

Reabilitação Neuropsicológica Cognitiva em Pacientes com Doença de Alzheimer.

Heriana Silva Fonseca¹, Eliane Correa Miotto², Mara Cristina Souza de Lúcia³, Milberto Scaff⁴.

Resumo

. **Objetivo:** Promover uma revisão de estudos científicos publicados nos últimos anos sobre reabilitação de memória. **Método:** Foram selecionadas publicações de qualidade e eficiência Classe I das bases de dados Pubmed e MedLine. Como critérios de inclusão, nesta revisão foram selecionados estudos experimentais sobre as técnicas de reabilitação de memória individual ou em grupos contendo, ainda, avaliação pré e pós- tratamento para detectar a eficácia dos mesmos. **Resultados:** Os quatro estudos que preencheram os critérios de inclusão demonstraram que a reabilitação neuropsicológica gera benefícios significativos e melhora da qualidade de vida dos pacientes com DA, principalmente quando aliada a terapia medicamentosa com anticolinesterásico. **Conclusões:** São poucas as pesquisas existentes que se dediquem ao estudo da reabilitação neuropsicológica de DA. Todos os estudos descreveram resultados positivos na diminuição dos sintomas de DA leve, embora estudos mais detalhados sejam necessários.

Palavras-Chave: Demência, Doença de Alzheimer, reabilitação cognitiva, memória, atividades de vida diária

Abstract

Aim: This review article intended to review studies published in the last ten years about memory rehabilitation of Alzheimer's disease (AD) patients. **Methods:** We selected publications of quality and efficiency class I from Pubmed and Med Line data. This review includes individual and grupal rehabilitation with pre and post treatment. **Conclusions:** There are only few studies focused to the neuropsychological rehabilitation of AD. All the studies described positive results and reduction of the symptoms of light AD, although more detailed studies are needed.

Keywords: Dementia, Alzheimer's disease, Cognitive rehabilitation, memory, activities of daily living.

¹ Aluna(o) do Curso de Especialização em Reabilitação Neuropsicológica – CEPSIC

² Livre Docente do Departamento de Neurologia – FMUSP.

³ Diretora da Divisão de Psicologia do ICHC – FMUSP.

⁴ Professor Titular do Departamento de Neurologia da FMUSP.

Correspondência para: Heriana Silva Fonseca

Rua Grajaú, 357 – Sumaré – CEP. 01253-001 - São Paulo – SP

e-mail: heriana@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença cerebral degenerativa caracterizada pela perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas, que prejudicam o paciente em suas atividades de vida diária e em seu desempenho social e ocupacional.

A DA pode ser dividida em três fases – leve moderada e grave – de acordo com o nível de comprometimento cognitivo e o grau de dependência do indivíduo. Na fase leve da doença, o paciente demonstra queda significativa no desempenho das tarefas instrumentais da vida diária, mas ainda é capaz de executar as atividades básicas, mantendo-se independente. Na fase moderada, o comprometimento intelectual é maior e o paciente necessita de assistência monitorada para realizar as tarefas instrumentais e básicas. Na fase grave da DA, o paciente geralmente fica acamado, necessitando de assistência integral. Nessa fase, o paciente pode apresentar dificuldades de deglutição, sinais neurológicos (ex: mioclônias e crises convulsivas) incontinência urinária e fecal (Bottino, C. M. C. , 2001).

Em virtude do aumento do número de diagnósticos precoces, em pacientes com DA, está crescendo a procura de tratamentos que visam a melhora das funções e um possível retardo na evolução da doença, uma vez que ainda não existe um tratamento que possa curar ou reverter a deterioração causada pela demência.

Intervenções na DA:

O tratamento multidisciplinar objetiva complementar o tratamento farmacológico na DA. A literatura descreve uma grande variedade de métodos de intervenção para melhorar ou manter o desempenho cognitivo na DA, e não modificar a habilidade que o paciente tem de memorização. Assim sendo, o efeito do treinamento é melhorar a sua performance e não modificar uma habilidade intrínseca já utilizada pelo indivíduo.

A memória explícita é a primeira função cognitiva a ser afetada na doença de Alzheimer (DA) e é a que mais compromete as atividades de vida diária e a qualidade de vida desses pacientes. Como ainda não há a existência de um tratamento que possa reverter à deterioração causada pela demência ou mesmo curá-la, os tratamentos disponíveis atualmente visam aliviar os sintomas cognitivos e comportamentais por meio medicamentoso e por técnicas cognitivas de reabilitação neuropsicológica, melhor estruturação do ambiente, e também por meio de grupos interativos para familiares e cuidadores. Desta maneira, estes tratamentos e abordagens devem ser cada vez mais pesquisados e aprimorados, visando principalmente à melhora da qualidade de vida e das limitações desses pacientes. Além, de técnicas cognitivas de reabilitação que buscam minimizar os sintomas cognitivos e comportamentais temos o meio medicamentoso, os inibidores de acetilcolinesterase (ChEI) que têm demonstrado eficácia no controle temporário de sintomas, como melhora das funções cognitivas e das dificuldades na realização das atividades de vida diária em pacientes diagnosticados com DA leve a moderada (De Vreese et al, 2001) . Entretanto, terapias que envolvem intervenção não medicamentosa, como a Reabilitação Neuropsicológica, também têm apresentado resultados positivos na melhora da cognição desses pacientes, além de promoverem apoio e informações aos familiares (De Vreese et al, 2001).

A Reabilitação Neuropsicológica é um processo ativo que visa capacitar pessoas com déficits cognitivos causados por lesão ou doença, para que essas adquiram um bom nível de funcionamento social, físico e psíquico (Mc Lellan, 1991). Dessa maneira, a reabilitação implica maximizar funções cognitivas por meio do bem estar psicológico, da habilidade em AVD (atividade de vida diária) e do relacionamento social (Clare e Woods, 2001). Além disso, também busca a diminuição dos déficits que ocasionam afastamento e isolamento social, dependência e discriminação (Kitwood,1997).

A RN é um tratamento biopsicossocial que envolve os pacientes e seus familiares levando em conta as alterações físicas e cognitivas dos pacientes, o ambiente em que vivem os fatores subjetivos e a sua biografia.

A Reabilitação de memória objetiva melhorar a performance através de técnicas específicas ou estratégias e auxílios externos.

Um dos principais métodos de reabilitação da memória se fundamenta em trabalhar com a modalidade da memória que se encontra intacta (memória implícita residual), para que esta compense a modalidade que não está preservada (Goldstein e Beers, 1998). Outros métodos objetivam trabalhar com as habilidades residuais da memória que está deficitária, porque quaisquer que sejam os prejuízos cognitivos acredita-se que existe quase sempre a conservação de alguma capacidade funcional da mesma. Wilson et al, (1996) observaram que por meio da prática repetitiva e utilizando mecanismos de memória implícita, pacientes amnésicos podem ser treinados em tarefas complexas. No entanto, Squire (1987) faz uma crítica de que esta aprendizagem implícita, por ser rígida e muito específica, não permite ao paciente fazer um uso flexível do que foi aprendido. O que se sugere é que sejam feitos treinos em conhecimentos específicos com aplicação direta na vida diária.

A reabilitação em pacientes de DA, deve envolver tarefas ligadas a déficits individuais específicos, além de ser realizada dentro do próprio contexto em que a habilidade será posteriormente utilizada. As estratégias de aprendizagem ou técnicas mnemônicas referem-se a formas de aprimorar o armazenamento, a decodificação e/ou a evocação de informações aprendidas. Podemos citar uma técnica muito eficaz para pacientes de DA, com o pareamento de estímulos visuais e verbais, isto é, facilitar a evocação do nome de pessoas associando-o a características físicas. O envolvimento de múltiplos sistemas sensoriais na aquisição da informação também está associado ao aumento da evocação tardia em adultos mais velhos. Ocorre mais facilidade para recordar quando o sujeito participa da atividade do que se tal evento fosse apenas relatado ou assistido.

Da mesma maneira que a repetição e o treinamento, as estratégias de aprendizagem devem ser aplicadas a situações particulares, com contexto específico a alguma necessidade do seu cotidiano, necessitando ajuda de um cuidador profissional ou familiar. Outra técnica que pode ser eficiente, desde que manipulada por outra pessoa, é a “aprendizagem sem erros”, a qual reduz as chances de erros do paciente, propiciando seu sucesso na maioria das tarefas. Pessoas com déficit na memória episódica não são capazes de lembrar-se de seus erros, não podendo desta maneira, corrigi-los. Assim, não aprendem com seus erros, como as pessoas sem déficits de memória, e passa a ser claro que faz mais sentido assegurar-se de que o aprendizado se dê sem erros. Segundo Baddeley & Wilson, (1989), a aprendizagem de um procedimento baseia-se em fortalecer a emissão de uma resposta, dentre uma gama de respostas possíveis. Portanto,

se a resposta errada é repetida, acaba por fortalecer-se e dificultar a aprendizagem. Além disso, a possibilidade de obter o sucesso aumenta a motivação do paciente, facilitando a memorização.

As estratégias compensatórias são também muito utilizadas com pacientes demenciados, pois os déficits de memória não devem ser diretamente enfrentados, sendo necessário o uso de agendas, blocos de notas, despertadores, cartazes, sinalizações, etc. Entretanto, a eficiência dessa abordagem é limitada, pois alguns pacientes apresentam déficits em outras áreas da cognição, que os impedem de utilizar esses recursos.

A Terapia de Orientação da Realidade (TOR) foi desenvolvida por James Folson em 1968, com o objetivo de reduzir a desorientação e confusão nos idosos e tem como princípio apresentar dados de realidade ao paciente, de forma organizada e contínua, criando estímulos ambientais que facilitem a orientação e levando em conta que a realidade não consiste apenas em orientação temporal. Na TOR tenta-se engajar o paciente no social e melhorar a comunicação através de informação contínua, sinalizações no ambiente, linguagem clara ou não verbal e treinamento de habilidades cognitivas, com atividades adequadas às suas dificuldades.

A terapia da reminiscência, que é uma variação da TOR, tem como objetivo estimular o resgate de informações por meio de fotos, música, jogos, e outros estímulos relacionados à juventude dos pacientes. Essa técnica é muito utilizada para resgatar emoções vividas previamente, gerando maior socialização e entretenimento como parte da terapia.

Outro tipo de intervenção fundamental é a realizada com as famílias, pois a qualidade de vida de pacientes com demência depende, primordialmente, daqueles que são responsáveis por seu cuidado. Dessa forma, a grande maioria das abordagens terapêuticas inclui trabalhos com grupos de familiares e cuidadores, que tem como objetivo ajudar a família a lidar melhor com a sua sobrecarga emocional e ocupacional gerada pelo cuidado intensivo e dar subsídios para a família auxiliar o paciente com suas dificuldades.

São poucos os estudos encontrados em reabilitação neuropsicológica com pacientes de DA leve, principalmente, estudos realizados no Brasil, mas todos os estudos encontrados relatam a importância de que as intervenções de reabilitação neuropsicológica são mais eficazes se realizadas de forma combinada, ou seja, a terapia medicamentosa de anticolinesterásicos é muito importante juntamente com a reabilitação neuropsicológica. Outro aspecto importante é a orientação de familiares e cuidadores para a melhora da qualidade de vida desses pacientes.

O objetivo do presente artigo é promover uma revisão de estudos científicos publicados nos últimos 10 anos no Brasil sobre reabilitação de memória, alguns métodos de intervenção para melhorar ou manter o desempenho cognitivo na DA. Dentre as principais técnicas destacam-se: treinamento cognitivo, técnica para melhor estruturação do ambiente, orientação nutricional, programas e exercícios físicos, orientações sobre a patologia e suporte psicológico para familiares/cuidadores e reavaliar a eficácia destes procedimentos em pacientes com DA.

MÉTODOS

As principais bases de dados utilizadas para o levantamento na literatura científica de artigos sobre reabilitação neuropsicológica em pacientes portadores de Doença de Alzheimer (DA) foram PubMed e MedLine, incluindo publicações dos últimos 10 anos.

As publicações selecionadas restringiram-se classe I: pesquisas com grupo randomizado, controlado e cego; classe II: pesquisa com grupo não randomizado; classe III: estudo de caso. Todas as pesquisas abordavam o tema de técnicas de reabilitação de memória em estudo comportamental e tinham avaliação pré e pós-tratamento.

Os critérios de exclusão foram: estudos com pacientes com história ou evidência clínica e/ou radiológica de acidente vascular cerebral (AVC); história ou evidência clínica de Parkinson; outras doenças neurológicas; doenças sistêmicas ou cerebrais graves (infecções, neoplasias, doenças hepáticas, renais ou metabólicas). Como critério de inclusão, foram selecionados apenas estudos com amostras da população brasileira.

RESULTADOS

Dentre os 10 artigos encontrados, quatro foram selecionados devido ao fato de que a produção brasileira é restrita e estão relacionados na Tabela 1.

Bottino et al., (2002) realizou no Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP uma pesquisa com seis pacientes de DA leve a moderada com tratamento combinado por um período de quatro meses, com sessões semanais de 90 minutos no segundo semestre de 1999. No segundo semestre de 2000 participou novamente de grupo de RN nos mesmos moldes do anterior.

Paralelamente ao grupo de pacientes, havia o grupo informativo e de apoio para os familiares e cuidadores na clínica de memória do PROTER (Projeto Terceira Idade do Instituto e Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de São Paulo (USP)), com sessões conduzidas por uma psicóloga e um psiquiatra.

Em março de 2001, os pacientes realizaram RN individual em suas casas com uma neuropsicóloga, constando de sessões semanais com duração de 1 hora cada e as informações eram passadas para a cuidadora e para os familiares sempre que necessário.

Os treinamentos de RN possuem avaliação antes e após tratamento que serão comparadas.

Nos treinamentos de RN, as sessões sempre iniciavam com atividades de orientação têmporo-espacial e treino dos nomes das pessoas do grupo; logo após treino das funções cognitivas (atenção – linguagem – memória (implícita e explícita), exercícios de

socialização em que os pacientes dividiam suas experiências e fatos significativos, além de treino das AVD's (atividades de vida diária).

O atendimento individual teve duração de 22 meses. Neste período foram usados treinos de uso de auxílios externos, uso de agenda, calendário, etc.

Foram trabalhadas atividades de memória implícita, remota, funções cognitivas como função executiva, linguagem, atenção com estímulos visuais em que o paciente deveria descrever ou encontrar determinados objetos pertencentes a uma categoria específica ou começando com determinada letra, nomeação e fluência verbal, memória de trabalho com jogos de computador e jogos com lápis e papel. Outra atividade foi de leitura e compreensão de textos curtos para trabalhar a capacidade de abstração.

Todos os treinos realizados se basearam no princípio da “aprendizagem sem erro”.

Além do treino das principais funções cognitivas foram trabalhadas queixas e inseguranças do paciente, focando sempre a necessidade do paciente valorizar suas habilidades preservadas.

Após a reavaliação neuropsicológica comprovou-se que a RN aplicada em grupo pequeno e homogêneo, assim como a individual, mostrou efeitos positivos. Os dados indicam que o tratamento combinado com a AChE-1, o paciente é capaz de manter-se com menos déficits, melhorando sua independência e qualidade de vida.

Além disso, é capaz de elevar seu escore mental e funções cognitivas, fazendo supor que seu potencial de habilidades preservadas pode ser ativado com esse tipo de intervenção.

Da Silva et al., 2007 realizou um estudo com um grupo de 21 idosos com idades variando entre 64 a 80 anos, inscritos no atendimento no Centro de Medicina do Idoso (CMI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB), da Universidade de Brasília (UnB), foram avaliados pela equipe de geriatria e neuropsicologia quanto aos seus perfis clínico e cognitivo. A avaliação neuropsicológica do teste Mini-Mental (MMI), Escala de Memória Wechsler (EMW), Teste de fluência verbal (FAS) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG) revelou que esses pacientes eram portadores de DA leve com um escore borderline na EDG, porém todos os 21 idosos conforme anamnese clínica apresentavam hábitos comportamentais característicos de isolamento social.

Após relatada avaliação neuropsicológica, todos foram encaminhados ao programa de reabilitação neuropsicológica do CMI, para estimulação da memória e da sociabilidade, sendo que todos os pacientes foram incluídos no programa de tratamento farmacoterápico anticolinesterásico (AChE-1) prescrito para transtorno demencial por 8 semanas. Esses pacientes passaram por 6 sessões semanais de reabilitação da memória que tiveram como tema uma oficina pedagógica de jardinagem. Nesta oficina, os pacientes foram estimulados a aprender a recordar a cor de seus aventais, pintar e reconhecer seus vasos e depois reconhecê-los, plantar uma muda de planta em seus vasos, e ainda reconhecer entre vários cartões ilustrativos aqueles referentes às atividades realizadas. Após três sessões de aprendizagem associativa referente a cores de seus aventais, cinco idosos realizaram corretamente a livre recordação da cor de seu avental, dois idosos realizaram a recordação com auxílio de dica contextual e um idoso realizou a recordação da cor com auxílio de préativação das sílabas discriminativas “ver

me” para vermelho. Na 5ª. Sessão, a recuperação da memória quanto aos vasos pintados e plantados pelos próprios pacientes foi realizada com sucesso, pois nenhum dos idosos cometeu erro de reconhecimento do seu vaso diante de 8 possíveis.

Na última sessão após finalização da oficina foram apresentados a cada idoso 8 cartões, destes, 4 eram ilustrativos das atividades realizadas (c1= pintando o vaso, c2= colocando terra no vaso, c3= plantando a muda no vaso e c4= regando a muda no vaso) os quais já tinham sido apresentados aos idosos ao fim de cada respectiva sessão, e 4 eram ilustrativos de atividades não realizadas no programa (c5= jogando sinuca, c6= batendo fotografia, c7= tocando violão e c=8 fazendo costura). Todos do grupo reconheceram os cartões corretos, não havendo nenhum erro de escolha.

Quanto à tarefa de organizar na seqüência as 4 figuras, 2 idosos erraram uma ordem. Os trabalhos nas sessões de reabilitação de memória ocorriam uma vez por semana, em grupo, exceto as tarefas de reconhecimento que eram realizadas individualmente. A oficina foi finalizada na 6ª. Semana, quando os idosos puderam levar seus vasos para casa. Os idosos podiam ver seus vasos sem manuseá-los em outras sessões terapêuticas (fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e psicologia) que faziam parte do tratamento, porém em dias diferentes da semana. Ao fim do programa todas as famílias manifestaram uma melhora no estado geral desses pacientes, inclusive quanto aos aspectos cognitivos e sociais.

Em outro estudo controlado, Gomez e co-autores, 2004, utilizaram a eficácia do trabalho de reabilitação, investigando o efeito do tratamento combinado com o uso de diferentes estratégias de recordação, incluindo o uso de figuras com conteúdo emocional para verificar se pacientes com DA ainda se beneficiam destas estratégias para aumentar a recordação e também foi utilizada uma nova bateria de Avaliação Neuropsicológica Breve (NEUROPSI) e outros testes de avaliação neuropsicológica, antes de começar o experimento e após 12 e 24 meses do tratamento, com suficiente sensibilidade para diagnosticar as fases iniciais da DA. Os autores avaliaram 49 voluntários de ambos os sexos, 30 com DA e 19 idosos saudáveis. Os pacientes com DA foram subdivididos em dois grupos, fase inicial (15) e moderada (15), a classificação foi feita de acordo aos critérios da Escala Clínica de Demência (CDR) e o exame do Estado Mental (Mini Mental), todos os grupos foram pareados de acordo com a idade e escolaridade. Todos os pacientes diagnosticados com DA fazem uso de tratamento medicamentoso com anti-colinesterásicos. No primeiro experimento avaliaram estes pacientes com a bateria NEUROPSI, e outros testes de aplicação simples. No segundo, foram avaliados os processos de memória declarativa através do estudo de curva de posição serial e da Escala Wechsler de Memória. No terceiro, foi avaliada a memória para estímulos visuais cognitivos nas fases iniciais e moderada da DA. Os resultados foram os seguintes: O NEUROPSI foi sensível o suficiente para detectar e indicar déficits cognitivos nas fases inicial e moderada da DA. Os resultados do uso de estratégias de recordação mostraram que pacientes com DA em fase inicial ainda guardam habilidades mnemônicas consideráveis que podem eventualmente servir de base para algum tipo de treinamento em reabilitação neuropsicológica visando à manutenção das funções cognitivas residuais. Pacientes não se beneficiaram do uso do conteúdo emocional para ampliar a recordação.

Um estudo recente foi realizado por Hofmann et al., 2003 com pacientes portadores de DA leve com o uso de treinamento das habilidades da vida diária com um programa de

computador. O uso da Realidade Virtual tem se mostrado eficiente, poderosa e promissora, pois, possibilita uma sofisticada interação entre o paciente e o computador ao explorar situações similares às experimentadas no mundo real favorecendo amplas aplicações na clínica psicológica desenvolvida por técnicas comportamentais. A experiência trata de quatro pacientes diagnosticados como prováveis portadores de DA leve, submetidos a um treinamento das habilidades de vida diária com um programa de computador. Os pacientes foram treinados diariamente (1 hora/dia), por 3 semanas para executar 20 tarefas básicas e instrumentais de vida diária. Foram percebidos no estudo, além dos resultados neurológicos da ativação emocional, níveis altos de motivação e aceitação do treinamento, o que contribuiu de maneira favorável ao tratamento.

DISCUSSÃO

Este artigo de revisão teve como objetivo selecionar e revisar estudos de reabilitação de pacientes com DA no Brasil. Ressalta-se a lacuna observada na produção científica brasileira neste tema. Por conta disso, do universo consultado de textos, foram selecionados apenas quatro.

A descrição das técnicas utilizadas no grupo de reabilitação, tais como a técnica de orientação da realidade (TOR), apoio externo, recursos mnemônicos, facilitação da aprendizagem, terapia por reminiscência e adaptação ambiental sugerem que estas estratégias podem ser adaptadas a nossa realidade, tornando-se úteis para o atendimento de pacientes brasileiros com DA leve. Houve um estudo, em que a análise não paramétrica dos testes e escalas aplicados aos pacientes e seus familiares não mostrou resultados estatisticamente significativos, mas indicou tendência de melhora dos aspectos cognitivos e funcionais, bem como redução dos sintomas psiquiátricos avaliados. O pequeno tamanho das amostras estudadas e a utilização de testes estatísticos com menor poder para detectar diferenças pré e pós reabilitação cognitiva podem explicar em parte esses resultados.

Alguns aspectos metodológicos na execução dos estudos relatados devem ser mencionados, como a não comparação com um grupo controle (pacientes com DA medicados, que não tivessem sido submetidos à reabilitação), o que permitiria avaliar com maior precisão o efeito da medicação isoladamente ou associada à reabilitação nas variáveis de desfecho. Não deve ser esquecido o possível efeito benéfico do atendimento intensivo prestado a esses pacientes e seus familiares, o que pode ter causado grande impacto em seu desempenho cognitivo e funcional e na ocorrência de sintomas psiquiátricos. Com relação ao grupo controle, é possível argumentar que a melhora dos déficits cognitivos e das atividades de vida diária, observada nos pacientes tratados com anti-colinesterásicos ocorreria até o terceiro mês de tratamento medicamentoso, havendo depois estabilização ou até mesmo uma discreta piora. Como os pacientes estavam usando a medicação desde há pelo menos três meses antes do início do grupo de reabilitação, pode-se admitir que os efeitos positivos decorrentes exclusivamente do tratamento medicamentoso já teriam em grande parte ocorrido.

No estudo de Gomez et al. 2004, em que a avaliação neuropsicológica foi realizada antes e após 12 e 24 meses foi observado que a melhora cognitiva, estabilização funcional e redução dos problemas comportamentais ocorreram nos pacientes, mas não se estendeu para o segundo ano, mostrando a característica progressiva da doença.

O trabalho citado com o uso de programa de computador para a reabilitação de atividade diária revelou que este recurso está aos poucos sendo incorporado à área de saúde, pois se mostram tão ou mais eficazes quanto os modelos de reabilitação tradicionais e ainda podem apresentar vantagem de assegurar privacidade e confidencialidade, diminuir custos e conseqüentemente melhorar o acesso à terapia cognitiva.

Os autores destacaram que os familiares que participaram dos grupos de orientação conseguiram cuidar de seus familiares com DA em casa, por um tempo substancialmente maior, evitando a internação precoce destes indivíduos em casas de repouso. Esses resultados reforçam a importância do atendimento prestado a familiares e cuidadores de pacientes com DA, auxiliando a reduzir o nível de sintomas depressivos e ansiosos dos familiares e resultando em melhor qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

CONCLUSÃO

Os resultados preliminares obtidos em todos os estudos controlados em pacientes com DA leve a moderada sugerem que a associação de técnicas de reabilitação cognitiva com ou sem o uso de programas de computador, ao tratamento medicamentoso com anti-colinesterásicos, ou seja, “tratamento combinado”, pode auxiliar na estabilização ou resultar, até mesmo em uma leve melhora dos déficits cognitivos e funcionais, que são progressivos no curso da doença. Os resultados também sugerem que as intervenções de suporte e o aconselhamento fornecido aos familiares e cuidadores dos pacientes com DA podem reduzir os sintomas psiquiátricos existentes, mantendo o paciente em um nível cognitivo e funcional mais elevado, permitindo que o paciente permaneça mais tempo independente.

Por tanto, os profissionais envolvidos no atendimento de indivíduos demenciados devem, sempre que possível, considerar a viabilidade de se realizar o tratamento combinado, ou seja, associar a RN com o tratamento medicamentoso ao atendimento psicossocial multidisciplinar dos pacientes e seus familiares; pois, pequenas alterações cognitivas ou até mesmo a estabilização de algumas funções cognitivas já revelam um grande ganho, no caso de pacientes com doença degenerativa. Além disso, muitas vezes, pequenas alterações nas escalas e testes podem representar grandes benefícios ao paciente e seus familiares.

Dessa maneira, quanto mais cedo for feito o diagnóstico de DA e mais cedo o tratamento for iniciado, melhores serão os resultados obtidos, pois o paciente poderá manter-se em um nível cognitivo e funcional mais elevado, fazendo com que o paciente se torne por mais tempo independente, evitando sobrecargas aos familiares e cuidadores.

Pequenas alterações cognitivas ou a estabilização de algumas funções cognitivas revelam um grande ganho para pacientes portadores de doença degenerativa. Portanto, pequenas alterações em escalas e testes podem representar um benefício na vida desses pacientes e seus familiares representando um grande ganho de qualidade de vida para os mesmos.

Tabela I – Intervenções neuropsicológicas no tratamento combinado de idosos com DA leve: Resumo dos dados dos artigos

	ESTUDO	MÉTODO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS
1	Bottino et al.; 2002.	Os participantes foram medicados com rivastigmina por um mês. Foram realizadas sessões grupais de terapia cognitiva com 1 hora de duração por período de cinco meses. Cuidadores tinham orientações pelo mesmo período.	6 participantes (5 mulheres e 1 homem) com diagnóstico de DA leve, segundo os critérios do Código Internacional de Doenças.	. Escala de impressão clínica global (CGI), do MMSE e da CDR, scale (ADAS-COG); Escala Wechsler de Memória Revisada; Escala Wechsler de Inteligência para Adultos Revisada (WAIS-R); Fuld Object Memory; Evaluation (FOME); Selective Reminding Test (SRT); Teste de Reconhecimento de Faces (FRM) e Teste de Nomeação de Boston (BNT); Escala de Ansiedade de Hamilton (HAMA) e Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) e Atividades de Vida Diária (AVD) básicas e instrumentais
2	Da Silva et al.; 2007.	Os participantes tiveram medicação anticolinérgica durante o estudo realizado. Os pacientes passaram por uma oficina pedagógica de jardinagem por 6 semanas consecutivas com treinamento de reconhecimento de seu próprio avental, vaso; reconhecimento da atividade realizada com análise de 8 cartões; organização da seqüência de 4 figuras do processo de plantio.	. 8 participantes diagnosticados com DA leve após avaliação neuropsicológica realizada no Centro de Medicina do Idoso (CMI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).	Mini-mental (MEEM); Escala de Memória Wechsler (EMW); Teste de Fluência Verbal (FAS); e Escala de Depressão Geriátrica (EDG).
3	Gomez et al., 2004	Os participantes tiveram tratamento combinado e passaram por avaliação neuropsicológica em 12 e 24 meses e treinamento com estratégias de recordação.	30 pacientes com DA e 19 saudáveis, num total de 49 pacientes com diagnóstico de DA (de acordo com Escala Clínica de Demência (CDR), leve e moderado e foram divididos e dois grupos respectivamente.	Avaliação Neuropsicológica Breve (NEURIPSI) e outros testes mais simples.

4	Hofmann et al., 2003	Os participantes passaram por avaliação neuropsicológica e treino cognitivo das habilidades de AVD's com programa e computador.	4 pacientes com DA leve com treinamento de 1hora/dia durante 8 semanas.	Avaliação Neuropsicológica: Minimal (MEEM); Escala de Memória Wechsler (EMW).
---	----------------------	---	---	---

Tabela I – Intervenções neuropsicológicas no tratamento combinado de idosos com DA leve: Resumo dos dados dos artigos (continuação)

	ESTUDO	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
1	Bottino et al.; 2002.	Técnicas de Orientação da Realidade (OR); apoio externo; recursos mnemônicos; facilitação da aprendizagem; terapia por reminiscência e adaptação ambiental. Grupo de orientação aos familiares e cuidadores.	A análise não paramétrica dos testes e escalas aplicados nos pacientes e familiares não mostrou resultados significativos, mas indicou tendência de melhora dos aspectos cognitivos e funcionais, bem como a redução dos sintomas psiquiátricos. Houve melhora significativa dos déficits cognitivos nos pacientes tratados com Rivastigmina (tratamento combinado). Não comparação com um grupo controle (pacientes medicados sem reabilitação cognitiva) permitiria avaliar com maior precisão o efeito da medicação isoladamente ou associada à reabilitação cognitiva.
2	Da Silva et al.; 2007.	Aprender e recordar a cor de seu próprio avental, pintar e reconhecer seus vasos, plantar uma muda de planta em seus vasos e depois reconhecê-los e ainda, reconhecer entre vários cartões ilustrativos aqueles referentes às atividades realizadas; além de ordenar os cartões pela ordem do processo de plantio.	Todos do grupo reconheceram os cartões corretos após a 6ª. semana e os familiares relataram melhoras no estado geral desses pacientes, principalmente nos aspectos cognitivos e sociais.
3	Gomez et al., 2004	Treino cognitivo de memória declarativa– estratégias de recordação.	Os pacientes em fase inicial de DA ainda guardam habilidades mnemônicas consideráveis que podem servir de base para treinamento em reabilitação visando à manutenção das funções cognitivas residuais.
4	Hofmann et al., 2003	Treinamento das habilidades para executar atividades de vida diária com programa de computador.	Houve resultados neurológicos da ativação emocional, motivação, aceitação positiva que contribuíram de maneira favorável ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, E. C. e Scalabrin, E. E. – O uso do computador em programas de reabilitação neuropsicológica, Curitiba, Brasil, 2007.
- Avilla, R; Miotto, E; Carvalho, I et al. – Neuropsychological rehabilitation of memory deficits in patients with Alzheimer's disease - artigo não publicado.
- Baddeley & Wilson et al., A. D.; Cockburn, J. M. – How Do Old Dogs Learn New Tricks: Teaching a Technological Skill to Brain Injured People. *Cortex* 25: 115-9., 1989.
- Bottino, C.M. C; Carvalho I; Alvarez, A. M.; Ávila, R et al. – Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arq Neuropsiquiatric* 60 (I): 70-9, 2002.
- Caixeta, L. – Demências – São Paulo – Brasil, 43-55, 2004.
- Clare, L.; Woods, R.T. – Cognitive rehabilitation in dementia. A special issue of neuropsychological e habilitation. Psychological Press New York, 2001.
- Da Silva, S. L., et al. – Programa de Reabilitação Neuropsicológica da memória aplicada à demência: Um estudo não controlado intrasujeitos – Brasília – DF – Brasil, 2007.
- De Vreese, L. P.; Iacono, S; Finelli, C. et al. – Enhancement of therapeutic effects of drug treatment in DA when combined with cognitive training? Preliminary results of a three-month program. *Neurobiology of Aging* 19 (S4): S213,A893, 2001.
- Folson, J. C. (1968). Reality Orientation for the Elderly Patients. *Journal of Geriatric Psychiatry* 1:291-307.
- Goldstein, G; Beers, S – Assessment and planning for memory retraining. In Golstein G, Beeres S.: *Rehabilitation* Plenum, New York, pp,229-43,1998.
- Gomez, J.A. et al. – A Longitudinal Study of a Neuropsychological Rehabilitation in Alzheimer's Disease, 62(3-B):778-783; 2004.
- Hofmann M., Rösler A., Schwarz W., Müller-Spahn F., Kräuchi K., Hock C. et al. – Interactive computer-training as a therapeutic tool in Alzheimer's disease. *Compr Psychiatry*, 44(3), 213-219, 2003.
- Kitwood, T. – *Dementia reconsidered: the person come first*. Open University, Buckingham, 1997.
- Mc Lellan, D. L. – Functional recovery and principles of disability medicine In: Swash M; Oxbury J. *Clinical Neurology* Churchill Livingstone, London, pp. 768-90, 1991.
- Squire, L. R. - *Memory and brain*. Oxford, NY: University Press., 1987.
- Stuss D T, Alexander MP, Lieberman A, Levine H. – An Extraordinary Form of Confabulation. *Neurology*; 28:1166-72, 1978.
- Wilson, B. A. – Reabilitação das deficiências cognitivas In: Notrini, R.; Caramelli, P.; Mansur, L. L.: *Neuropsicologia das bases anatômicas à reabilitação*. Clínica neurológica, São Paulo, HCFMUSP, PP. 314-343, 1996.