobriu-se que há vários tipos de demências específicas que atingem domínios cognitivos de formas distintas no cérebro. Considerando que, no início dos quadros demenciais, muitos pacientes exibem poucos sinais físicos e neurológicos, faz-se necessário uma avaliação neuropsicológica (AN) extensa e detalhada para compreender os sintomas, obter mais detalhes das funções cognitivas, detectar possíveis causas reversíveis de demência, reabilitar os pacientes cognitivamente e aconselhar cuidadores. A AN auxilia a identificar quais funções cognitivas encontram-se preservadas e/ou comprometidas. Sendo um processo amplo e que envolve diversos métodos, como: anamnese, entrevista com o paciente e com os cuidadores, testagem psicológica, observação e etc. (Caixeta et al., 2012).

Para realização do diagnóstico diferencial é necessário distinguir entre quadros que podem ser reversíveis e quadros de etiologias variadas, como: deficiências nutricionais, alterações metabólicas, intoxicações e infecções. A utilização de exames de neuroimagem auxiliam a identificar parâmetros para detectar em qual estágio clínico a doença se encontra. Há características clínicas que podem auxiliar no provável diagnóstico diferencial entre DA e outras demências, como por exemplo: “platôs” no curso progressivo da doença, distúrbio da marcha, aumento do tônus muscular, tomografia de crânio normal para idade etc. Há também características clínicas que tornam o diagnóstico para DA pouco provável, tais como: início abrupto, hemiparesia, déficits sensoriais e visuais na fase inicial da doença, convulsões ou distúrbios da marcha também na fase inicial da doença (Neto et al., 2005).

Para auxiliar o diagnóstico da DA podem ser utilizados os seguintes instrumentos psicométricos: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste do Desenho do Relógio (TDR), Fluência Verbal (FV), *Cambridge Cognitive Examination* (CamCog), Teste de Avaliação Cognitiva Montreal (MoCa), Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (QAFP).

No contexto clínico, os testes MEEM e TDR são instrumentos de rastreio amplamente utilizados, pois possuem fácil aplicação. Segundo Silva (2016), o MEEM avalia os seguintes domínios cognitivos: orientação temporal e espacial, memória

imediate, atenção, cálculo, linguagem e praxia visuomotora. Já o TDR permite avaliar memória, função motora, função executiva e compreensão verbal (Aprahamian et al., 2011 *apud* Montiel et al., 2014).

O teste de FV contempla a categoria semântica e fonêmica, avaliando a memória operacional, linguagem, capacidade de organização e sequenciamento, também possui capacidade de identificar o declínio cognitivo nas fases iniciais da demência. O CamCog é uma bateria cognitiva composta por entrevista estruturada que mensura a capacidade de memória, atenção, concentração, praxia, pensamento abstrato, cálculo e percepção. O MoCa é um instrumento de triagem breve que avalia uma variedade de funções cognitivas, como funções executivas, habilidades visuo-espaciais, nomeação, recuperação da memória, dígitos, sentença, raciocínio abstrato e orientação. Para além disso, o MoCa também contribui para o diagnóstico diferencial entre o CCL e a DA. Já o QAFP, analisa o grau do desempenho nas AVD's, sendo que, quanto maior a dificuldade em realizar as AVD's maior o nível de comprometimento da DA (Montiel et al., 2014).

Conforme observado compreende-se que durante a investigação para o diagnóstico da DA, a utilização de avaliação neuropsicológica ganha importância, pois permite auxiliar o diagnóstico e prognóstico, orientar o tratamento, além de apoiar o planejamento da reabilitação.

Reabilitação cognitiva e psicoterapia

Para Caixeta et al. (2012), na DA, o tratamento medicamentoso atrelado a tratamentos alternativos costuma ser eficaz, principalmente nas fases iniciais da DA. Em especial, a Reabilitação Neuropsicológica (RN) na DA implica em melhorias ao curso clínico da doença, sendo que o sucesso desta abordagem se dá devido à intervenção estar ligada à manutenção da independência do paciente.

A RN pode ser entendida como uma aliança formada por profissionais, pacientes, familiares e comunidade, que possui o propósito de orientá-los no processo de adaptação, redução e superação dos déficits cognitivos e de suas consequências biopsicossociais, proporcionando melhora na qualidade de vida (Camargo, 2015). Corroborando com essas ideias, Pontes & Hubner (2008) afirmam que a RN tem o objetivo de potencializar funções cognitivas que ainda se encontram total ou parcialmente preservadas, através de estratégias de compensação, obtenção de novas

habilidades, adaptação às perdas permanentes e à sua nova realidade. A RN é um processo amplo que abrange a reabilitação cognitiva (RC) e a psicoterapia (Prigatano, 1997 *apud* Ávila & Miotto, 2002, p. 191).

A RC tem o objetivo de auxiliar no manejo das disfunções cognitivas decorrentes de lesões cerebrais, valendo-se de treinos cognitivos que buscam preservar áreas que não foram comprometidas e compensar as que foram prejudicadas (Wilson, 1996 *apud* Ávila & Miotto, 2002). No entanto, para Camargo (2015), a RC não trabalha apenas com a restauração de déficits das funções cerebrais, mas também visa criar recursos alternativos que auxiliem no ganho de habilidades e soluções, garantindo condições de independência nos diversos contextos da vida. A RC envolve várias áreas da cognição, por exemplo, memória, habilidades visuoespaciais, linguagem e compreensão da escrita, funções executivas, comportamento e etc.

Segundo Soares et al. (2016), a realização da AN apoia a RC, visto que, através dela, é possível delimitar quais funções cognitivas estão prejudicadas e quais apresentam melhor desempenho, para desta forma traçar objetivos que sejam significativamente funcionais para o paciente. Além disso, Camargo (2015) afirma que, em complementariedade à avaliação cognitiva, deve ser realizada uma criteriosa avaliação funcional, comportamental e emocional identificando prioridades no processo de reabilitação.

Para o aumento da adesão ao tratamento, deve-se considerar os aspectos culturais e intelectuais do paciente. Além disso, é importante que as atividades propostas sejam prazerosas e contextualizadas com a realidade do idoso. Segundo Silva & Souza (2018), a reabilitação deve ocorrer com periodicidade, regularmente e repetidas vezes, visando o estabelecimento de vínculo entre profissional e paciente, o impedimento de esquecimento das tarefas e, principalmente, a preservação dos domínios cognitivos ainda sem prejuízos.

De acordo com Ávila & Miotto (2002), um método utilizado na RC da memória é a estimulação das diferentes modalidades de memória que ainda se encontram preservadas, de modo a compensar as modalidades que estão defasadas. O contrário também pode ser feito, ou seja, o trabalho com habilidades que se encontram em déficits. Segundo Soares et al. (2016) a RC da memória é direcionada por diversos modelos e técnicas, tais como:

a) estratégias compensatórias: este método utiliza recursos externos (agenda, gravador, cartazes, alarmes etc.) para proporcionar melhora no cotidiano do paciente. É uma técnica bastante eficaz, especialmente na fase inicial da DA, tendo em vista que, nas fases moderada e grave o paciente pode se esquecer de utilizar os apoios, por isso, faz-se necessário alterar o ambiente no qual o idoso está inserido, reduzindo a quantidade de objetos no local, espalhando avisos de instruções de manuseio de objeto ou de realizações de tarefas diárias pela casa;

b) técnica de reminiscência: faz uso de materiais de cunho biográfico, da própria gama mnemônica preservada do paciente, estimulando a socialização e integração no grupo terapêutico, a partir de apoios verbais e visuais;

c) mnemotécnica: consiste na associação ou combinação de informações mentais para recordar-se em conjunto de objetos, nomes e faces; para isto, pode ser utilizado histórias, palavras, imagens, etc.

d) aprendizado sem erros: esta técnica é baseada nos estudos de memória de procedimento, onde o indivíduo adquire a capacidade de desempenhar determinada habilidade, mesmo que não consiga se lembrar dela;

e) psicoeducação dos cuidadores: consiste em instruir os cuidadores acerca da doença e sua evolução. Esta técnica é importante, pois a falta de informação sobre a doença e sua evolução pode prejudicar no manejo do tratamento do idoso, tendo em vista que muitas estratégias desenvolvidas no setting terapêutico devem ser repetidas em casa.

A reabilitação das alterações visuoespaciais deve considerar três fatores, sendo eles: a localização de um estímulo no espaço, o reconhecimento do estímulo e a focalização da atenção. Para isso, algumas atividades são propostas, como: a *coordenação visuoespacial*, utilizada quando o paciente, mesmo com a capacidade de perceber um objeto no espaço, não consegue pegá-lo. Para o treino desta habilidade num primeiro momento, o profissional pode guiar o paciente até o objeto e progressivamente retirar esse apoio; a variação da posição, a distância e a estática do objeto é uma forma de tornar a atividade mais complexa; e a *localização do espaço real*: um trabalho de localização e reconhecimento do espaço que inicia-se com a representação gráfica de locais já conhecidos pelo idoso; posteriormente, pode ser

acrescentada a descrição oral das imagens que o idoso percebe no espaço, o que exigirá que ele explore o ambiente ao seu redor (Caixeta, 2012).

Para reabilitação da linguagem deverá ser identificado qual domínio da própria linguagem estará sobre o foco (compreensão, sintaxe, fluência verbal, discurso, leitura e escrita e etc.). Como estratégia de reabilitação podem ser utilizados álbum de fotografias, músicas, produção e interpretação textual, além de vários jogos (Soares et al., 2016).

Segundo Caixeta et al. (2012), as funções executivas estão relacionadas à capacidade de resolução de problemas, automonitoramento, planejamento e flexibilidade cognitiva. Pacientes que possuem prejuízo nas funções executivas manifestam dificuldade na capacidade de abstrair e antecipar as consequências de seus atos. Para sua reabilitação, são definidos quais elementos do funcionamento executivo possuem relação com alterações vivenciadas pelo paciente no cotidiano. Posteriormente, realiza-se um treino processual para aprendizagem das AVD's.

Conforme Soares et al. (2016), para reabilitação do comportamento, primeiramente é necessário identificar o comportamento que precisa ser trabalhado e são estabelecidos os objetivos e as metas de curto prazo. Nesse processo, é importante contabilizar a frequência do comportamento e identificar quais os motivadores podem ser utilizados para a manutenção do comportamento, além de analisar e definir quais técnicas comportamentais serão utilizadas no caso. O progresso deve ser monitorado e avaliado e, por fim, é implementada a generalização, de modo que o paciente transfira o que foi aprendido no consultório para outros lugares de sua convivência.

De acordo com Camargo (2015), a utilização de jogos pode ser benéfica, pois, além de estimular o funcionamento neuronal e a organização das habilidades cognitivas, eles tendem a ser prazerosos e agradáveis, o que torna a mais atrativa. Cabe ao profissional escolher os jogos que mais se adequam à necessidade de seu paciente e, caso necessário, adaptá-los à realidade do caso atendido.

Em todo esse processo, Soares et al. (2016) alertam sobre a necessidade de uma comunicação assertiva entre profissional e paciente. É importante que o profissional utilize frases curtas e simples, realize apenas uma pergunta ou comando por vez, dê o tempo necessário ao idoso para que ele responda o que foi solicitado, repita a

pergunta ou instrução quando julgar necessário, além da necessidade de estabelecer outras estratégias para compreensão e realização da atividade propostas.

De acordo com Silva & Souza (2018), a psicoterapia pode ser definida como um processo que utiliza um conjunto de métodos e técnicas que visam diminuir o sofrimento psíquico do sujeito. Portanto, a importância da psicoterapia no tratamento da DA dá-se por auxiliar a melhora da qualidade de vida dos envolvidos no processo de adoecimento.

As vantagens de iniciar o processo psicoterapêutico em portadores de DA podem ser vistas desde sua fase inicial até a fase final da doença. Segundo Manzano (2015), na fase inicial, a psicoterapia poderá auxiliar em questões sobre ressignificação da história de vida do portador da DA e das perdas que a própria doença causa, contribuindo com o gerenciamento da nova rotina do idoso. Além disso, este momento também é propício para estimular o convívio social, buscando produzir melhorias na qualidade de vida do paciente. Na fase moderada, em que os prejuízos acarretados pela doença estão mais evidentes, a utilização da música como recurso terapêutico pode trazer vários benefícios, como: estimular a memória, auxiliar no aumento da criatividade, propiciar desenvolvimento cognitivo e motor, auxiliar na expressão de sentimentos, melhorar a qualidade de vida etc. (Oliveira et al., 2012).

De acordo com Manzano (2015), na fase final da DA, a psicoterapia com o portador de DA torna-se um recurso limitado, devido ao grau de comprometimento cognitivo e funcional. No entanto, torna-se um recurso valioso para a família e cuidadores, tendo em vista a sobrecarga e o estresse desta nesta fase, devido ao aumento na dependência dos portadores de DA. Vale ressaltar que a psicoterapia com os familiares e cuidadores pode ser implementada desde o início do diagnóstico, com vistas a orientar, facilitar o manejo terapêutico com o idoso, melhorar a relação afetiva e auxiliar o processo de adaptação ocasionado pela própria doença.

A manutenção dos domínios cognitivos pode postergar a evolução da doença, já que, através da estimulação e exercícios, os pacientes tornam-se menos vulneráveis ao lidar com os obstáculos da mesma. Cabe ressaltar que a RN não visa reestabelecer as habilidades cognitivas e funcionais ao estágio anterior da DA, mas fazer com que o idoso adquira novas habilidades para melhor adaptação e enfrentamento da doença. Ademais, as intervenções psicológicas podem contribuir com uma melhoria na

qualidade de vida dos pacientes, auxiliando no crescimento do desempenho cognitivo e funcional, além de buscar melhoria no contexto familiar e social em que o idoso está inserido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DA é uma doença neurodegenerativa em que há perda de neurônios e sinapses, uma condição que compromete inicialmente a memória e, posteriormente, outras funções cognitivas, como atenção, orientação visuoespacial e linguagem (Souza & Teixeira, 2014). Conforme ocorre a progressão da DA, há um declínio nas habilidades funcionais do idoso, o que prejudica a realização das AVD's e ocasiona maior dependência com relação aos cuidadores.

O diagnóstico para a DA é feito através de exames clínicos e da AN, embora a confirmação anatomopatológica da doença aconteça apenas por biópsia e exame pós-mortem. Portanto, compreende-se que a AN é de suma importância, porque propicia compreender os sintomas, as funções cognitivas comprometidas e que ainda estão preservadas e a aconselhar os cuidadores, mesmo quando os exames clínicos não apontam anormalidades. Além disso, a AN auxilia no diagnóstico diferencial e no prognóstico da doença, sendo a base para o planejamento da RN. Nos casos da DA, a AN realiza-se em processo amplo que envolve histórico do paciente, entrevista familiar, observação, testagem psicológica e análise do contexto em que o idoso vive (Caixeta et al., 2012).

A RN tem como propósito permitir melhorias clínicas que impactam positivamente na qualidade de vida do idoso com DA, contribuindo para o processo de adaptação do paciente e seus familiares à nova realidade vivenciada, por meio de estratégias compensatórias, treinos cognitivos e obtenção de novas habilidades. Ademais, é importante que a RN seja planejada conforme as preferências pessoais do idoso e familiares, para que possa melhorar seu desempenho nas AVD's e possibilitar maior adesão ao tratamento.

Pode-se concluir acerca da importância da equipe multiprofissional na DA, composta por médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, algo que permite melhor diagnóstico, prognóstico e tratamento nestes casos. Portanto, se faz necessário a criação de políticas públicas para este público, voltadas a avaliação, diagnóstico, intervenção precoce e tratamento digno. Ademais, é muito importante que

esse assunto seja mais abordado nos cursos de Psicologia, para que mais estudos sejam adaptados e atualizados para a realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

Araújo, C. L. O., Oliveira, J. F., & Pereira, J. M. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(2), 109-128.

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Rev. Psiq. Clín.*, 30(4), 139-146.

Ávila, R., & Miotto, E. (2002). Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 4(29), 190-196.

Caixeta, L. (2012). Evolução do Conceito de Doença de Alzheimer. In L. Caixeta (Org.). *Doença de Alzheimer* (Cap.1, pp. 21-29). Porto Alegre, RS: Artmed.

Caixeta, L. (2012). Como Diagnosticar a Doença de Alzheimer. In L. Caixeta (Org.). *Doença de Alzheimer* (Cap.7, pp. 97-113). Porto Alegre, RS: Artmed.

Caixeta, L., Soares, C. D., Soares, V. L. D. (2012). Reabilitação neuropsicológica: Prática. In L. Caixeta (Org.). *Doença de Alzheimer* (Cap.28, pp. 438-452). Porto Alegre, RS: Artmed.

Camargo, M. V. Z. A. (2015). Reabilitação neuropsicológica e funcional. In O. V. Forlenza, M. Radanovic, & I. Aprahamian (Org.), *Neuropsiquiatria Geriátrica* (2 ed., Cap. 56, pp. 509-514). São Paulo, SP: Artheneu.

Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 24(supl 1), 7-10. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000500003>.

Cecato, J. F., Montiel, J. M., Bartholomeu, D., & Martinelli, J. E. (2014). Poder preditivo do MoCa na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 17(4), 707-719. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13123>.

Dardengo, C. F. R., & Mafra, S. C. T. (2018). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?. *Revista de Ciências Humanas*, 18(2), 1-23.

Dias, E. G.; Duarte, Y. A. O., Almeida, M. H. M., & Lebrão, M. L. (2011). Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 22(1), 45-51.

Estatística, I. B. G. (2019). Longevidade viver bem e cada vez mais. *Retratos A Revista do IBGE*, 16, 1-28.

Garrett, C. B. (2019). *Alzheimer: Alterações Neuropsicológicas*. Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu, CETCC – Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental, São Paulo, SP, Brasil.

Gonçalves, E. A. G., & Carmo, J. S. (2012). Diagnóstico da Doença de Alzheimer na População Brasileira: um Levantamento Bibliográfico. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(2), 170-176.

Guimarães, C. H. S., Malena, L. M. A., Filho, M. L., & Marins, F. R. (2018). Demência e a Doença de Alzheimer no Processo de Envelhecimento: Fisiopatologia e Abordagem Terapêutica. *Revista Saúde em Foco*, 10(1), 942-955.

Hamdan, A. C. (2008). Avaliação Neuropsicológica na Doença de Alzheimer e no Comprometimento Cognitivo Leve. *Psicol. Argum.*, 26(54), 183-192.

Haskel, M. V. L., Bonini, J. S., Santos, S. C., Silva, W. C. F. N., Bueno, C. F. O., Bortolanza, M. C. Z., & Daniel, C. R. (2017). Funcionalidade na doença de Alzheimer leve, moderada e grave. *Acta Fisiátrica*, 24(2), 82-85. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20170016>.

Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, 21(3), 200-210. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>.

Lourinho, B. B. A. S., & Ramos, W. F. (2019). O Envelhecimento, o Cuidado com o Idoso e a Doença de Alzheimer. *Enciclopédia Biosfera*, 16(30), 723-739. DOI: 10.18677/EnciBio_2019B41.

Manzaro, S. C. F. (2015). *A Psicologia na Doença de Alzheimer: como intervir?*. Portal do Envelhecimento.

Montiel, J. M., Cecato, J. F., Bartholomeu, D., & Martinelli, J. E. (2014). Testes do desenho do relógio e de fluência verbal: contribuição diagnóstica para o Alzheimer. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(1), 169-180. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n1p169-180>.

Neto, J. G., Tamellini, M. G., & Forlenza, O.V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Rev. Psiq. Clin.*, 32(3), 119-130.

Oliveira, A. R. R. (2010). O Envelhecimento, a Doença de Alzheimer e as Contribuições do Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI). *Cuad. Neuropsicol.*, 4(1), 31-41.

Oliveira, G. C., Lopes, V. R. S., Damasceno, M. J. C. F., & Silva, E. M. (2012). A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. *Cadernos UniFOA*, 20, 85-94.

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Pontes, L. M. M., & Hubner, M. M. C. (2008). A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. *Rev. Psiq. Clin.*, 35(1), 6-12. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100002>.

Ramos, A. A., & Hamdan, A. C. (2014). Avaliação Neuropsicológica na Doença Alzheimer e Demência Frontotemporal: critérios nosológicos. *Interação Psicológica*, 18(3), 391-397. <https://dx.doi.org/10.5380/psi.v18i3.47039>.

Saúde, M. (2006). Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, (19), 1-192.

Sereniki, A., & Vital, M. A. B. F. (2008). A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Rev. Psiquiátrica*, 30(1 suppl). <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000200002>

Silva, M. T. (2016). *Avaliação Neuropsicológica da Percepção em Portadores da Demência de Alzheimer Usando como Instrumento o Teste de Organização Perceptual Visual (TOPV): Estudo Piloto*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Silva, L. B., & Souza, M. F. S. (2018). Os Transtornos Neuropsicológicos e Cognitivos da Doença de Alzheimer: A Psicoterapia e a Reabilitação Neuropsicológica como Tratamentos Alternativos. *Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(5), 466-484.

Siqueira, J. F., Antunes, M. D., Júnior, J. R. A. N., & Oliveira, D. V. (2019). Efeitos da Prática de Exercício de Dupla Tarefa em Idosos com Doença de Alzheimer: Revisão Sistemática. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 197-202. DOI: 10.17765/2176-9206.

Soares, C. D., Soares, V., & Caixeta, L. (2016). Reabilitação Cognitiva em Psicogeriatría. In L. Caixeta (Org.). *Psiquiatria Geriátrica* (Cap. 31). Porto Alegre, RS: Artmed.

Souza, L. C., & Teixeira, A. L. (2014). Neuropsicologia das demências. In D. Fuentes, L. F. M. Diniz, C. H. P. Camargo, & R. M. Consenza (Org.), *Neuropsicologia teoria e prática* (2 ed., Cap. 26, pp. 321-332). Porto Alegre, RS: Artmed.

Souza, V. L., Borges, M. F., Vitória, C. M. S., & Chiappetta, A. L. M. L. (2010). Perfil das Habilidades Cognitivas no Envelhecimento Normal. *Rev. CEFAC*, 12(2). <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009005000056>