

C@DERNO DISCENTE

A demência de Alzheimer e suas terapêuticas não farmacológicas: um estudo sobre as estratégias e intervenções em reabilitação neuropsicológica

SILVA, Claudemir Bispo da¹;

SOUZA, Edna. Maria. de²

RESUMO

O presente trabalho objetiva estudar as terapêuticas não farmacológicas atualmente utilizadas no tratamento da demência de Alzheimer (DA). Como metodologia, adotou-se a pesquisa bibliográfica, através da análise crítica em obras específicas sobre o tema no período de agosto de 2013 a março de 2014. Permeia-se a análise acerca dos principais comprometimentos causados pela DA, bem como discute-se algumas estratégias e intervenções em Reabilitação Neuropsicológica (RN) disponíveis para tratamento, tendo em vista que a demência de Alzheimer tem como principal característica o comprometimento da memória em sua fase inicial na maioria dos casos. Apresentam-se algumas contribuições que a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Neuropsicologia podem oferecer ao tratamento da DA e investiga-se como a RN pode ajudar o paciente e sua família a lidar com os déficits causados pela lesão cerebral advindas dessa doença. A busca em sites especializados como o BVS-Psi, PePSIC, SciELO e Google Acadêmico oportunizou a captação de artigos especializados sobre o tema. Para tanto se utilizou descritores de busca tais como: Alzheimer, demência, Neuropsicologia, Terapia Cognitivo-Comportamental e Reabilitação Neuropsicológica. Foram consultados ainda livros e periódicos disponíveis em bibliotecas das instituições de ensino superior da região metropolitana do Recife que possuem cursos de graduação e especialização em Psicologia. Por fim, é importante enfatizar que não se pretende com este trabalho, descaracterizar o uso da terapêutica medicamentosa, pois ela é importante para o tratamento da demência de Alzheimer. No entanto não serão aprofundadas questões relativas aos seus tipos e prescrições, por não serem esses o foco desta pesquisa.

Palavras chave: Demência de Alzheimer; Intervenção; Reabilitação.

1 Graduando do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA, Recife, PE, Brasil. E-mail: claudemirbispo@hotmail.com

2 Orientadora e professora do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA, Recife, PE, Brasil. E-mail: dnapsysouza@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo cada vez mais ao longo dos anos, acarretando um maior índice de doenças crônico-degenerativas causadoras de demências como a de Alzheimer (DA), que até o momento não tem cura.

Descrita pela primeira vez em 1906 pelo médico alemão Alois Alzheimer em um congresso científico onde apresentou o caso de sua paciente Auguste Deter, definindo então a DA como “uma doença caracterizada por notável complexidade clínica, com o entrelaçamento de sintomas psiquiátricos, comportamentais, neurológicos, de clínica geral e especificidade biológica, com alterações anatômicas e histopatológicas peculiares” (GIUSTI; SURDO, 2010, p. 19).

Atualmente a demência de Alzheimer vem recebendo grande atenção das autoridades públicas no campo da saúde, uma vez que o considerado número de pessoas portadoras de quadros demenciais tem se tornado cada vez maior, apontando para uma verdadeira epidemia mundial.

O Brasil aparece como o oitavo país que mais contribui com o crescimento populacional no mundo segundo a Organização das Nações Unidas (SAYEG, 2009), e de acordo com o último censo promovido em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi contabilizado cerca de 14,5 milhões de brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos de idade, representando algo em torno de 8,6% da população total, número esse bastante considerável em relação ao censo de 1991 que apontou um total de 7,3% de idosos vivendo no país naquela época. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que no mundo inteiro até 2025, “existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que, os indivíduos muito idosos (com 80 anos ou mais) compõem o grupo de maior crescimento” (SAYEG, 2009, p. 5). Estimativas recentes apontam que existe um crescimento da ordem de quase 35 milhões de idosos em todo o mundo acometidos pela demência do tipo Alzheimer.

Pode-se entender porque atualmente o mundo, e isso inclui a população brasileira, encontra-se diante de uma verdadeira epidemia de demência que está emergindo e, nesse contexto a DA apresenta-se como sendo a forma mais comum de todas, permanecendo incurável até o momento e com índices de prevalência e incidência cada vez mais significativos de acordo com o avanço da idade populacional.

A DA deve ser tratada com terapêutica medicamentosa com a intenção de retardar seu avanço e melhorar as condições de vida do paciente demenciado. Porém outras terapêuticas, de ordem não farmacológica, vem ganhando espaço e atenção no campo das

pesquisas nessa área de conhecimento, com a finalidade de promover qualidade de vida e aliviar o sofrimento de pacientes, familiares e cuidadores.

O presente trabalho tem como objetivo estudar algumas das principais terapêuticas não farmacológicas atualmente utilizadas no tratamento da demência de Alzheimer, adotando-se como metodologia para atingir tal finalidade, a pesquisa bibliográfica através da análise crítica em obras específicas sobre o tema, de acordo com a ideia apresentada por Gil (2010) ao afirmar que este tipo de pesquisa “é elaborada com base em material já publicado [...] [e] inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos” (p. 29), caracterizando-se então como “um estudo particularizado que se faz sobre um determinado assunto ou tema [...]”, conforme enfatiza Furasté (2012, p. 16).

Através da análise crítica em obras específicas sobre o tema no período de agosto de 2013 a março de 2014, pretende-se analisar os principais comprometimentos causados pela DA, bem como discutir algumas estratégias e intervenções em Reabilitação Neuropsicológica (RN) disponíveis para tratamento, tendo em vista que a demência de Alzheimer tem como principal característica o comprometimento da memória em sua fase inicial na maioria dos casos. Apresenta-se ainda algumas contribuições que a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Neuropsicologia podem oferecer ao tratamento da DA e por fim, investiga-se como a Reabilitação Neuropsicológica pode ajudar o paciente e sua família a lidar com os déficits causados pela lesão cerebral advindas dessa doença.

A busca em sites especializados como o BVS-Psi, PePSIC, SciELO e Google Acadêmico oportunizou a captação de artigos especializados sobre o tema. Para tanto se utilizou descritores de busca tais como: Alzheimer, demência, Neuropsicologia, Terapia Cognitivo-Comportamental e Reabilitação Neuropsicológica. Foram consultados ainda livros e periódicos disponíveis em bibliotecas das instituições de ensino superior da região metropolitana do Recife que possuem cursos de graduação e especialização em Psicologia.

Serão apresentados os aspectos históricos da demência além de questões relativas à caracterização da DA, sua epidemiologia, aspectos biológicos e cognitivos e sua classificação em três fases - inicial, moderada e avançada ou terminal. Aborda-se as principais áreas do campo da psicologia e das neurociências cognitivas que estudam a DA, como a Neuropsicologia e Terapia Cognitivo-Comportamental, bem como destaca a discussão sobre a aplicação do termo “reabilitação” no tratamento de uma doença de caráter neurodegenerativo, como é o caso da demência de Alzheimer. Apresenta-se uma breve explanação sobre a importância da família no acompanhamento do processo de reabilitação neuropsicológica, haja vista que ela é peça fundamental no tratamento do paciente com demência. Serão apresentadas as principais terapêuticas não farmacológicas disponíveis atualmente para o tratamento da DA. Mesmo não sendo o foco principal desse trabalho, faz-se uma breve explanação sobre a farmacologia aplicada no tratamento da

demência de Alzheimer e dos chamados Sintomas Psicológicos e Comportamentais da Demência (SPCDs), uma vez que as terapêuticas estudadas nesse trabalho não substituem o uso de medicação, pois esta é imprescindível para o tratamento junto ao idoso acometido pela DA.

2 . COMPREENDENDO A DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

“Para que continue humana meu sacrifício será o de esquecer? Agora saberei reconhecer na face comum de algumas pessoas que – que elas esqueceram. E nem sabem mais que esqueceram o que esqueceram.”³

Derivado do latim *demens* (de = fora; *mens* = mente), o termo “demência”, significava literalmente, em sua acepção original, “estar fora da própria mente”, sendo assim, uma denominação genérica para alienação, loucura, doença mental (CAIXETA, 2006, p. 4). Atualmente essa nomenclatura tem sido mais utilizada “para descrever várias alterações cerebrais que resultam em uma severa e progressiva perda de memória.” (CAYTON; WARNER; GRAHAN, 2000, p. 16). Já o termo “Alzheimer” quando associado ao de demência, é utilizado para caracterizar “uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda de memória e diversos distúrbios cognitivos” (SOUZA, 2011, p. 13).

Foi Emil Kraepelin quem decidiu homenagear o médico Alois Alzheimer batizando com o seu sobrenome esse quadro clínico pelo “fato de ele ter sido o primeiro a descrever alterações histopatológicas específicas (os emaranhados neurofibrilares) [...] e associá-las a tal doença” (CAIXETA, 2012, p. 25).

2.1 CONCEITUANDO A DEMÊNCIA

Até a segunda metade do século XIX, muitos autores acreditavam que a insanidade era o único tipo de doença mental, sendo as diversas outras síndromes clínicas apenas estágios de um processo mórbido unitário. Logo, para esses autores, a demência era considerada “a fase final desse processo unitário, o estatuário comum para onde caminhariam todas as formas de insanidade” (BRANNON *apud* CAIXETA, 2012, p. 21). A palavra demência foi introduzida por Philippe Pinel e utilizada pela primeira vez em 1806. Foi ele quem reduziu a nosologia da insanidade mental, no século XVIII, em cinco grandes categorias: demência, idiotismo, melancolia, mania com *delirium* e mania sem *delirium*. Pinel se referia a demência como sendo um “completo esquecimento de todo

³ LISPECTOR, Clarisse. **A paixão segundo G.H.** Rio de Janeiro: Rocco, 2009. p. 15.

estado prévio, prejuízo de julgamento, atos repetidos de extravagância, tudo isso numa sucessão rápida ou numa alternância ininterrupta de ideias insuladas” (CAIXETA, 2006, p. 4-5). É possível, diante desse cenário, perceber que na idade média havia uma preocupação em classificar a demência num viés psiquiátrico.

Segundo Nitrini (2012) “definições são como camisas-de-força que pretendem conter o conceito, mas que geralmente o aprisionam de modo incompleto e impreciso” (p. 243). Para ele, essa terminologia “é bastante adequada para as fases finais, mas certamente não reflete o que ocorre e é muito forte para as fases iniciais da maioria das doenças que causam demência” (p. 246). É ainda esse mesmo autor quem diz que “demência deve ser compreendida como uma síndrome e não como uma doença, pois pode ocorrer em muitas doenças ou condições patológicas” (p. 243), e arremata concluindo que,

Uma definição um pouco mais adequada de demência é a de síndrome caracterizada pelo declínio da capacidade intelectual, suficientemente grave para interferir nas atividades sociais ou profissionais, que independe de distúrbio do estado de consciência (ou da vigília) e é causada por comprometimento do sistema nervoso central (p. 243).

Em novembro de 1906, o neuropatologista alemão Alois Alzheimer, membro do grupo comandado por Emil Kraepelin, apresentou pela primeira vez, durante o 37º Encontro da Sociedade Alemã de Alienistas do Sudoeste, em um congresso psiquiátrico que ocorria na Alemanha, o caso de uma mulher com 51 anos de idade, por nome Auguste Deter, que havia sido acompanhada em Frankfurt, no período de 1901 a 1906, e que portava uma enfermidade psíquica caracterizada por oscilações em seu estado de ânimo e perda considerável de memória.

Após a morte de sua paciente, Alzheimer fez um exame detalhado em seu cérebro e observou que ele apresentava algumas estruturas bastante compactadas e outras filiformes e, a partir daí ele finalmente “intuiu que a causa das espetaculares alterações de personalidade residia naquelas formações. O médico entrou para a história da medicina, e a doença foi batizada com seu nome” (BRANDT; HANSER, 2010, p. 35).

Neumann (2010) destaca o conceito de demência de Alzheimer apresentado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) de 1995, que “a define como uma demência de início gradual e declínio contínuo, com comprometimento da memória e de outra área cognitiva, na ausência de outras doenças que podem causar déficits progressivos de memória e cognição” (p. 52).

Atualmente, para se estabelecer um diagnóstico da DA, utilizam-se os critérios da American Psychiatric Association (APA) através do DSM-IV, bem como os critérios oficiais da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Outro critério utilizado no diagnóstico da demência de Alzheimer são os do Instituto Nacional de Neurologia dos EUA (NINCDS-

ADRA). Entretanto, ainda “são muitas as dificuldades que cercam o diagnóstico das síndromes demenciais” (CAIXETA, 2006, p. 79), sendo necessário utilizar várias modalidades de avaliação diagnóstica como as de linguagem, as laboratoriais, as neuropsicológicas e as de neuroimagem. Ao se referir sobre o diagnóstico da DA, Sayeg afirma que,

Infelizmente, pelo fato da demência de Alzheimer ter seu diagnóstico feito por exclusão de outras condições clínicas que causam prejuízos cognitivos, após afastarem-se todas as outras causas de demência, a necropsia é, além da biópsia cerebral, o único método capaz de conduzir a uma confirmação diagnóstica definitiva (2009, p.88).

A ressonância magnética parece apontar para um futuro promissor do diagnóstico da DA, método que ainda se encontra em fase de pesquisa. Por ser praticamente impossível estabelecer um diagnóstico definitivo, torna-se bastante difícil para os pesquisadores encontrarem um tratamento específico para a doença. Entretanto, há um consenso entre os profissionais que lidam constantemente com pacientes demenciados que, quanto mais cedo se identificar a patologia, mais eficazes e adequadas serão as terapêuticas a serem adotadas. Nesse sentido, Sayeg (2009) lembra que “atualmente, a base da estratégia terapêutica está alicerçada em três pilares fundamentais: retardar a evolução, tratar os sintomas e controlar as alterações de comportamento” (p. 175).

Após uma leitura na obra de Doidge (2013) é possível concluir que existem algumas esperanças no campo da neuroplasticidade, principalmente no que se refere ao tratamento das demências, possibilitando melhorias significativas no funcionamento cognitivo de idosos.

Uma pesquisa bastante sugestiva, conduzida por brasileiros e americanos, sugere que a DA aparenta ser um tipo de diabetes que afeta o cérebro. Caso isso seja comprovado, o uso de drogas como a insulina poderá ser a chave de contenção das perdas de memória que acometem os portadores de Alzheimer (FELICE; FERREIRA, 2010).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Passados mais de 100 anos após sua descrição, o conceito da demência de Alzheimer continua evoluindo, tendo em vista que novas descobertas são realizadas no campo das neurociências, o que pode resultar em “diagnósticos mais precoces antes mesmo da manifestação dos sinais clínicos da doença” (CAIXETA, 2012, p. 27). Se até por volta de 1968, essa patologia era considerada uma forma bastante rara de demência pré-senil, diferentemente da demência senil que era muito comum, hoje a demência de Alzheimer transformou-se praticamente numa epidemia, tendo em vista o crescimento da população idosa, tornando-se assim um problema de saúde pública, pois apesar dos constantes avanços em seu diagnóstico e tratamento, continua ainda incurável.

Estimativas recentes apontam que “cerca de 35 milhões de pacientes em todo o mundo sofrem com essa doença”, segundo citam Brandt e Hanser (2010, p. 63). No último recenseamento realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi contabilizado 14,5 milhões de brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, o equivalente a 8,6% da população total, o que equivale a dizer que a população brasileira vem envelhecendo rapidamente (SAYEG, 2009, p. 5).

Etiologicamente, segundo Nitrini, Paula e Forlenza (2006), Cayton, Warner e Graham (2000) e Sayeg (2009), a demência de Alzheimer tem a idade como único fator de risco bem conhecido e aceito universalmente. Isso faz com que a DA se torne uma doença idade-dependente, ou seja, à medida que a idade avança, maior é a probabilidade de sua ocorrência. A combinação de fatores genéticos e ambientais também é percebida entre as suas causas, tendo em vista que essa doença não tem apenas um único agente causador.

Stoppe *et al.* (2010, p. 676), afirma que de acordo com “a idade em que se apresentem os sintomas iniciais, a DA pode ser classificada em dois subtipos: pré-senil (antes dos 65 anos) e senil (após os 65 anos).” A demência de Alzheimer pré-senil, de instalação precoce (também chamada de DA tipo 2), apresenta curso mais acelerado e pode ser associado a afasias, apraxias, mioclonias, história familiar da doença e alterações neuropatológicas intensas. Por outro lado, a DA senil, de instalação tardia (conhecida também como DA tipo 1), apresenta geralmente uma evolução mais lenta, com menor comprometimento da linguagem e alterações neuropatológicas menos marcantes (STOPPE *et al.*, 2010, p. 676). Entretanto, Cayton, Warner e Graham (2000) dizem que essa classificação era mais comum no passado, para fazer distinção em relação à idade com que se iniciava o quadro demencial, ou seja, os mais velhos eram descritos como senis e os mais jovens como pré-senis. Atualmente o uso dessa terminologia é enfaticamente desencorajada, pois “a doença de Alzheimer é a mesma doença, ocorra em que idade ocorrer” (p. 17).

Todavia, uma consideração importante é feita por Sayeg (2009, p.19) ao dizer que “alguns autores têm questionado se a doença de Alzheimer não seria nada mais que um processo de envelhecimento acelerado, exacerbado e de aparecimento prematuro.”

Entre as principais alterações neuropatológicas da DA, Neumann (2010) aponta a “perda neuronal (perda de neurônios na camada superficial do córtex, redução do número de sinapses, presença de placas senis neuríticas (extracelulares) e pelos emaranhados neurofibrilares (intracelulares, principalmente))” (p. 53).

2.3 PROTEÍNA TAU E COMPROMETIMENTO DA MEMÓRIA

Na Demência de Alzheimer, há evidências que a proteína TAU normalmente “responsável pela formação e manutenção de processos axionais e dos contatos interneuronais, encontra-se modificada [...] pela adição anormal de fósforo” (SOUZA, 2011,

p. 35). Esse processo é conhecido como fosforização e, “ocasiona o aparecimento dos filamentos helicoidais, fundamento de base das neurofibrilas” (SOUZA, 2011, p. 35). Nessa mesma direção, Neumann (2010, p. 53), enfatiza que “a proteína TAU, encontrada dentro dos emaranhados neurofibrilares, é quimicamente modificada e em cérebros com Alzheimer ela é fosforilada.”

Nos casos em que há uma hiperfosforilação da proteína TAU, tem-se em “consequência desse processo [...] a lesão e ruptura do citoesqueleto celular que compromete a sua função e termina por determinar a morte do neurônio” (SAYEG, 2009, p. 55). Os neurônios, uma vez mortos, formam fragmentos que se agrupam em novelos, conhecidos como emaranhados neurofibrilares, que caracterizam a demência de Alzheimer e são responsáveis pelos comprometimentos da memória, tão comuns nessa patologia.

A definição de memória segundo Izquierdo (2011, p.11) dá conta de que esta “significa aquisição, formação, conservação e evocação de informações”, e está intimamente ligada às experiências aprendidas e vivenciadas pelo sujeito ao longo de sua existência. Dalgalarondo (2008) destaca que “alguns dos principais pesquisadores atuais em neurociências e comportamento atribuem papel central da memória na própria definição e constituição do ser humano” (p.137).

A memória pode ser classificada de acordo com seu conteúdo, com sua função e também com seu tempo de duração e “em relação ao processo temporal de aquisição e evocação de elementos mnêmicos, a neuropsicologia moderna divide a memória em três fases ou tipos” de acordo com Izquierdo (DALGALARRONDO, 2008, p. 139): 1 - Memória imediata ou de curtíssimo prazo (de poucos segundos até 1 a 3 minutos); 2 - Memória recente ou de curto prazo (de poucos minutos até 3 a 6 horas) e; 3 - Memória remota ou de longo prazo (de meses até muitos anos).

Outra classificação de memória de grande interesse para a neuropsicologia é decorrente da estrutura cerebral que está envolvida no processo e, de acordo com Izquierdo, Budson e Price são: 1- Memória de trabalho; 2 – Memória episódica; 3 – Memória semântica; 4 – Memória de procedimentos (DALGALARRONDO, 2008, p. 141).

Na demência de Alzheimer, todas essas estruturas de memória se encontrarão comprometidas em algum momento da evolução do quadro. Autores como Brandt e Hanser (2010) e Lent (2008) dizem que o hipocampo e uma zona adjacente, chamada de “córtex entorrinal”, duas regiões cerebrais situadas no extremo inferior de ambos os lóbulos temporais, são as que sofrem maior dano ainda nas primeiras etapas da DA. Essas duas regiões são imprescindíveis para o processamento das informações, é por isso que a concentração e a capacidade de fixação tornam-se praticamente impossíveis quando o hipocampo e o córtex entorrinal estão ausentes.

Podemos assim entender porque muitas vezes os pacientes acometidos pela DA vão ficando cada vez mais incapazes de realizar tarefas rotineiras como vestir-se, banhar-se, manter um diálogo com um amigo, entre outros aspectos observáveis. É nessa direção que Juan Betta (DALGALARRONDO, 2008, p. 376) aponta para o fato de que,

Quando a memória se extingue, a vida psicológica se torna precária, borram-se as lembranças e se desvanecem os acontecimentos que acrescentam transcendência à existência do indivíduo. Ao debilitar-se a integridade da personalidade, esta perde seu equilíbrio e começa a desintegra-se.

É bastante perceptível nos portadores da DA que, “tanto no registro como na estocagem e na evocação observamos maior dificuldade na lembrança de coisas recentes e maior facilidade para lembrar coisas do passado” (CORRÊA, 2010, p. 486).

2.4 NEUROFIBRILOGÊNESE DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Na demência de Alzheimer nota-se que “as alterações neuropatológicas caracterizam-se pela presença de placas senis e emaranhados neurofibrilares”, segundo Sé, Queiroz e Yassuda (2012, p. 152). Descritos por Alois Alzheimer quando analisava sua paciente mais famosa, Auguste Deter, os novelos neurofibrilares acabaram por fornecer “a origem e a base neuropatológica para a doença de Alzheimer.” (SAYEG, 2009, p. 32).

Para melhor compreensão do que são esses novelos neurofibrilares, Louzã Neto e Elkis (2010) explicam o processo de formação dos mesmos descrevendo que,

a decomposição de proteína beta-amilóide em placas extracelulares que formam emaranhados neurofibrilares dentro dos neurônios, acarretando assim a perda dos mesmos no córtex cerebral afetam sobretudo os neurônios colinérgicos e promovem uma considerável diminuição dos mesmos à medida que a doença progride (p. 675).

Os emaranhados neurofibrilares, também chamados de placas senis ou neuríticas “são características da doença de Alzheimer, não sendo encontradas em outras doenças neurodegenerativas” (SAYEG, 2009, p. 25). Tais placas são “depósitos extracelulares, compactos e esféricos, rodeados por uma coroa de terminações nervosas em degeneração (compostas por amilóides, astrócitos e células microgliais), formadas tanto por dendritos como por axônios” (SOUZA, 2011, p. 35-36).

Esses novelos neurofibrilares “são geralmente encontrados nos neurônios do córtex cerebral [...], sendo muito numerosos e mais comuns nas estruturas do lobo temporal, como o hipocampo e a amígdala” (SAYEG, 2009, p. 33). À medida que essas placas atingem

essas áreas cerebrais, acarretam o comprometimento das funções cognitivas essenciais, fazendo com que o paciente da DA seja acometido pela perda de habilidades como raciocínio, pensamento, memorização. Áreas como linguagem e comportamento também ficam alteradas, devido à desordem neurodegenerativa que ocorre nesse processo.

Portanto, a DA apresentará sinais e sintomas variáveis em cada paciente e, ao longo de sua manifestação, serão percebidos em suas diferentes fases cada uma dessas alterações.

2.5 FASES DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

A classificação da demência de Alzheimer em três fases – inicial, intermediária e avançada ou terminal - com seus respectivos sintomas é encontrada no estudo realizado por Souza (2011). Segundo a referida pesquisadora, “nem todas as pessoas afetadas pela doença apresentam os mesmos sintomas, na mesma sequência e intensidade, e até mesmo o processo de deterioração tem seu curso individual” (p. 37).

Por essa razão, essas fases variam bastante em cada paciente, sendo tomadas muito mais como efeito didático para compreensão do quadro evolutivo da doença. Ressalta-se ainda que “a distinção destas fases é importante, pois é a partir deste conhecimento que o profissional da saúde poderá adequar o tratamento, bem como a intervenção junto aos familiares e cuidadores, considerando as necessidades do portador” (SOUZA, 2011, p. 37).

Mesmo com essa classificação ainda é comum perceber-se “uma grande preocupação [...] nos cuidadores [no que] diz respeito ao estadiamento da doença. A pergunta “em que fase está a doença?” é frequentemente feita” (SAYEG, 2009, p. 99).

Fase inicial - Considerada “a mais crítica das fases” (SAYEG, 2009, p. 99), com duração aproximada “de 2 a 10 anos” (SOUZA, 2011, p. 37) costuma apresentar sintomas como perda de memória, confusão e desorientação, ansiedade, agitação, ilusão, desconfiança, alteração de personalidade, além de dificuldades com tarefas de rotina, como alimentar-se ou vestir-se, por exemplo, são bem característicos no portador dessa doença (CAOVILLA; CANINEU, 2013; SAYEG, 2009; SOUZA, 2011).

É muito comum ocorrer problemas de convivência entre o portador da demência e as pessoas em seu entorno, com comportamentos e atitudes que muitas vezes se apresentam em forma de xingamentos ou agressões físicas.

Com relação a esse tipo de conduta que se manifesta nesse período evolutivo da DA, Sayeg (2009, p. 101) ressalta que:

Essa fase é muito difícil para quem convive com o paciente, pois em virtude dos períodos de bom convívio, bom desempenho social e intelectual e aparente boa saúde física, as explosões de ânimo ou as mudanças bruscas e inexplicáveis de comportamento são angustiantes.

Entre outros sintomas, é possível encontrar nessa fase dificuldades de comunicação, distúrbios do sono, além de “sintomas depressivos e de ansiedade” (CAOVILLA; CANINEU, 2013, p. 37).

Fase intermediária - Este período, com duração aproximada “de 1 a 3 anos” (SOUZA, 2011, p. 39), costuma ser um período bastante difícil para os familiares do demenciado, pois estes são “acometidos por um estresse muito grande” (SOUZA, 2011, p. 39).

Pode-se perceber no paciente demenciado, conforme citado por Canineu (2013), a presença de “dificuldades nos atos da vida diária (especialmente no banhar-se, vestir-se, alimentar-se), delírios e alucinações, agitação noturna, alteração do sono, dificuldade de reconhecimento de amigos e familiares” (p. 37).

Uma outra característica bastante peculiar dessa fase é o agravamento dos sintomas que se manifestaram na fase inicial e quando ocorre tardiamente, observa-se o “início das dificuldades motoras” (SAYEG, 2009, p. 102).

O paciente passa a viver em um total estado de dependência dos cuidadores e até mesmo dos familiares, como destaca Sayeg, “o indivíduo pode, em alguns casos, realizar determinadas tarefas extremamente simples, porém é incapaz de sobreviver sem ajuda” (2009, p. 103).

Fase avançada ou terminal - Também conhecida como fase avançada ou terminal, com duração aproximada “de 8 a 12 anos” (SOUZA, 2011, p. 40), é notável que o demenciado apresente “diminuição acentuada do vocabulário, diminuição do apetite e do peso, descontrole urinário e fecal, dependência progressiva do cuidador, mutismo e imobilidade” (CANINEU, 2013, p. 38), bem como é possível perceber que nesse período “a identidade do paciente desapareceu por completo” (SURDO; GIUSTI, p. 34).

Fazendo referência a importância ao ato de cuidar realizado nas fases anteriores ao paciente demenciado, Sayeg enfatiza “[...] que, mesmo com os cuidados adequados, alguns pacientes acabam por atingir essa triste condição, porém [...] se os cuidados forem adequados, isso deverá ocorrer mais tardiamente” (2009, p. 105).

3. PRINCIPAIS ÁREAS DA PSICOLOGIA ENVOLVIDAS NO PROCESSO DE TRATAMENTO DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

“É sempre assim. Às vezes ela simplesmente esquece como deve se comportar à mesa, embora um dia ela mesma tenha ensinado boas maneiras a minha mãe. Mas é isso que acontece na doença de Alzheimer. O outono na cabeça sopra muitas coisas para longe.”⁴

4 MULLER, Dagmar H. **Minha avó tem Alzheimer**. São Paulo: Scipione, 2006. p. 25.

3.1 A NEUROPSICOLOGIA

Diante de todo esse panorama em que se insere a DA, é preciso reconhecer que “os últimos 100 anos conheceram um avanço sem precedentes no entendimento da dinâmica do cérebro e suas possibilidades de reabilitação após uma lesão cerebral” (ABRISQUETA-GOMEZ; SANTOS, 2006, p.1).

Nesse cenário apresentam-se perspectivas favoráveis e promissoras para o tratamento da demência de Alzheimer e, mesmo que ainda não seja possível atingir a cura dessa doença, é possível, pelo menos, aliviar e retardar os impactos que ela causa na vida de seus portadores e familiares, promovendo uma melhor qualidade de vida durante o estágio em que se encontra a evolução do quadro clínico.

A neuropsicologia, um campo da psicologia que vem se apropriando dessas descobertas e cada vez mais se firmando no campo do saber científico, pode ser entendida como,

[...] uma área das ciências da saúde que trata da interface ou aplicação das áreas da psicologia e da neurologia. Essa área destina-se a estudar as relações entre o cérebro e o comportamento humano, contudo usualmente grande parte dos especialistas da Neuropsicologia dedica-se a investigar como diferentes lesões causam déficits em diversas áreas o cérebro afetando as funções corporais e o comportamento humano (SOUZA, 2011, p.49).

Logo, pode-se perceber que a neuropsicologia tem importante papel no estudo das relações que se estabelecem entre o comportamento e o cérebro, pois irá envolver processos de avaliação, habilitação e reabilitação em áreas como raciocínio abstrato, memória, resolução de problemas, habilidades espaciais, bem como analisar os impactos e consequências emocionais e da personalidade no processo de disfunção cerebral.

É dentro do campo da neuropsicologia que se encontra o processo de Reabilitação Neuropsicológica. Entretanto, é preciso familiarização com essa terminologia, principalmente quando se trata de demências.

3.2 A REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

O termo “reabilitação” deriva-se da palavra “habilitação”, que significa “tornar-se hábil”. Então, em contrapartida, é possível inferir que a reabilitação implica em “tornar-se hábil novamente”. Porém, como cita Wilson, “[...] é quase impossível tornar as pessoas com deficiência cerebral “capazes novamente” – “retorná-las à situação anterior”.” (*apud* ABRISQUETA-GOMEZ; SANTOS, 2006, p. 2). Por ser então praticamente inconcebível o uso do termo “restaurar” no processo de reabilitação, fica “mais adequado o uso da palavra “Intervenção Neuropsicológica”, porém é sabido que não existe um consenso sobre um

termo alternativo que substitua a palavra “Reabilitação”.” (ABRISQUETA-GOMEZ; SANTOS, 2006, p. 2).

Várias tentativas foram feitas no sentido de se encontrar uma melhor definição da atuação em reabilitação. A Organização Mundial da Saúde (OMS), colaborando com essa discussão na busca por uma melhor conceituação do termo, estabelece que,

[...] a reabilitação implica na recuperação dos pacientes ao maior nível físico, psicológico e de adaptação social possível. Isso inclui todas as medidas que pretendem reduzir o impacto da inabilidade e condições de desvantagem e permitir que as pessoas deficientes atinjam uma integração social ótima (ABRISQUETA-GOMEZ; SANTOS, 2006, p. 3).

A Reabilitação Neuropsicológica (RN) pode ser entendida dentro um processo dinâmico em que estão envolvidas várias pessoas, sendo, portanto conforme destaca Wilson:

[...] um processo em que as pessoas com lesão cerebral trabalham junto a profissionais da área de saúde, familiares e membros da comunidade para remediar ou aliviar os défices cognitivos provenientes de um dano neurológico (*apud* ABRISQUETA-GOMEZ; SANTOS, 2006, p. 3).

A RN vem ganhando força nesse cenário. Porém, como bem nos lembra Souza (2011, p. 44), “falar em reabilitação na doença de Alzheimer não parece que seja sensato, visto que reabilitação significa regeneração. Ora, este estigma é degenerativo por isso impossível de ser reversível.” Partindo desse pressuposto, podemos inferir o termo “habilitação” no sentido de “preparo” tanto do paciente como de seus familiares, no intuito de se alcançar melhorias na qualidade de vida.

É imprescindível que todo o processo tanto terapêutico como o de reabilitação sejam pautados no bom senso e dentro das limitações que cada situação impõe, entendendo-se que a reabilitação não se encerra em si mesma, sendo apenas uma das várias etapas que compõe o tratamento da demência.

Infelizmente, como relata Sayeg (2009), “muitas vezes os familiares acabam por internar pacientes [demenciados] em asilos [e clínicas geriátricas], não porque querem e sim pela total impossibilidade de assisti-los convenientemente em suas casas” (p. 293). Reabilitar um paciente demenciado é uma tarefa árdua, bem como é difícil avaliar quantitativamente os progressos conseguidos, no entanto, é preciso persistência no alcance de objetivos mais próximos do ideal traçado.

Nesse sentido, o papel do psicólogo que se envereda no campo da RN, passa não apenas pelo entendimento desse processo, ao mesmo tempo complexo e desafiador, mas se aproxima ainda de algumas questões que podem ser imprescindíveis para se alcançar a eficácia dos resultados esperados durante o tratamento dos pacientes acometidos pela DA.

Uma dessas questões importantes de serem observadas é o cuidado aos familiares dos demenciados, uma vez que toda rotina familiar altera-se, acarretando em implicações muitas vezes da ordem do estresse, da falta de informação, da angústia em não saber como lidar com o familiar acometido pela doença.

3.3 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O modelo de terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi desenvolvido por Aaron T. Beck na década de 60, e segundo ele mesmo descreve, a TCC surge como “[...] uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para depressão, direcionada a resolver problemas atuais e modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais” (SAFFI; NETO, 2007, p. 663). Entretanto, ao longo do tempo foram feitas diversas adaptações e mudanças nessa abordagem, preservando seus pressupostos teóricos, mas buscando atender outros tipos de transtornos mentais e outras populações, o que a permite atualmente atender, “diversos transtornos mentais, como o tratamento da dor crônica, da hipertensão arterial, das cefaléias, das fobias, do transtorno de pânico e da reabilitação neuropsicológica, entre outros” (p. 663).

Ainda de acordo com Saffi e Neto (2007, p. 663), Aaron T. Beck destaca que dentro do conjunto de pressupostos que alicerçam essa modalidade terapêutica por ele desenvolvida, é preciso entender que a visão teórica da mesma baseia-se

na ideia de que os sentimentos e os comportamentos do indivíduo são determinados pelo modo como ele estrutura o mundo, suas cognições. Sendo assim, o objetivo do terapeuta cognitivo-comportamental é produzir mudanças cognitivas, ou seja, alterações no pensamento e nas crenças do paciente com o intuito de que ocorram mudanças emocionais e comportamentais duradouras.

A terapia cognitivo-comportamental tem sido uma grande aliada com relação às abordagens terapêuticas no tratamento não farmacológico da demência de Alzheimer.

Nesse aspecto e, corroborando com o trabalho realizado por Souza (2011) evidencia-se que as abordagens propostas por esse tipo de terapia têm como “objetivo [...] estimular a autoestima do paciente, reduzir sentimentos de ansiedade e depressão, ajudá-lo a ter mais autonomia e a evitar a perda de controle” (p. 44). Isso pode contribuir no sentido de minimizar o medo em relação ao futuro, oferecendo maior segurança tanto ao paciente quanto aqueles que convivem ao seu lado. A referida autora ainda em relação às técnicas de habilitação cognitiva destaca que estas

consistem em utilizar exercícios que permitam “desenvolver” a linguagem, memória, atenção, concentração, leitura, escrita, orientação, coordenação motora, controlar os transtornos de comportamento e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos familiares e cuidadores (p. 45).

Com relação aos resultados promovidos pela terapia cognitivo-comportamental em portadores de demência, autoras como De Nardi e Oliveira (2011), apontam que “a TCC com pessoas demenciadas ainda é pouco mencionada na literatura, entretanto, resultados positivos são relatados, especialmente relacionados a sintomas depressivos [...] e na relação do paciente com seu cuidador [...]” (p. 517). Elas ainda destacam que as

Técnicas cognitivas e comportamentais, especialmente modificadas, focando o treinamento e a reabilitação cognitiva, são indicadas para pacientes com demência leve ou inicial. Aconselha-se que a terapia seja iniciada logo quando da descoberta da doença e acompanhada de tratamento farmacológico (p. 517).

Mesmo diante de um cenário promissor ao uso da TCC no campo das demências, é preciso reforçar a necessidade de que mais pesquisas e estudos sejam feitos nesse campo, buscando compreender quais são “as especificidades do processo terapêutico na velhice, tornando-o mais eficaz e com resultados que não apenas reduzam os sintomas, mas que promovam uma longevidade com maior qualidade de vida” (DE NARDI; OLIVEIRA, 2011, p. 518).

4. ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÃO EM REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

“- Ele explicou que Helga, às vezes, não se lembrava dos nomes. Às vezes, não reconhecia as pessoas mais queridas. Às vezes, ficava dias e dias sem pronunciar uma palavra. Contudo, havia algo que ela reconhecia sempre: o carinho.”⁵

4.1 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

É importante lembrar que “quando falamos em demência, não podemos esquecer que junto com o portador diretamente afetado pela doença, existe uma segunda “vítima”: a família” (SOUZA, 2011, p. 47). A mesma autora destaca ainda que “devido à doença, o núcleo familiar terá de reestruturar completamente as relações existentes entre os seus membros” (SOUZA, 2011, p. 47).

⁵ SÁNCHEZ-OSTIZ, M.A. **Alzheimer**: A história da doença e a vida do médico que a descobriu. São Paulo: Paulinas, 2013. p. 136.

Nos últimos anos, algumas mudanças importantes vêm ocorrendo nos campos que se referem aos cuidados com a demência e isso pode ser um ponto positivo para os cuidados necessários tanto ao paciente acometido pela doença, quanto aos seus familiares, uma vez que as perspectivas de tratamento antes negligenciadas estão hoje sendo evidenciadas, exploradas e avaliadas sob diferentes enfoques, incluindo assim a família e os cuidadores no processo de intervenção neuropsicológica. Com isso espera-se a promoção de bem-estar e qualidade de vida que impactem significativamente na díade: família e portador de DA.

Em famílias onde existem crianças convivendo com portadores da DA, podem ocorrer alguns problemas pelo não entendimento por parte da criança em relação aos comportamentos apresentados pelo parente demenciado. Em seu livro escrito especialmente para explicar às crianças sobre a DA, Schnurbush (2010) chama a atenção de que é preciso “entender as questões psicológicas com que as crianças se deparam e encontrar maneiras de falar sobre seus sentimentos e problemas pode ajudar a reduzir significativamente sua aflição” (p. 32).

Para os adultos que fazem parte da família, esta mesma autora incentiva que estes busquem dividir as responsabilidades de cuidadores, pois “dividir responsabilidades dará [...] a possibilidade de descansar enquanto a pessoa que tiver Alzheimer for cuidada por um amigo, parente, voluntário ou profissional de saúde” (SCHNURBUSH, 2010, p. 34). Porém mesmo diante dessas possibilidades, é possível entender que

A frustração que deriva desse notável investimento de energia e a decepção ao ver que, apesar de tanto esforço, o paciente continua piorando podem desencadear no familiar que presta auxílio, estados de ansiedade, depressão e emoções negativas como raiva, ira e hostilidade em relação ao paciente; a inquietação e a intolerância diante de algumas de suas atitudes “esquisitas” podem fazer eclodir reações agressivas ou de constrangimento, quando levadas a efeito na presença de outras pessoas (SOUZA, 2011, p. 47-48).

Todas essas situações que emergem no núcleo familiar podem trazer situações embaraçosas e nada confortáveis para os familiares e/ou cuidadores, sendo, portanto imprescindível que estes busquem aceitar a doença, enfrentá-la, bem como “procurando ajuda externa e tentando criar para si espaços próprios, levando uma vida privada e social separada da assistência” (SOUZA, 2011, p. 47-48).

Embora não exista ainda a cura para a DA, um bom planejamento e um efetivo manejo médico e psicossocial podem aliviar os encargos para o doente e sua família.

4. 2 TERAPÊUTICAS NÃO FARMACOLÓGICAS NA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Entre as terapêuticas não farmacológicas disponíveis para o tratamento da DA, pode-se encontrar uma gama de opções disponíveis como a estimulação multissensorial, a estimulação cognitiva, os exercícios físicos, a musicoterapia, a recreação, a arteterapia, o estímulo à expressão criativa, contação de histórias, o treinamento cognitivo, a terapia de reminiscências (CAIXETA, 2012; MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013; SAYEG, 2009) entre outras técnicas, além é claro, de todo um trabalho multiprofissional que envolve fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, profissionais de educação física, assistentes sociais, entre outros.

Pode-se ainda considerar o que Caixeta, Chaves e Prado (2012) ressaltam com relação à importância do uso dessas estratégias ao afirmar que

A carência de resultados consistentes e reprodutíveis das terapias não farmacológicas não significa falta de eficácia, mas que mais investigações de alta qualidade são necessárias. Contudo, é certo que essas estratégias constroem confiança social em vez de desvalorizarem a individualidade, assim como são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dos pacientes com demência (p. 414).

Além de todas essas considerações, faz-se necessário compreender que a escolha de determinada terapia normalmente baseia-se tanto nas características, quanto nas preferências individuais de cada paciente, além é claro da disponibilidade e do custo de cada atividade a ser aplicada durante as fases do tratamento.

Serão apresentadas algumas destas estratégias, disponíveis em diversas literaturas especializadas e que podem ser consultadas, entendidas, exploradas e discutidas por todos aqueles que se interessam pelo campo das demências e suas terapêuticas.

Chama-se a atenção para o fato de que as terapêuticas que serão apresentadas a partir de agora, não se colocam como as únicas fontes disponíveis para o tratamento da DA, uma vez que a cada dia surgem novas estratégias e novas pesquisas vêm sendo feitas nesse campo, dada a sua importância no cenário da saúde pública atual, sendo portanto necessária a constante revisão literária desse tema a fim de se atualizar o elenco das terapêuticas não farmacológicas para tratamento da DA.

Treino cognitivo - Pode ser entendido, segundo Diller & Gordon como procedimentos destinados a fornecer aos pacientes um repertório comportamental necessário para resolver problemas ou para realizar tarefas que parecem difíceis ou impossíveis” (*apud* ABRISQUETA-GOMEZ; SANTOS, 2006, p. 6). Uma definição bastante interessante é apresentada por Caixeta (2012), ao afirmar que treinamento cognitivo é um método que tem por objetivo,

ajudar os indivíduos com demência em estágio inicial a aproveitarem ao máximo sua memória e seu funcionamento cognitivo, apesar das dificuldades que estão enfrentando. O treinamento cognitivo envolve uma prática orientada em um conjunto de tarefas que refletem determinadas funções cognitivas, como memória, atenção ou resolução de problemas, e pode ser feito em variedade de configurações e formatos (p. 370).

Essa técnica de intervenção busca ainda, conforme citam Monteiro, Covre e Fuentes,

potencializar uma função cognitiva que se encontra deficitária ou substituí-la por outra que se mantém preservada, seja por meio da estimulação direta da área cognitiva afetada, seja por meio do ensino de estratégias compensatórias que busquem caminhos alternativos para que o indivíduo chegue a um resultado muito próximo (2013, p. 352).

Embora essa abordagem seja bastante recente, pode-se notar que a mesma vem ganhando rapidamente “espaço e destaque no cenário das abordagens não farmacológicas para a DA”, conforme destaca Caixeta (2012, p. 370). As atividades que englobam o treino cognitivo na demência de Alzheimer podem ser aplicados entre os estágios inicial e moderado, considerando ainda o que destaca esse mesmo autor ao afirmar que ainda “não existe revisões ou evidências sobre a eficácia do treinamento e da reabilitação em pacientes com demência moderada e grave” (CAIXETA, 2012, p. 371).

Técnicas compensatórias - Essas técnicas se dão no campo das atividades e participação social, envolvendo organização de tarefas e/ou técnicas de substituição de tarefas, ajudando assim na aquisição de um novo repertório de comportamento, muitas vezes utilizando alguns objetos auxiliares tais como calendários, agendas, celulares, tablets, computadores, lista de atividades, entre outras, bem como atuando sobre as funções cognitivas que ainda se encontram preservadas, mais diretamente naquelas que se referem ao aprendizado e as memórias processual e implícita, especificamente.

Sua aplicação aponta para o entendimento de que as mesmas “buscam favorecer um desempenho mais satisfatório de comportamentos que dependam das funções cognitivas deficientes” (ABRISQUETA-GOMEZ; SANTOS, 2006, p.6) ao invés de restabelecer as habilidades cognitivas em si. O critério para a escolha do “auxílio externo mais adequado para cada idoso deve considerar a capacidade cognitiva, a idade, o grau de escolaridade, os hábitos, o conhecimento prévio sobre o auxílio, as demandas e a complexidade do treinamento” (ASSIS; ASSIS; CARDOSO, 2013, p. 368).

À medida que os déficits cognitivos advindos da DA forem progredindo, far-se-á necessário que se alterem as rotinas estabelecidas para aplicação das técnicas compensatórias, reorganizando inclusive os horários, a frequência e até mesmo os locais de aplicação das atividades.

Para que se atinjam melhores índices de desempenho e melhor qualidade de vida ao idoso demenciado, é necessário que “a estratégia compensatória [seja] associada a outras estratégias, como a estratégia cognitiva” (ASSIS; ASSIS; CARDOSO, 2013, p. 370), respeitando-se para tanto o ritmo de aprendizagem, o grau de interesse e motivação do mesmo.

Terapia de orientação para a realidade - Com o objetivo de “amenizar os quadros confusionais nos idosos, por meio da exposição contínua e organizada dos dados da realidade e do contexto em que eles estão inseridos, a partir de estímulos ambientais que favoreçam a orientação temporal e espacial” (MONTEIRO; COVRE; FUENTES, 2013, p. 353), a terapia de orientação para a realidade (TOR) foi criada em 1968 por Folson.

Nessa abordagem são trabalhadas diversas técnicas que visam combater a desorientação e os distúrbios da memória, e como destaca Sayeg (2009), “normalmente é utilizada em grupos, com o auxílio de material audiovisual, reforçando aspectos como datas, horas, nomes, fatos etc” (p. 296).

Quanto ao uso de recursos aplicáveis na terapia, Monteiro, Covre e Fuentes apresentam alguns materiais que podem ser utilizados durante as sessões e destacam que,

a TOR se baseia fundamentalmente em estratégias de repetição contínua de informações reais e atualizadas que são manejadas com o paciente juntamente com os cuidadores/acompanhantes por meio de comentários sobre situações que fazem parte da vida do idoso. Para tanto, utilizam-se de meios diversos como calendários, revistas, figuras, fotos e músicas, com o intuito de fornecer um referencial que auxilie o paciente a se localizar (*In* MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENSA, 2013, p. 353).

Sayeg ressalta a simplicidade da aplicação dessa técnica, pois a mesma “consiste em perguntas e respostas sobre o passado” (2009, p. 296). Com isso busca-se inteirar o indivíduo socialmente e melhorar o seu nível de comunicação “por meio de informação contínua, sinalizações no ambiente, linguagem clara ou não verbal e treinamento de habilidades cognitivas, com atividades adequadas as suas dificuldades” (TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 359).

Pesquisas feitas para mensurar os impactos advindos da aplicação dessa terapêutica, de acordo com Abrisqueta-Gomez (2006);

[encontraram resultados em que] as intervenções baseadas no princípio da TOR podiam ter efeitos positivos para a cognição e comportamento do paciente demenciado, propondo-se então uma forma de “reabilitar” e implementar esta técnica modificando alguns aspectos (p.141).

Em relação às pesquisas que vem sendo atualmente conduzidas junto a pacientes demenciados com o objetivo de validar o uso dessa técnica bem como identificar os seus efeitos, Burton destaca que já foram encontrados alguns resultados favoráveis e enfatiza que;

estudos controlados demonstraram que pacientes submetidos à TOR apresentavam melhoria significativa na orientação verbal, na atenção e no interesse ao ambiente e no desempenho em escalas de interação social e funcionamento intelectual, apesar de alguns autores terem sugerido que haveria melhora apenas quanto aos itens de orientação diretamente treinados (*apud* TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 359).

É importante destacar que a TOR tem sua aplicação restrita às duas primeiras fases da demência de Alzheimer, uma vez que conforme afirmam Giusti e Surdo, “os melhores candidatos são os pacientes com deterioração cognitiva leve ou moderada, desprovidos de déficits sensoriais e distúrbios comportamentais capazes de prejudicar sua participação nas sessões reabilitadoras” (2010, p. 68).

Técnicas de atividades ludoterápicas - Conhecida também como ludoterapia, as técnicas de atividades ludoterápicas se propõem, a partir do uso de brinquedos no processo terapêutico, a ser um aliado no tratamento do paciente demenciado.

Entretanto, este recurso deve ser utilizado com certa limitação, desde que se substituam os brinquedos por outras ocupações igualmente agradáveis, como atividades recreativas, pintura em cerâmica, colagem, entre outras atividades. Sayeg (2009), aponta para polêmicas que podem emergir quando da discussão do uso ou não de brinquedos durante o tratamento, como recurso terapêutico, uma vez que “na fase inicial, o paciente pode sentir-se ridicularizado, porém à medida que o grau de demência se acentua, muitos pacientes parecem sentir-se extremamente satisfeitos com uma boneca, um carrinho, um animal de pelúcia, etc” (p. 309).

Esse tipo de abordagem é conhecida como sendo orientada pela estimulação e segundo Kverno *et al.*, “fornece o tipo de estimulação ambiental que é reconhecido como parte do cuidado humano e apresenta eficácia modesta com dados que respaldam a sua utilização para melhorar o humor e reduzir distúrbios comportamentais” (*apud* TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 357).

3.2.4 Arteterapia

A arteterapia [ou terapia pela arte] - Quando usada no tratamento de pessoas com DA tem como objetivo, segundo destaca Killick e Allan, “fornecer estímulo significativo, melhorar as condições de interação social e melhorar os níveis de autoestima” (*apud* TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 357).

São propostas atividades como desenho, pintura, modelagem e outras técnicas artísticas, permitindo assim que o paciente possa expressar-se e exercer escolhas como, por exemplo, as cores, os temas e o material que deseja trabalhar em cada sessão.

Mello e Rodrigues (2012) corroboram com a ideia de que a aplicação dessas técnicas no tratamento de demências “proporcionam aos indivíduos a oportunidade de autoexpressão e a possibilidade de fazer escolhas” (p. 294), o que facilita a estimulação do paciente demenciado.

Musicoterapia - Podemos entender a musicoterapia como “uma intervenção que se utiliza de música para promover melhora na qualidade de vida do indivíduo, bem como seu maior desempenho nos aspectos biopsicossociais” (CASCARANI, 2013, p. 112).

É sempre importante destacar que os pacientes demenciados que “que sempre gostaram de música continuarão gostando, mesmo doentes” (SAYEG, 2009, p. 307), e como destacam Mello e Rodrigues, vários estudos feitos nesse campo “revelam benefícios aos pacientes” (2012, p. 294).

Essa técnica tem sido utilizada com sucesso enquanto “recurso terapêutico, em pacientes confusos e agitados e com distúrbios do sono” (SAYEG, 2009, p. 307), sendo assim mais um instrumento de apoio no processo de tratamento da DA, uma vez que tem ótimo efeito relaxante.

Com relação a sua aplicação no cotidiano do idoso demenciado é importante destacar que essa terapia pode ser aplicada tanto individualmente como em grupo e “pode envolver a participação em uma atividade musical (p.ex., cantar ou tocar um instrumento) ou apenas a audição de canções ou músicas” (TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 358).

Entre os objetivos da musicoterapia no tratamento na DA, Cascarani destaca que;

[a aplicação dessa estratégia busca] utilizar, resgatar e ampliar os componentes pessoais existentes nas sensações, percepções, afeto, escuta, habilidades motoras, espaciais, temporais, mobilização de energia, atenção, memorização, concentração e expressão. Estes componentes pessoais acima citados permanecem adormecidos devido à doença, podendo ser despertados por meio da música, pois, para se relacionar com a música, o indivíduo necessita acioná-los (2013, p. 115).

É preciso ainda enfatizar que “as atividades musicais praticadas em casa não substituem a terapia” (CASCARANI, 2013, p. 117), sendo necessária a presença de um musicoterapeuta para planejar, coordenar e avaliar o impacto da aplicação da música e seus instrumentos durante o tratamento do paciente demenciado.

Abordagem emocional-orientada - Conforme Caixeta (2012) essa técnica tem sido “frequentemente utilizada em pacientes com DA para abordar questões de perda e melhorar o humor e o comportamento” (p. 358).

Entre as principais terapêuticas envolvidas nesse processo e citadas por esse autor, encontram-se: a terapia das reminiscências, terapia de validação e a terapia de presença simulada (TPS).

Terapia das reminiscências - Essa terapia tem como objetivo “melhorar o funcionamento intrapessoal e interpessoal por meio de revivência, estruturação, integração e trocas de lembranças” (TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 358). Promove a discussão de eventos, atividades passadas vivenciadas pelos pacientes, com o uso de vários auxílios suplementares como fotos, músicas, álbuns, jornais antigos, itens de uso pessoal, etc.

Como destaca Mello e Rodrigues (2012);

[essa técnica] basicamente, envolve a discussão de atividades passadas, eventos e experiências, em geral com a ajuda de fotos, canções antigas, cartas, presentes, álbum de família, música, filmes, jornais, os quais são solicitados ao paciente e/ou familiares (p. 292).

Através do ato de recordar, busca-se melhorar a autoestima e o senso de identidade, promovendo a recordação das memórias de uma forma não conflitante, criando “novos sentidos para o passado por meio do resgate da própria história e/ou dos eventos vividos no contexto social” (MONTEIRO; COVRE; FUENTES, 2013, p. 353)

Terapia de validação - Sayeg descreve a terapia de validação como “uma forma de comunicação desenvolvida como uma abordagem para pessoas com demência” (2009, p. 358). Apresenta vantagens em pacientes com comprometimento cognitivo moderado ou grave, e como destaca Gonzaga, “pode ser aplicada tanto de forma individual quanto em grupo, com 5 ou 6 participantes que se encontram regularmente em sessões de 30-60 minutos” (*apud* GIUSTI; SURDO, 2010, p. 71).

Essa estratégia criada por Naomi Feil em 1967, surge a partir da observação de que “algumas características comuns na demência – repetir frases ou perguntas e trazer fator do passado continuamente – na realidade eram estratégias ativas por parte do paciente para evitar o estresse, o tédio e a solidão” (MELLO; RODRIGUES, 2012, p. 292). Para ela, pelo fato da realidade vivida pelo paciente demenciado se apresentar de forma dolorosa, ele acaba desenvolvendo uma forma de retornar a uma realidade em que se utilize mais sentimentos e menos intelecto.

Na aplicação da terapia de validação, é fundamental que o cuidador se concentre em não discordar do paciente, evitando discutir a realidade, validando assim o conteúdo apresentado pelo demenciado. Com isso “busca-se acessar a emoção subjacente às palavras da pessoa, validando esses sentimentos como verdadeiros, independentemente de como as palavras se relacionam com a nossa concepção da realidade atual” (MELLO; RODRIGUES, 2012, p. 293).

Pelo reconhecimento e confirmação das emoções é possível melhorar a autoestima do paciente, proporcionar maior conforto e ainda compreender melhor o demenciado “no contexto da realidade em que ele se vê naquele momento” (SAYEG, 2009, p. 358). Isso só será possível a partir de uma escuta empática e desprovida de julgamentos.

Terapia de presença simulada - A Terapia de presença simulada (TPS) foi inicialmente descrita por Woods e Ashley em 1995 e está “baseada no princípio de que a fonte de estabilidade para o paciente da DA é muitas vezes um parente que cuidou dele antes da institucionalização” (TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 358). Nesse sentido, essa técnica busca promover uma simulação que se reforce essa relação, utilizando como recurso na sua aplicação a gravação de vídeos “em que uma conversa telefônica pessoal é simulada” (p. 359).

Durante a produção do material audiovisual, orienta-se que os familiares conversem com o paciente criando-se intervalos durante o diálogo de forma que paciente sinta-se motivado a responder a conversa. O vídeo gravado deve destacar “experiências de vida positivas, memórias compartilhadas, amigos e familiares do paciente” (TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 359), com o objetivo de criar um ambiente que permita ao paciente recordar e refletir sobre as suas melhores experiências de vida. De acordo com esses autores “a intenção é que problemas de comportamento possam ser reduzidos dessa maneira” (TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 359).

Outras atividades terapêuticas - Essa categoria terapêutica pode envolver um grupo bastante diversificado de atividades que exigem muitas vezes a presença de uma equipe multidisciplinar como terapeutas ocupacionais, pedagogos, profissionais de educação física, entre outros que promovam estratégias planejadas como recreações, esportes, dança e dramatizações, buscando através dos exercícios físicos propostos nestas atividades, a redução no número de quedas, bem como melhorias significativas na saúde mental e no sono, ajudando ainda a reduzir a agitação diurna e a inquietação noturna.

Conhecida também pelo nome de terapias alternativas e “apesar das faltas de evidência científica quanto à sua eficácia, por não haver número significativo de estudos, vem ganhando aceitação no tratamento de pessoas com demência” (MELLO; RODRIGUES, 2012, p. 294).

Uma das terapias complementares que vem se destacando com grande velocidade de expansão e crescimento é a aromaterapia. Ela “tem uma imagem positiva, e seu uso proporciona interação somada à experiência sensorial” (TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 357). Sua aplicação pode ser feita de variadas maneiras – inalação, banhos, massagens – porém a atividade terapêutica de uso deve ser pautada em conformidade com o comportamento que o paciente demenciado apresente.

Ballard, O'Brien e James, reforçam que “foram encontrados resultados positivos em recentes estudos controlados que mostraram redução significativa na agitação, com excelente adesão e tolerância” (*apud* MELLO; RODRIGUES, 2012, p. 294). Um outro estudo publicado por Holmes e colaboradores em 2002 utilizando óleos de lavanda e melissa, também apresentou resultados favoráveis ao uso da aromaterapia com pacientes demenciados reduzindo significativamente os quadros de agitação, conforme é apresentado por Taveira, Taveira e Caixeta (2012, p. 357).

Como atividade terapêutica os banhos vem ganhando espaço e atenção de estudiosos e pesquisadores, pois é sabido que os habituais banhos de rotina “são potentes desencadeadores de agitação e agressão presumivelmente devido ao desconforto físico, medo e vergonha” (TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 357). Um estudo comparativo entre quatro banhos realizados de forma convencional com quatro banhos no leito de pacientes demenciados foi proposto por Dunn, Thiru-Chelram e Beck em 2002 e resultados positivos foram encontrados em relação à redução do grau de agitação “em média 50% menor durante os banhos no leito quando comparado à dos banhos convencionais” (TAVEIRA; TAVEIRA; CAIXETA, 2012, p. 357).

Faz-se necessário ressaltar que grandes pesquisas estão em andamento no campo das demências, principalmente no que se refere à demência de Alzheimer. Ao abordar as pesquisas que estão sendo realizadas nesse campo, Canineu (2013) enfatiza que;

[ainda] não se descobriu um marcador biológico para a Doença de Alzheimer, ou seja, uma substância possível de ser identificada no organismo precocemente e em qualquer idade, e que possa sugerir que quem possui poderá manifestar e desenvolver a doença mais tarde. É aqui que boa parte das pesquisas vem sendo desenvolvidas (p. 37).

Muito se tem avançado nas pesquisas para o desenvolvimento de novas terapêuticas para o tratamento da DA. Atualmente existem várias outras técnicas disponíveis para aplicação junto aos pacientes demenciados que passam a contar não apenas com a terapêutica farmacológica, mas também com outras formas de intervenção que aliviem o sofrimento vivenciado durante as fases da DA.

Nesse sentido, vale a pena destacar que os chamados Sintomas Psicológicos e Comportamentais da Demência (SPCDs) caracterizam transtornos de ordem não cognitiva e são verificados em mais de 80% dos portadores de Alzheimer. Normalmente esses transtornos, geralmente psiquiátricos, são compostos de alterações na “personalidade, humor, distúrbios psicomotores, psicose e ruptura nas funções básicas, como sono, apetite e libido, entre outros” (PIERONI *apud* CAIXETA, 2012, p. 407). Para o tratamento desses sintomas, várias terapêuticas farmacológicas estão disponíveis para os SPCDs, como os benzodiazepínicos, antidepressivos, antipsicóticos, entre outras.

Sayeg (2009) afirma que “a terapia colinérgica é ainda a mais utilizada nos portadores de Alzheimer, apresentando efetivas melhoras na cognição e funcionalidade nesses pacientes” (p. 175). Os inibidores da acetilcolinesterase (embora de eficácia limitada, mas necessário em todas as fases do tratamento) e os antagonistas dos receptores de glutamato (NMDA), como a memantina, também são importantes agentes farmacológicos no tratamento da DA, desde que a doença seja diagnosticada o mais precocemente possível (SAYEG, 2009; FELICE; FERREIRA, 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou investigar as contribuições que as Neurociências e a Terapia Cognitivo-Comportamental podem oferecer, através da disposição de terapêuticas não farmacológicas para o tratamento da demência de Alzheimer. Para tanto buscou-se através de uma pesquisa bibliográfica atualizada, articular os principais pontos de discussão que renomados autores vem apresentando nos últimos anos.

É evidente que cada vez mais nos deparamos com o crescente aumento da expectativa de vida da população mundial e conseqüentemente, maior aumento das patologias que acometem os indivíduos em idade avançada. A demência de Alzheimer figura entre essas doenças de maior prevalência entre a população idosa, e aponta para uma urgente discussão a respeito do tema, uma vez que a cada dia, mais casos são descritos e poucos avanços significativos foram feitos para o tratamento dessa doença.

Mesmo depois de passados quase 100 anos de sua descoberta, a DA figura ainda como uma doença incurável, e vários debates ainda acontecem com relação à uma correta nomenclatura para esse quadro, fazendo com que a literatura disponível atualmente para consulta, ora a nomeie como Mal de Alzheimer, outras vezes como Demência de Alzheimer e em outras, como Doença de Alzheimer.

Para os fins propostos nesse trabalho, adotou-se o termo Demência de Alzheimer justamente para situar as terapêuticas pesquisadas quando a demência já está instalada no quadro clínico apresentado pelo paciente. Porém, desde o início da elaboração dessa pesquisa, acreditou-se que, independente da terminologia usada, o mais importante era situar a psicologia enquanto ciência nessa discussão e apresentar suas contribuições para o tema, bem como o que está sendo feito para amenizar o sofrimento daqueles que são portadores de Alzheimer.

Com base nas buscas realizadas e em toda leitura feita nas obras consultadas, verificou-se que muitas pesquisas estão sendo realizadas para encontrar uma cura definitiva para a demência de Alzheimer e que muitos estudos ainda precisam ser feitos nesse campo.

As terapêuticas farmacológicas tornam-se imprescindíveis durante o tratamento ao paciente demenciado e muitos fármacos estão disponíveis atualmente no mercado para o tratamento da DA, sendo muitas vezes esse, e apenas esse, o tratamento dedicado aos pacientes.

Entretanto é preciso acolher a demanda humana, em contraste com a orgânica que segue amparada pela farmacologia em geral. E é aí que se situa a importância do psicólogo no processo de melhoria da qualidade de vida tanto do paciente como de seus familiares e cuidadores, através do uso de terapêuticas não farmacológicas, que aliadas à medicação podem produzir efeitos satisfatórios durante a progressão da doença.

Embora ainda haja muito a ser feito e seja preciso validar muitas das pesquisas sobre os tratamentos não farmacológicos, é de real importância destacar que cada vez mais esses tratamentos estão ganhando espaço e atenção, não apenas na literatura científica como nas práticas diárias de quem lida com paciente demenciados, uma vez que estas promovem alívio ao sofrimento que se instaura nos envolvidos, sejam eles familiares, cuidadores, e o próprio paciente.

Se por um lado o campo da neuroplasticidade vem pontuado esperanças no tratamento de várias patologias neurodegenerativas, por outro é preciso esclarecer que no caso da demência de Alzheimer, onde ocorrem perdas significativas de neurônios cerebrais, a discussão do uso do termo “reabilitação” durante o tratamento, deve dar espaço para o uso da expressão “intervenção”, uma vez que não se pode reabilitar algo que se perdeu. No entanto, se faz necessário que ocorram intervenções pontuais, planejadas e testadas cientificamente através das técnicas disponíveis atualmente para tratamento.

Essa pesquisa não pretendeu esgotar o tema exposto e carece inclusive de alargamentos. Espera-se que estes sejam feitos tão logo a mesma esteja disponível para consulta por profissionais não apenas de psicologia, mas de outras áreas da saúde que se interessem por esse tema.

Por fim, referenciando Hipócrates, o pai da medicina, ao citar que “aliviar a dor é um ato divino”, é preciso pontuar que mesmo não tendo sido encontrada a cura definitiva para a demência de Alzheimer, é missão dos profissionais de saúde, e isso inclui a psicologia, aliviar a dor de quem convive com essa doença em seu dia a dia, independente de que isto seja um ato divino ou não, pois para além das divindades, somos antes de tudo seres humanos com o propósito de prestar cuidado e atenção para outros seres, tão humanos quanto nós.

6. REFERÊNCIAS

ABRISQUETA-GOMEZ, J.; SANTOS, F. H. **Reabilitação Neuropsicológica**: da teoria à prática. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

ASSIS, M. G.; ASSIS, L. O.; CARDOSO, A. P. A terapia cognitivo-comportamental e o envelhecimento. In: ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs). **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

BRANDT, R.; HANSER, H. O enigma Alzheimer. In: PINTO, G. C. (Org.). **Doenças do cérebro: Parkinson e Alzheimer**. São Paulo: Duetto, 2010.

BRUCKY, S. M. D. Terapêutica não farmacológica nas demências. In: CAIXETA, L. (Orgs.) **Demências: abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2006.

CAIXETA, L. (Orgs.) **Demências: abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2006.

_____. et al. Doença de Alzheimer. Porto Alegre: Artmed, 2012.

_____; VIEIRA, R. T.; Epidemiologia da doença de Alzheimer. In _____. et al. **Doença de Alzheimer**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

_____; CHAVES, M.; PRADO, C. Tratamento dos sintomas psicológicos e comportamentais da doença de Alzheimer. In: _____. et al. **Doença de Alzheimer**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CANINEU, P. A doença de Alzheimer. In CAOVIALLA, V. P.; _____. (Orgs). **Você não está sozinho... nós continuamos com você**. São Paulo: Novo Século, 2013.

CASCARANI, A. P. A ação da musicoterapia no tratamento da pessoa com doença de Alzheimer. In CAOVIALLA, V. P.; CANINEU, P. (Orgs). **Você não está sozinho... nós continuamos com você**. São Paulo: Novo Século, 2013.

CAYTON, H.; WARNER, J.; GRAHAM, N. **Tudo sobre doença de Alzheimer**. São Paulo: Andrei, 2000.

CORRÊA, A. C. O. **Memória, aprendizagem e esquecimento**: a memória através das neurociências cognitivas. São Paulo: Atheneu, 2010.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DE NARDI, T. C.; OLIVEIRA, R. G. A terapia cognitivo-comportamental e o envelhecimento. In: ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs). **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DOIDGE, N. **O cérebro que se transforma**: como a neurociência pode curar as pessoas. Rio de Janeiro: Record, 2013.

FELICE, F. G.; FERREIRA, S. Diabetes Cerebral. In: PINTO, Graziela C. (Orgs.). **Doenças do cérebro**: Parkinson e Alzheimer. São Paulo: Duetto, 2010.

FURASTÉ, P. A. **Normas técnicas para o trabalho científico**: Explicação das Normas da ABNT. 16. ed. Porto Alegre: Dáctilo Plus, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIUSTI, E.; SURDO, V. **Alzheimer**: cuidados e aconselhamento familiar: necessidades e tratamento psicológico da demência. Rio de Janeiro: Gryphus, 2010.

IZQUIERDO, I. **Memória**. 2.ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LENT, R. **Neurociência da mente e do comportamento**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2008.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELLO, J. T.; RODRIGUES, V. F. S. Intervenções nas alterações comportamentais e transtornos de humor na doença de Alzheimer. In: ABRISQUETA-GOMEZ, J. et al. **Reabilitação Neuropsicológica**: Abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica. São Paulo: Artmed, 2012.

MIOTO, E. C.; LUCIA, M. C. S.; SCAFF, M. **Neuropsicologia Clínica**. São Paulo: Roca, 2012.

MONTEIRO, L. C.; COVRE, P.; FUENTES, D. Reabilitação neuropsicológica. In: MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENSA, R. M. (Orgs.). **Neuropsicologia do Envelhecimento**: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NEUMANN, S. M. F. **Doença de Alzheimer na família**: repercussões sobre o seu funcionamento. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, Recife, 2010.

NITRINI, R. Conceito de Demência. In: MIOTO, E. C.; LUCIA, M. C. S.; SCAFF, M. **Neuropsicologia Clínica**. São Paulo: Roca, 2012.

SAYEG, N. Alzheimer: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Yendis, 2009.

SCHNURBUSH, B. **Blusa listrada com calça florida**: uma estória sobre o mal de Alzheimer. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SÉ, E. V. G.; QUEIROZ, N. C.; YASSUDA, M. S. O envelhecimento do cérebro e a memória. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (Orgs.). **Velhice bem sucedida**: Aspectos afetivos e cognitivos. 4.ed. São Paulo: Papirus, 2012.

SAFFI, Fabiana; LOTUFO NETO, Francisco. Terapias comportamentais e cognitivas. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SOUZA, E. M. **Quem está com ela? O enigma silencioso do milênio**: uma visão panorâmica sobre a demência na doença de Alzheimer. 2011. 64 f. Monografia (Pós-graduação). Faculdade de Ciências Humanas ESUDA, Recife, 2011.