



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS**

**CURSO: PSICOLOGIA**

**A NEUROPSICOLOGIA E O TRATAMENTO DA DOENÇA  
DE ALZHEIMER: CONTRIBUIÇÕES.**

**ANA PAULA COTA ROLINS**

**BRASÍLIA  
JUNHO/2005**

**ANA PAULA COTA ROLINS**

**A NEUROPSICOLOGIA E O TRATAMENTO DA  
DOENÇA DE ALZHEIMER: CONTRIBUIÇÕES.**

Monografia apresentada como  
requisito para conclusão do curso de  
Psicologia do UniCEUB – Centro  
Universitário de Brasília.

Prof. Orientador: Danilo Assis Pereira

Brasília/DF, Junho de 2005.

Dedico este trabalho a meus pais, Bernadete e Rolins, meus ídolos e exemplos de vida. Em especial, à Juliane, que me incentivou e apoiou em todos os momentos.

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus familiares, em especial, meus pais, irmãos e cunhados, pela força e confiança em mim depositada.

Agradeço ao Rafael, pela companhia, apoio e amor dedicado.

Agradeço as minhas queridas amigas Ana, Kamila, Graziela e Rita que não só fizeram parte desta conquista, mas também estão vivendo este momento.

Agradeço a Profa. Dra. Regina Vinhaes Gracindo e à Juliane, chefes de trabalho e amigas, que permitiram-me conciliar o trabalho e os estudos.

*“O mundo dos velhos, de todos os velhos, é, de modo mais ou menos intenso, o mundo da memória. Dizemos: afinal, somos aquilo que pensamos, amamos, realizamos. E eu acrescentaria: somos aquilo que lembramos. Além dos afetos que alimentamos, a nossa riqueza são os pensamentos que pensamos, as ações que cumprimos, as lembranças que conservamos e não deixamos apagar e das quais somos o único guardião. Que nos seja permitido viver enquanto as lembranças não nos abandonarem e enquanto, de nossa parte, pudermos nos entregar a elas...”*

*(Bobbio)*

## Sumário

<b>Introdução.....</b>	<b>07</b>
<b>1 Contextualizando a Neuropsicologia .....</b>	<b>08</b>
<b>2 Amemória.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 O envelhecimento e a memória .....</b>	<b>11</b>
<b>3 Algumas considerações sobre a Doença de Alzheimer .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Causas.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Sintomas .....</b>	<b>13</b>
<b>3.3 Diagnóstico.....</b>	<b>14</b>
<b>3.4 Tratamento .....</b>	<b>16</b>
<b>4 A neuropsicologia e o tratamento da Doença de Alzheimer .....</b>	<b>16</b>
<b>Metodologia.....</b>	<b>19</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>20</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>33</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>35</b>
<b>Referências.....</b>	<b>37</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>39</b>

## **Resumo**

Esta pesquisa buscou estabelecer as relações entre a neuropsicologia e a doença de Alzheimer (DA), bem como destacar as contribuições que neuropsicólogo pode oferecer no tratamento de portadores da DA. Para tal, foram elaborados questionários destinados a médico e neuropsicólogos que atuam no tratamento dessa patologia, além de uma revisão da literatura científica sobre assuntos pertinentes tais como: a neuropsicologia, o estudo da memória, a doença de Alzheimer (DA) e a atuação do neuropsicólogo no tratamento da DA. Observou-se que os conhecimentos da neuropsicologia são essenciais para o diagnóstico e o tratamento de demências, em especial na doença de Alzheimer. A neuropsicologia vem conquistando espaço e respeito de profissionais da saúde, além de receber reconhecimento por parte de pacientes e familiares. No entanto, ainda se faz necessária uma ampla divulgação da área na comunidade científica.

Palavras-chave: neuropsicologia; demência; doença de Alzheimer; memória; tratamento neuropsicológico.

## Introdução

O envelhecimento é um processo natural aos seres vivos, inclusive os humanos. Atualmente, com o aumento da expectativa de vida da população, a incidência de doenças neurodegenerativas vem aumentando dramaticamente nos últimos anos. Dentre essas doenças, estão as demências que constituem as patologias mais frequentemente apresentadas por essa população, o que as tornam um problema não somente dos idosos, mas de saúde pública.

A demência do tipo Alzheimer, que tem suas causas ainda desconhecidas, destaca-se como o quadro mais apresentado por idosos, uma vez que a probabilidade de desenvolver esta doença aumenta com o avanço da idade. Antigamente, essa patologia atingia indivíduos com idades em torno dos 80 anos. Os últimos estudos sobre o assunto apontam que daqui alguns anos, as doenças mentais e neurológicas serão uma das principais causas de morte no mundo. Alguns fatores que poderão causar este mal são o estresse e a pobreza, além do aumento da longevidade humana, o que acarretará no crescimento do número de casos da doença de Alzheimer e de outras doenças degenerativas do cérebro associadas à velhice. O aumento mundial da expectativa de vida, diretamente ligado ao desenvolvimento de doenças neurodegenerativas e a significativas alterações cognitivas, é apenas um dos fatores que justificam a urgência e importância dos estudos efetuados pela neuropsicologia.

Atualmente, a doença de Alzheimer (DA) tem desafiado a ciência em diversos aspectos. Existem várias hipóteses que explicam o seu surgimento, porém ainda não existe um consenso sobre as causas exatas dessa patologia. Além disso, a ciência não dispõe, ainda, de meios capazes de diagnosticá-la de modo inquestionável. Sendo assim, a DA é uma síndrome de difícil diagnóstico, dado que seus sintomas podem caracterizar diversos tipos de quadros demenciais, e de tratamento paliativo, ou seja, que visa lentificar a evolução da doença e amenizar os efeitos por ela gerados.

Com os limites existentes pelos atuais métodos de investigação cerebral e as perspectivas de um tratamento mais eficazes para essa patologia, a Neuropsicologia tem se destacado como um importante meio de estudo prático do cérebro humano, para a efetivação de um diagnóstico precoce e preciso das doenças cerebrais e de alterações das funções cerebrais superiores, bem como na utilização de técnicas auxiliares que potencializam o efeito medicamentoso.

A sofisticação dos métodos de neuroimagem nas últimas décadas possibilitou o avanço dos conhecimentos sobre as estruturas e as lesões cerebrais *in vivo* (Bueno & Oliveira,

2005). Esses métodos permitem à ciência, correlacionar o funcionamento cerebral com as síndromes neuropsicológicas e a evolução dos distúrbios cognitivos. A correlação de dados clínicos, anatômicos e funcionais, outrora somente podia ser obtida através de estudos de necropsias ou de achados neurocirúrgicos, métodos pouco satisfatórios para o entendimento da complexidade dos sistemas neuropsicológicos. Ao lado dos avanços conquistados pela neurocirurgia, neurofisiologia e pelas técnicas de diagnóstico por neuroimagem, a Neuropsicologia tem buscado clarificar a enigmática relação existente entre funcionamento cerebral e atividades psicológicas superiores tais como percepção, memória, linguagem, atenção, entre outras, considerando tanto as variáveis biológicas quanto as socioculturais e emocionais como constituintes do ser humano.

Com as técnicas de reabilitação cognitiva, área de pesquisa e atuação clínica dedicada a desenvolver e aplicar recursos objetivando melhorar a capacidade de pacientes que apresentam lesões cerebrais em processar e usar informação de modo a ter uma vida mais autônoma e satisfatória, os neuropsicólogos têm possibilitado aos portadores da DA e a seus familiares uma melhor qualidade de vida.

Sendo assim, ressalta-se a importância do conhecimento detalhado das relações cérebro-comportamento e da atuação de profissionais especializados para um diagnóstico mais preciso e uma orientação mais segura, uma vez que a doença de Alzheimer assume proporções cada vez maiores e leva a uma sobrecarga social e familiar.

## **1 Contextualizando a Neuropsicologia**

Kristensen & Almeida (2001) citando Bruce (1985) *apud* Mäder (1996), afirmam que a utilização do termo neuropsicologia ocorreu pela primeira vez no ano de 1913, em uma conferência nos Estados Unidos. Trazem ainda, que o termo psicologia fisiológica foi proposto por Wundt em seu livro publicado em 1874 e reeditado na Alemanha até 1911. Segundo a medicina de Hipócrates (460-355 a.C.), o cérebro era considerado a parte mais importante do corpo e a sede da inteligência. Para Galeno (129-200 a.C.) os nervos tinham origem no cérebro e na medula.

Segundo Lecours & Lhermitte (1983, *apud* Kristensen & Almeida, 2001, p. 262) *“Mesmo com os avanços decorrentes da pesquisa anatômica, os cientistas no século XVIII ainda consideravam o cérebro como um órgão homogêneo, que distribui energia vital para todas as partes do corpo atuando conforme a vontade do indivíduo”*.

Afirma Fraisse (1970, *apud* Kristensen & Almeida, 2001), que a revolução provocada pela teoria da evolução de Darwin, publicada em 1859, reorienta a psicologia para o funcionalismo. Com isso há um incentivo sobre a funcionalidade do inconsciente, com Freud, e do comportamento com Thorndike, Watson e Skinner, levando as discussões sobre a relação mente-cérebro entre as escolas psicológicas.

Kristensen e Almeida, (2001) apontam diversos estudos e pesquisas, realizadas entre os séculos XVII e XVIII, sobre afasia – transtorno da linguagem. Chamam atenção para o fato de como os achados referentes a esta época contribuíram para o surgimento da neuropsicologia. Destacam como precursor Franz Joseph (1758 – 1828) que conseguiu colocar a relação entre afasia e cérebro em primeiro plano. Para eles, seus estudos são considerados tais como uma linha de trem que interligam se a outras linhas, ou seja, ponto no qual vias históricas se inter cruzam. Gale foi um anatomista, conhecedor da fisiologia cerebral. Indicou o cérebro como peça central necessária e essencial no exercício das faculdades. Para ele, era clara a relação entre transtornos afásicos e lesão cerebral.

Segundo Lecours e Lhermitte (1983, *apud* Kristensen & Almeida, 2001, p. 263) “*a neuropsicologia, definida como o estudo do comportamento em relação à anatomia e fisiologia do cérebro, avançará pelas mãos dos seguidores de Gall*”. Então, como destaca Andrade e Santos (2004), o construto teórico da neuropsicologia surgiu da convergência de algumas ciências tais como: medicina, fisiologia e psicologia.

Outro marco importante para a consolidação da neuropsicologia como ciência foi a união entre a neuropsicologia e a psicologia cognitiva nos anos 80. Essa união deu origem a uma série de pesquisas, publicações e eventos. Porém, a neuropsicologia continuou a estudar o funcionamento cerebral e a psicologia cognitiva a efetuar análises teóricas e hipotéticas do comportamento humano, no entanto, de forma mais ágil e precisa (Andrade & Santos, 2004).

Kristensen e Almeida (2001) relatam que o médico neurologista Antônio Lefèvre (1916-1981) foi um dos pioneiros no estudo da neuropsicologia no Brasil. Relatam ainda, que o termo neuropsicologia aparece em duas de suas obras: *Estudo Neuropsicológico da Afasia em Crianças* (1976) e *Estudo Neuropsicológico de uma Criança com Síndrome Convulsiva e Dificuldades no Aprendizado Escolar (Dislexia)* (1980). Como ressalta Bertolucci (2004, p. VIII) “*O reconhecimento da neuropsicologia como um campo específico das neurociências é fenômeno mais ou menos recente no Brasil, mas o curioso é que a atuação de profissionais nesta área vem de um longo período anterior*”.

No Brasil, a neuropsicologia foi regulamentada, recentemente, pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da Resolução de nº. 002/2004, que reconhece profissionais como especialistas quando comprovados registro e titulação (Andrade & Santos, 2004).

Alchieri, (2004, p. 14) destaca que *“Ao tomarmos a necessidade de definir uma prática profissional e suas características como parte de um processo de conhecimento, a primeira questão a ser colocada está em representar suas especialidades distintas e, logicamente, entendermos suas limitações”*. Nesse sentido, podemos definir que a neuropsicologia é uma especialidade da psicologia, que tem como objeto de estudo investigar e correlacionar as relações entre o funcionamento cerebral e as atividades psicológicas superiores, tais como percepção, memória, linguagem e atenção (Andrade & Santos, 2004).

Neste estudo, que tem como tema o papel profissional do neuropsicólogo no tratamento da Doença de Alzheimer (DA), nos ateremos ao estudo da memória que é o principal sintoma envolvido na DA.

## **2 A Memória**

*“Possuir lembranças é importante também para que haja autoconsciência, pois, em certo sentido, o ser humano é o resultado de suas memórias. Aquilo que se chama de “eu” não é senão o conjunto de memórias que se carrega na vida” (Cantarino & Pereira, 2004, pág.167).*

Sob alguns aspectos, conforme Myers (1999) a memória humana se parece com um sistema de processamento de informações de um computador, ou seja, para lembrar algum evento faz-se necessária a entrada da informação no cérebro (codificação), a conservação dessa informação (arquivamento) e mais tarde a saída (recuperação). Atualmente, esses processos são denominados como aquisição, armazenamento e recuperação. A aquisição envolve a percepção e a atenção, pois é necessário que aprendamos a informação a ser memorizada. O armazenamento é a gravação da informação a ser lembrada no sistema nervoso. A recuperação é a retirada da informação a ser lembrada de seu lugar de armazenamento (Cantarino & Pereira, 2004).

Segundo Kristensen e Almeida (2001), Albrecht von Haller interessou-se pelas localizações cerebrais e definiu a memória como sendo a persistência das impressões sobre a substância cerebral. Segundo Tortora (2000, p. 237) “*as porções do encéfalo consideradas como associadas à memória incluem o córtex de associação dos lobos frontal, parietal, occipital e temporal, partes do sistema límbico e o diencéfalo*”.

Sé, Queroz e Yassuda (2004) afirmam que a memória possui diversos tipos de classificação, tais como memória sensorial e memórias de curto e longo prazo. A memória sensorial armazena, por um rápido período, as informações propiciadas por estímulos externos. A memória de curto prazo armazena memórias que duram poucos segundos ou minutos. A memória de longa duração armazena memórias por um longo período de tempo.

Existem diversas pesquisas que giram em torno da memória, porém ainda não existe uma teoria única que conseguiu delimitar todos os processos e estruturas cerebrais envolvidos na memória humana. Como destacam Bueno e Oliveira (2004), “*As teorias existentes, muitas delas se sobrepondo em grande parte, têm guiado as pesquisas, mas estão sujeitas a modificações e acréscimos, e têm mudado de fato*” (pág. 155).

## **2.1 O envelhecimento e a memória**

Atualmente, inúmeros estudos têm buscado explicar os motivos em que levam, com o envelhecimento, o declínio da memória. Segundo Schaie e Willis (1996, *apud* Leão Júnior & Resende, 2004), o déficit de memória nos idosos ocorrem devido a alguns fatores: alterações neurológicas, baixa estruturação ambiental, queda na motivação, baixa auto-estima, baixo senso de controle pessoal, depressão, abuso de substâncias psicoativas, dentre outros. Esses fatores isoladamente ou em conjunto podem acarretar em declínio da memória. Brucki (2004) destaca que “*Teorias neuropsicológicas recentes convergem para a idéia de que o processo de senectude envolve de modo mais intenso e rápido as regiões frontais cerebrais, corroborando como os achados de testes neuropsicológicos*” (p. 395).

Sé et. al (2004) citam que, do ponto de vista fisiológico, com o envelhecimento normal, as mudanças mais significativas que na estrutura cerebral são: redução de neurônios e atrofia das áreas corticais e subcorticais nos lobos frontais e temporais. Ocorre ainda, acúmulo de proteínas  $\beta$ -amilóide nas células nervosas e nos vasos sanguíneos que matam os neurônios e formam placas senis e emaranhados neurofibrilares compostos de proteínas *tau*.

O declínio de memória é uma das principais queixas apresentadas pelos idosos (Brucki, 2004). Kraul (1962, *apud* Brucki, 2004) tentou diferenciar os quadros de perda da memória apresentados pelos idosos, distinguindo a perda normal da memória, da perda causada por algum tipo de demência. Ele denominou esses processos de “esquecimento benigno da senescência” e “esquecimento maligno”. Crook et. al. (1986, *apud* Brucki, 2004), cita que em 1968 foi publicado critérios para diagnosticar a perda de memória associada à idade (PMAI) que é conhecido como declínio cognitivo leve (DCL).

Nos dias de hoje, o conceito de DCL tem estado muito presente nos trabalhos e pesquisas realizadas pelas neurociências, pois é importante que se consiga diferenciar a DA em estágio inicial do envelhecimento normal. Petersen et al. (2001, *apud* Brucki, 2004) descreve que para padronizar essa diferenciação, a Academia Americana de Neurologia publicou alguns parâmetros para se diagnosticar a DCL e recomendou que antes de diagnosticar a DCL, fosse feito o uso de entrevista clínica, aplicação de testes cognitivos de rastreio e efetuar uma avaliação psicológica.

### **3 Algumas considerações sobre a Doença de Alzheimer**

A Doença de Alzheimer (DA) foi descoberta pelo médico alemão Alois Alzheimer no ano de 1907, e é uma patologia neurodegenerativa que tem como um de seus principais sintomas o declínio progressivo da memória (Smith, 1999).

Atualmente, a longevidade humana tem gerado um aumento do desenvolvimento de doenças degenerativas do cérebro. A Doença de Alzheimer (DA) é o tipo de demência mais freqüente, sendo, portanto, um dos mais importantes problemas da saúde pública (Fridman et al., 2004). A DA é uma doença de acometimento tardio, que atinge indivíduos com cerca de 60 anos de idade, porém existem casos de pacientes diagnosticados com 40 anos de idade (Smith, 1999).

#### **3.1 Causas da DA**

As causas da DA ainda são desconhecidas. Atualmente, sabe-se que neurônios morrem pelo acúmulo de proteínas que não são normalmente encontradas no cérebro, tanto dentro

como fora dos neurônios, que são as proteínas tau e  $\beta$ -amilóide, respectivamente. Os acúmulos dessas proteínas, causam dois tipos de lesões:

1. A formação de grandes placas senis da proteína  $\beta$ -amilóide;
2. A formação de um emaranhado neurofibrilar, ou nós nas estruturas neuronais, compostos da proteína *Tau* hiperfosforiladas (Fridman et al., 2004).

A ciência, portanto, já identificou as lesões ocorridas em pacientes com DA. Porém, não se sabe se essas lesões são causas ou conseqüências do desenvolvimento da DA (Fridman et al., 2004).

Existem várias hipóteses etiológicas para o desenvolvimento da DA. O fator genético é considerado como essencial, pois estudos de DA familiar demonstram a existência de componentes genéticos importantes para o aparecimento da doença (Fridman et. al., 2004). Além dos fatores genéticos existem fatores etiológicos relacionados a DA, tais como: a toxicidade a agentes infecciosos, ao alumínio, a radicais livres de oxigênio, a aminoácidos neurotóxicos e a ocorrência de danos em microtúbulos e proteínas associadas (Smith, 1999). A autópsia de cérebros de pacientes com DA tem gerado várias teorias das causas que geram essa patologia, porém ainda não um consenso (Fridman et al., 2004).

Portanto, a ciência já conseguiu identificar os processos envolvidos na DA, porém o que não se sabe é como e porque se inicia esse processo, o que dificulta ainda mais o desenvolvimento de uma cura.

### **3.2 Sintomas da DA**

Problemas de memória costumam ser os primeiros e mais evidentes sintomas da DA. O déficit de memória compromete a realização das atividades de vida diária (AVD) dos pacientes e uma conseqüente perda de sua qualidade de vida (Ávila, 2003).

Além do déficit de memória, pode-se observar a presença de outros sintomas que comprometem a capacidade cognitiva desses pacientes, tais como declínio em habilidades intelectuais como a linguagem, percepção, atividades motoras, abstração, capacidade de planejamento e alterações de comportamento (Almeida & Crocco, 2000).

Cabe ressaltar que a perda progressiva da função cognitiva não é uma característica exclusiva da DA e pode acontecer, inclusive, no processo de envelhecimento normal. Atualmente, o conceito de declínio cognitivo leve (DCL) tem sido bastante utilizado pela

ciência, devido a necessidade de se fazer distinção entre a DA em estágio inicial do envelhecimento normal da memória (Brucki, 2004).

Atualmente, divide-se a DA em três estágios: leve, moderada e grave. Na fase leve, o paciente mostra queda significativa no desempenho de tarefas cotidianas, porém ainda consegue se manter independente. Na fase moderada, devido a um maior comprometimento intelectual o paciente passa a necessitar de assistência para realizar atividades cotidianas. Na fase grave, o paciente necessita de assistência integral para todas as atividades (Bottino et al., 2002).

Pode-se observar que à medida que a doença evolui, os pacientes tornam-se cada vez mais dependentes dos familiares e cuidadores, pois ocorre o aumento das dificuldades do paciente, fazendo com que eles necessitem de supervisão integral para suas atividades comuns de vida diária (AVD).

### **3.3 Diagnóstico**

Não existe um teste ou um exame específico capaz de diagnosticar de forma inquestionável a DA em pacientes vivos (Abrisqueta-Gomez, 2004). O diagnóstico definitivo só pode ser feito através de exame patológico (biópsia do tecido cerebral), conduta não realizada quando o idoso ainda está vivo. Segundo o DSM-IV, devido às dificuldades de se obter evidências patológicas diretas da presença da DA, o diagnóstico só pode ser feito quando outras etiologias para quadros demenciais forem completamente descartadas. Desse modo, o diagnóstico de provável Demência do tipo Alzheimer é feito excluindo outras patologias que podem evoluir também com outros quadros demenciais. Portanto, o diagnóstico *in vivo* é feito baseado na apreciação clínica, exames de imagem e avaliação neuropsicológica (AN) do paciente (Abrisqueta-Gomez, 2004).

Atualmente, a avaliação neuropsicológica é primordial para a efetuação do diagnóstico de quadros demenciais, em especial, da DA. Devido a esse fato, foram desenvolvidas diversas pesquisas neuropsicológicas na busca de compreender melhor esta patologia. Com base nessas pesquisas já existem critérios padronizados que ajudam na efetuação do diagnóstico (Abrisqueta-Gomez, 2004).

Essa avaliação é feita por meio de testes e de uma avaliação clínica do estado do paciente, bem como de seu histórico de vida. A avaliação neuropsicológica visa mapear os

vários aspectos do cérebro humano, em busca de possíveis pistas de alterações cognitivas, de comportamento e de dificuldades em atuação nos vários aspectos.

Abrisqueta-Gomez (2004), ressalta que:

*Apesar da AN no diagnóstico clínico da demência estar mais focalizada no estudo das funções cognitivas, um aspecto que não podemos ignorar é o da grande variedade de alterações de humor, comportamento e déficit funcional (nas atividades de vida diária) que apresenta os pacientes portadores de demência e que são variáveis nos diferentes tipos de patologia. Portanto, o uso de escalas, listas, questionários e instrumentos que avaliem estes aspectos é de especial interesse na prática clínica e poucos projetos prescindem de sua utilização como parte do diagnóstico neuropsicológico (p. 407).*

Além disso, a avaliação neuropsicológica tem como objetivo classificar o grau em que a doença se encontra, a fim de auxiliar na determinação do tratamento a ser ministrado em cada caso (Abrisqueta-Gomez, 2004). Essa medida possibilita que o paciente se beneficie de um tratamento adequado, ou seja, que minimize os efeitos da doença dada a sua limitação específica.

Cabe salientar que é de extrema importância que o diagnóstico seja efetuado por profissionais especializados, pois além de não existir um exame capaz de detectar a DA, existem problemas em avaliar se os sintomas apresentados, principalmente o déficit de memória, é consequência da DA ou se existem outras causas (Ávila, 2003). Outra fonte de coleta de dados que auxilia no diagnóstico da DA é por meio de uma entrevista com a família e/ou cuidadores. Essas pessoas podem relatar situações que indiquem a presença do declínio das funções cognitivas e das limitações funcionais do paciente (Almeida & Crocco, 2000).

Ávila (2003) salienta que “quanto mais cedo for feito o diagnóstico de DA e mais cedo o tratamento for iniciado, melhores resultados serão obtidos, pois o paciente poderá manter-se em um nível cognitivo e funcional mais elevado. Isso possibilitará ainda que o paciente permaneça mais tempo independente, evitando inclusive maiores sobrecargas a seus familiares” (p. 145).

### 3.4 Tratamento

Como já citado, ainda não se descobriu a cura da DA. Atualmente, o tratamento é realizado por equipe multidisciplinar, ou seja, envolve diversos tipos de profissionais e diversas técnicas além do tratamento medicamentoso. Segundo, Bottino et al. (2002) o tratamento multidisciplinar é um complemento para o tratamento farmacológico na DA.

Conforme descrito por Ávila (2003) “(...) os tratamentos disponíveis atualmente visam à melhora cognitiva e diminuição de sintomas comportamentais. Isso é alcançado por meio de medicação e técnicas cognitivas de reabilitação, além de informações sobre a doença e o apoio a familiares e cuidadores” (p. 140).

De Vreese et al. (2001, *apud* Ávila, 2003), destacam que, atualmente, o tipo de medicação utilizada no tratamento da DA são os inibidores de acetilcolinesterase (AChE-I). Estes medicamentos têm apresentados, ao longo do tratamento, bons resultados no que se refere a funções cognitivas e desempenho na realização das AVDs desses pacientes. De Vreese et al. (2001, *apud* Bottino et al., 2002) destaca ainda, que a associação entre o tratamento medicamentoso a estratégias de reabilitação cognitiva podem potencializar o efeito da medicação, e gerar melhores resultados.

Bottino et al. (2002) descreve que as técnicas mais utilizadas hoje em dia são: treinamento cognitivo, técnica para melhor estruturação do ambiente, orientação nutricional, programas de exercícios físicos, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores.

## 4 A neuropsicologia e o tratamento da DA

A neuropsicologia tem uma função a desempenhar em todos os fatores envolvidos na DA. Inicialmente, a DA desempenha importante papel na definição do diagnóstico, através da análise das avaliações neuropsicológicas e do histórico clínico e comportamental do paciente. Determinar o grau de severidade do quadro apresentado pelo paciente também é uma função do neuropsicólogo. Quanto ao tratamento, tendo como base a avaliação feita do paciente, a neuropsicologia contribui com a determinação de técnicas a serem administradas com o intuito de estimular o funcionamento da atividade cerebral do paciente visando lentificar a perda da memória, bem como auxiliar o paciente e seus familiares e/ou cuidadores a desenvolver estratégias para lidar com a doença e oferecer uma melhor qualidade de vida a ambos. No que se refere ao tratamento farmacológico, a neuropsicologia atua na comprovação

da eficácia dos medicamentos. O neuropsicólogo avalia ainda, os resultados obtidos ao longo do tratamento o que possibilita analisar a eficácia ou não do tratamento (Abrisqueta-Gomez, 2004).

A neuropsicologia tem conseguido bons resultados com a utilização da reabilitação neuropsicológica (RN), que segundo a definição de Mc Lellan (1991, *apud* Ávila, 2003, p. 140) “A RN 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” (pág 140). Desse modo, a RN engloba diversos fatores, tais como alterações físicas e cognitivas, ambiente em que vivem e a história de vida desses pacientes. Além disso, a RN não trabalha somente com o paciente, ela trabalha também com os familiares e/ou cuidadores que convivem com paciente (Ávila, 2003). Abrisqueta-Gomez (2004) destaca que a realização de atendimento e acompanhamento familiar é essencial para o tratamento.

Bottino et al. (2002) descrevem que as técnicas mais utilizadas na RN são: repetição e treinamento, estratégias de aprendizagem e estratégias compensatórias.

As técnicas de repetição e treinamento são exercícios de memória, que tem como objetivo proporcionar melhoras do funcionamento mnéstico, e, conseqüentemente, estabelecer o uso eficiente da memória. Normalmente, essas técnicas são utilizadas com pacientes que encontram-se nas fases iniciais da DA, pois o principal déficit cognitivo ocorre na memória de curto prazo (Bottino et. al. 2002).

As estratégias de aprendizagem técnica visam melhorar os processos de aquisição, armazenamento e recuperação das informações aprendidas. Essas técnicas trabalham a memória de longo prazo, pois nessa fase da doença o paciente já encontra dificuldades não só de adquirir e armazenar novas memórias mas também de recuperar memórias antigas (Bottino et. al. 2002).

As estratégias compensatórias visam fornecer ao paciente, recursos externos que o auxiliem na realização de atividades. Os recursos mais utilizados são: agendas, cartazes, bloco de notas, despertadores, dentre outros (Bottino et. al. 2002).

Segundo Bottino et. al. (2002), essas técnicas apresentam diversas limitações, pois os pacientes respondem a elas de formas bastante diversificadas, ou seja, alguns apresentam melhoras significativas, outros sequer respondem ou conseguem executar as atividades de forma adequada. Mesmo com essas limitações, de uma forma geral os resultados mostram que essas técnicas podem contribuir bastante no tratamento e na desaceleração da evolução da doença.

Podemos destacar três tipos de terapia específicas, utilizadas no tratamento da DA para estimular não somente à atividade cerebral, mas também a motivação do paciente e de suas famílias e/ou cuidadores. A terapia de orientação para a realidade (OR) apresenta ao paciente, informações sobre a realidade de forma organizada e contínua. Essa atividade cria estímulos ambientais que facilitam a orientação do paciente. Essa terapia estimula melhorias na comunicação, e, conseqüentemente motivação para o paciente interagir com as pessoas. Como variação da OR, tem-se a terapia de reminiscência que estimula a recuperação de memórias da juventude do paciente. Para tal, faz-se uso de fotos, músicas, figuras, dentre outros. Além da recuperação de memórias, essa terapia estimula também uma maior socialização do paciente. A terapia com as famílias e os cuidadores tem se mostrado fundamental para o tratamento da DA. Ela possibilita que estes lidem melhor com suas emoções, bem como as dificuldades em cuidar dos doentes. Cabe salientar, que os portadores da DA dependem de cuidados especiais, sendo as famílias as maiores responsáveis em propiciar-lhe condições necessárias para uma boa qualidade de vida (Bottino et. al., 2002).

## **Metodologia**

### ***Participantes***

A pesquisa foi realizada com um médico geriatra e quatro neuropsicólogos, que trabalham com o tratamento de pacientes portadores da Doença de Alzheimer.

### ***Material***

Foram aplicados dois questionários elaborados pela pesquisadora. O primeiro questionário (Anexo 1), foi elaborado com o objetivo de traçar o perfil do tratamento de pacientes portadores da doença de Alzheimer no Centro de Referência e Assistência ao Idoso e Portadores da doença de Alzheimer do Hospital Universitário de Brasília – HUB. O segundo questionário (Anexo 2) foi elaborado com o objetivo de descrever o papel profissional desempenhado pelo neuropsicólogo e identificar as contribuições oferecidas pela neuropsicologia no tratamento da doença de Alzheimer.

### ***Procedimento***

Primeiramente, foram elaborados os questionários que tiveram como base os objetivos da pesquisa. Para a entrevista, foram selecionados profissionais que atuam no tratamento de quadros demenciais. A identificação desses profissionais foi feita por meio de trabalhos publicados, credenciamento no Conselho Regional de Psicologia – 1ª Região, e local de trabalho. Esses profissionais foram contactados, pela pesquisadora, via telefone e/ou e-mail.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas realizadas no Hospital Universitário de Brasília – HUB e com o envio do questionário e o recebimento das respostas por e-mail.

Após a coleta de dados, as entrevistas realizadas pessoalmente, foram transcritas e tiveram suas respostas sintetizadas. Os questionários respondidos por e-mail tiveram suas respostas mantidas na íntegra. Os dados coletados foram analisados sob uma óptica qualitativa e correlacionados com as informações coletadas na literatura.

## **Resultados**

A pesquisa realizada ocorreu no período de 26 de abril a 15 de maio de 2005. Foram entrevistados um médico geriatra e quatro neuropsicólogos que atuam no tratamento de demências, incluindo a doença de Alzheimer. Duas entrevistas foram feitas diretamente pela pesquisadora sendo estas gravadas e transcritas e as demais foram enviadas aos profissionais e respondidas via e-mail.

*Instituição:* Hospital Universitário de Brasília – HUB/UnB

*Clínica:* Centro de Referência e Assistência ao Idoso e Portadores da doença de Alzheimer.

*Responsável:* Dr. Renato Maia

*Data:* 26/04/2005

1. *Atualmente, quantos pacientes portadores de Alzheimer são acompanhados por esta Instituição?*

O Centro tem registrado cerca de 400 pacientes. Desses 400, nem todos tem a doença de Alzheimer. Eles nos procuram porque estão esquecidos, até mesmo com demência. Temos na verdade cerca de 200 pacientes, em que podemos afirmar que apresentam realmente a doença de Alzheimer, fazendo alguma forma de atividade ou recebendo algum serviço nosso.

2. *A equipe é composta por quantos profissionais e quais suas especialidades?*

O tratamento aqui é baseado na multi-interdisciplinaridade. Esse é um conceito sobre o qual esse Centro se sustenta. De um modo geral, temos nove avaliações presentes ou profissionais presentes (enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, medicina, dentista, farmácia, psicologia clínica, neuropsicologia). Nossa equipe técnica consiste, praticamente, em cerca de 9 a 10 avaliações. Porém as nossas atividades extrapolam esse número, pois temos também a arte-terapia, musico-terapia, terapia com animais, que não são avaliações e sim serviços que ajudam no tratamento. Portanto, os nossos de serviços são os mais flexíveis possível.

A quantidade de profissionais por especialidade varia muito, mas temos em média três pessoas em cada área, o que faz dizer que nós temos mais de 30 pessoas trabalhando no Centro. Cabe salientar que cerca de 80% desses profissionais são voluntários.

3. *Quais são as técnicas utilizadas para o tratamento desses pacientes?*

A primeira atitude nossa é uma avaliação do paciente. Primeiro, é a confirmação do diagnóstico ou não. Se for caracterizado/apresentado o quadro inicial, o diagnóstico referencial da demência, nós vemos se (o paciente) preenche os requisitos que possam se beneficiar por medicamentos e instituímos então, a terapêutica específica.

Aqueles que não podem se beneficiar de medicamentos ou se a situação for muito grave nós procuramos dar outra forma de atenção, através de visitas domiciliares, que é uma medida mais educativa do que assistencial. Prestamos assistência ou ofertamos a

possibilidade de serviços para os cuidadores, pois esses pacientes em estado grave são os que mais apresentam problemas emocionais, estresse, depressão. Se julgarmos que o paciente tem a possibilidade de ter benefícios nos trabalhos em grupos, eles fazem parte do hospital dia. São sessões que permanecem por oito semanas nas quais os pacientes recebem os mais diversos tipos de terapia e o objetivo é uma melhoria geral do quadro.

Todos os pacientes, sejam do estágio leve, moderado ou grave, recebem assistência médica gratuita. Então, nossa atividade com o doente é assistência médica permanente, atividades no hospital dia para aqueles que podem participar de nossos grupos de apoio e para os familiares nos temos grupos de apoio. Para os pacientes muito incapacitados temos a possibilidade de visita domiciliar. É uma gama de serviços muito grande, que nós julgamos necessária para esse tipo de doença porque não só atinge os pacientes, mas também as famílias.

#### *4. Os resultados obtidos a longo do tratamento são satisfatórios? Por quê?*

Acredito que mais do que satisfatórios. A doença de Alzheimer é uma doença crônica, progressiva e que não tem cura. Obviamente nosso conceito de tratamento, que não é baseado na cura ou na paralisação da doença, é primeiro na redução do declínio cognitivo. Com o apoio às famílias, que atua criando alternativas para reduzir o impacto da doença sobre os pacientes suas famílias, temos um sentimento de reconhecimento pelo trabalho que é feito com os pacientes que passaram pelo nosso grupo-terapia e pelo grande número de atividades sociais que fazemos. Então de um modo geral, nós temos um grande reconhecimento dos pacientes e da família.

#### *5. Quais as perspectivas de aprimoramento e melhorias no tratamento?*

Nosso Centro é extremamente aberto a qualquer sugestão e renovação, desde que beneficie o paciente. Então, nós estamos sempre abertos a isto, nós estamos sempre recebendo contribuições, sugestões e no momento o que mais nos mobiliza é ampliarmos a assistência domiciliar e proporcionar um treinamento para os cuidadores. Com o passar do tempo, grande número de pacientes ficam restritos a casa e não podem ser abandonados. Portanto, nesse momento, o ponto que gostaríamos de crescer mais seria a assistência domiciliar. Devemos começar, ainda este semestre, o treinamento de cuidadores. Então seria aumentar a assistência domiciliar e começar a capacitar cuidadores de idosos para que isto possa ter um impacto favorável nos pacientes idosos e particularmente no paciente com demência.

6. *Como é feito o diagnóstico da Doença de Alzheimer? Quais as perspectivas de avanços para a detecção da doença ainda em um estágio inicial?*

Atualmente, não existe nenhum exame específico que dê o diagnóstico, porém acredito que em breve surgirão marcadores da doença de Alzheimer que possam possibilitar e identificar os casos mais precocemente. Nem a ressonância magnética, nem a tomografia, eletroencefalograma, nem exame de líquido, nem exame de sangue, nada disso. Um erro comumente feito pela clínica neurológica é dar um diagnóstico de Alzheimer baseado apenas em informações obtidas por meio da ressonância magnética. O diagnóstico da doença de Alzheimer deve basear-se em exames, entre eles um exame de imagens, algumas provas como dosagem de vitamina B-12, ácido fólico, avaliação tireoidiana e outros, mais fundamentalmente na avaliação clínica do paciente. Para essa avaliação clínica, é necessária uma avaliação neuropsicológica para determinar o estágio da doença.

Portanto, o médico terá que considerar todos os aspectos e particularmente a avaliação clínica, para que ele possa ter o diagnóstico de Alzheimer e ainda assim é difícil, pois hoje em dia com a divulgação da doença de Alzheimer existe também uma tendência, até mesmo de médicos, em dar o diagnóstico sem obedecer a determinados requisitos. Muitas vezes a pessoa está esquecida e procura o médico, mas ela não preenche os requisitos da doença de Alzheimer, apesar de poder vir a desenvolver no futuro. Neste momento, não se pode falar em doença de Alzheimer.

Eu recomendo muito incisivamente a uma pessoa que tem diagnóstico de doença de Alzheimer hoje, deve ouvir uma segunda opinião. O diagnóstico precoce é algo que temos que buscar constantemente. Acredito que em breve surgirão marcadores da doença de Alzheimer que possam possibilitar e identificar casos mais precocemente.

7. *O senhor acredita que ainda ocorrerão avanços no tratamento?*

Quanto a intervenção medicamentosa o prognóstico não é tão otimista, isto porque a doença de Alzheimer é uma doença, embora ela tenha concentrações mais específicas no cérebro como o hipocampo, ela tem acometimento difuso. Sou muito otimista em relação a medicamentos que possam ter um impacto grande na doença de Alzheimer já avançada, mais acho que nos próximos 10 anos nós teremos acesso a medidas e novos medicamentos que possibilitem atrasar a doença. Até então, uma meta razoável seria trabalhar dentro dos próximos 5 anos em atrasar a doença em 5 anos, e nos próximos 10 anos conseguir atrasar a evolução da doença em outros 10 anos. Acho que atrasar, lentificar, retardar o avanço da doença é uma possibilidade. A cura ainda é algo muito distante.

1. *Qual a função desempenhada pelo neuropsicólogo no tratamento de paciente portadores de Alzheimer?*

O neuropsicólogo, no nosso ambulatório, tem 3 principais papéis: 1º - Efetuar uma avaliação neuropsicológica, através de testes neuropsicológicos, nos pacientes para obter um perfil cognitivo, ou seja, se ele está demenciado ou não. 2º - Trabalhar em termo de reabilitação neuropsicológica, em oficinas temáticas. As oficinas visam através da utilização de estímulos (cores, fotos, músicas, cartas, etc) estimular o paciente a fazer associações destes estímulos com algum fato de sua história de vida e às experiências presentes que eles estão tendo. 3º - Envolve a educação, com os chamados grupos psico-educativos, onde os cuidadores são orientados a respeito da doença, o que é, como ela ocorre, o porquê da doença, etiologia, fatores de risco, como a doença desenvolve, quais são os estágios. As aulas são feitas a fim de viabilizar a aceitação da doença e de possibilitar uma melhor qualidade de vida tanto para o paciente quanto para a família.

2. *Atualmente, quais as técnicas utilizadas pelo neuropsicólogo no tratamento? Quais os resultados obtidos?*

O neuropsicólogo trabalha muito com associações, reminiscências, para tentar fazer uma reabilitação que envolva memórias de fatos recentes. Faz uso também, de técnicas de orientação no espaço (uso de agendas, de grades de horário, de fotografias tiradas durante as atividades, etc) e de socialização, como por exemplo, passear.

O primeiro resultado que tem é, claramente, a melhoria da qualidade de vida. A partir do momento que se educa a família para enfrentar a doença, começa-se a lidar com ela de uma forma mais natural, o que gera uma melhor preparação no trato com o doente. Na prática observamos que se a família percebe que tem um papel participativo no tratamento o idoso melhora muito, pois ele se adapta à situação, torna-se mais simpático e comunicativo, interagindo mais com a família e com o meio, dadas sempre, as suas limitações.

A segunda melhora é em nível de auto-estima dos idosos, pois com a reabilitação, eles começam a se auto-orientar. As técnicas utilizadas favorecem aos pacientes ter o acerto, pelo menos ali naquele momento, e isto favorece a auto-estima.

A terceira melhora ocorre em nível fisiológico. A utilização de medicamentos, receitados pelo médico, associados ao trabalho reabilitação cognitiva, pode fazer com que esse medicamento responda melhor a termos fisiológicos. Temos a idéia de que a própria técnica estimula o cérebro e estimulando o cérebro pode estimular os neurotransmissores. Se esse paciente está medicado, as duas coisas juntas favorecem uma melhora maior. Se ele não está medicado, não necessita medicação, acredita-se também que o cérebro pode responder. O cérebro é plástico, resistente. A neurociência acredita nisso.

3. *Com relação ao diagnóstico da doença, a que se deve a importância de uma avaliação neuropsicológica?*

Só os testes psicológicos não são suficientes para diagnosticar a doença. Para fazer um diagnóstico em nível cognitivo é preciso ter conhecimentos da parte fisiológica envolvida na história geriátrica de pacientes idosos para não confundir a Doença de Alzheimer com outros tipos de demências ou até mesmo com o envelhecimento normal da memória. Portanto, é através da história clínica e de outros correlatos que se pode fazer associações para diagnosticar se o paciente está com alguma demência ou não.

4. *Em quais aspectos a neuropsicologia tem contribuído no tratamento desses pacientes?*

As técnicas utilizadas pela neuropsicologia podem ativar o cérebro e com isso lentificar o desenvolvimento da doença. O neuropsicólogo deve acompanhar toda a evolução da doença para definir, junto a equipe, o tratamento mais adequado para o paciente dada sua evolução. A neuropsicologia oferece ainda um grande auxílio às famílias.

5. *Na sua opinião, o papel desempenhado pelo neuropsicólogo está bem definido perante os profissionais de saúde e os pacientes?*

Entre as equipes já melhorou muito. Eles já sabem que o neuropsicólogo é necessário para a avaliação e para a reabilitação. São vários profissionais necessários para se trabalhar com o idoso e cada um já sabe seu papel.

6. *Quais as perspectivas da neuropsicologia para o aprimoramento das técnicas utilizadas, e, por conseguinte a melhoria da qualidade e eficácia do tratamento?*

Perspectivas de melhorias existem em toda área, em Alzheimer também. A ciência caminha para isso. Ao avaliar os resultados as perspectivas são sempre boas, em todos os

sentidos não só para Alzheimer, mas para que pacientes com lesões cerebrais possam ter melhor qualidade de vida mesmo com algumas de suas capacidades perdidas. As pesquisas com células tronco, também podem ajudar em Alzheimer, na parte de medicação e muita coisa pode mudar.

1. *Qual a função desempenhada pelo neuropsicólogo no tratamento de paciente portadores de Alzheimer?*

O neuropsicólogo pode, com a avaliação neuropsicológica, contribuir para o diagnóstico do quadro de demência, para o diagnóstico diferencial e para programação da reabilitação com o objetivo de manutenção do nível de funcionamento atual do paciente.

2. *Atualmente, quais as técnicas utilizadas pelo neuropsicólogo no tratamento? Quais os resultados obtidos?*

Na reabilitação neuropsicológica utilizamos exercícios de atenção, com cancelamento, atenção dividida (verbal e visual) e, para memória, aprendizagem sem erro. Orientamos os familiares a utilizarem a técnica de orientação para a realidade e de reminiscências.

3. *Com relação ao diagnóstico da doença, a que se deve a importância de uma avaliação neuropsicológica?*

É bem importante poder diferenciar quadros de depressão dos de demência, saber o perfil neuropsicológico do quadro demencial visto e ter uma noção do estágio em que se encontra o curso da doença.

4. *Em quais aspectos a neuropsicologia tem contribuído no tratamento desses pacientes?*

Nos citados acima. Além da orientação para cuidadores e familiares sobre aspectos cognitivos e comportamentais do paciente.

5. *Na sua opinião, o papel desempenhado pelo neuropsicólogo está bem definido perante os profissionais de saúde e os pacientes?*

Aqui em Joinville tenho certeza de que o papel do neuropsicólogo é bem reconhecido pelos neurologistas e pelos terapeutas ocupacionais, mas ainda é necessário maior reconhecimento de outros profissionais da área da saúde.

6. *Quais as perspectivas que da neuropsicologia para o aprimoramento das técnicas utilizadas, e, por conseguinte a melhoria da qualidade e eficácia do tratamento?*

São muito boas. Estão começando agora estudos controlados sobre reabilitação neuropsicológica através dos quais as técnicas poderão ser cada vez mais aprimoradas.

1. *Qual a função desempenhada pelo neuropsicólogo no tratamento de paciente portadores de Alzheimer?*

Pode-se considerar como função do neuropsicólogo no tratamento da DA: acolhimento, avaliação neuropsicológica, repasse dos dados obtidos em discussão de caso com a equipe, esclarecimento da patologia e orientação aos familiares e pacientes, elaboração de plano de treinamento visando potencializar as funções superiores objetivando o máximo de independência na AVDs, trabalhar a adesão ao tratamento e enfrentamento dos sintomas e suas conseqüências, acompanhamento quantitativo e qualitativo da evolução de cada caso.

2. *Atualmente, quais as técnicas utilizadas pelo neuropsicólogo no tratamento? Quais os resultados obtidos?*

O neuropsicólogo tem como instrumento a Avaliação Neuropsicológica, a Estimulação Cognitiva e a Reabilitação Neuropsicológica. O resultado do tratamento depende dentre outros fatores, da adesão dos familiares. A DA ainda é uma doença degenerativa tratável, mas sem cura, as intervenções visam protelar a evolução do quadro.

3. *Com relação ao diagnóstico da doença, a que se deve a importância de uma avaliação neuropsicológica?*

A DA é caracterizada pela presença de placas neurísticas e neurofibrilamento, sobretudo em lobos temporal e frontal. Esta alteração neuronal só pode ser observado por análise do tecido. Pelos conhecimentos da neuropsicologia, que tem como objetivo estabelecer a correlação entre as bases funcional e topográfica, sabe-se que a memória e a linguagem estão ligadas ao lobo temporal; já o lobo frontal é responsável pelo comportamento, socialização, funções executivas e emoções, portanto, através da avaliação neuropsicológica é possível concluir se estas são as regiões mais afetadas.

4. *Em quais aspectos a neuropsicologia tem contribuído no tratamento desses pacientes?*

Fornecendo o conhecimento necessário para o desempenho satisfatório das funções relacionadas na questão 1.

5. *Na sua opinião, o papel desempenhado pelo neuropsicólogo está bem definido perante os profissionais de saúde e os pacientes?*

Os profissionais de saúde respeitam os conhecimentos da neuropsicologia. Porém a atuação ainda não está clara. Cabe ao neuropsicólogo esclarecer qual a sua contribuição nas intervenções junto ao paciente.

6. *Quais as perspectivas que da neuropsicologia para o aprimoramento das técnicas utilizadas, e, por conseguinte a melhoria da qualidade e eficácia do tratamento?*

A Neuropsicologia traz uma grande contribuição para desvendar o cérebro humano e conseqüentemente uma nova perspectiva de atuação no tratamento daqueles que sofrem por disfunção do sistema nervoso central.

*Instituição:* Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento (GNCC) - Clínica de Neurologia do Hospital das Clínicas de São Paulo.

*Neuropsicólogo:* Cláudia Porto

*Data:* 15/05/2005

1. *Qual a função desempenhada pelo neuropsicólogo no tratamento de paciente portadores de Alzheimer?*

Atualmente, alguns neuropsicólogos estão realizando trabalho com reabilitação de pacientes com doença de Alzheimer e outras demências. Este trabalho vem obtendo bons resultados quanto a melhoria da qualidade de vida destes pacientes. Além disso, através da avaliação neuropsicológica, pode-se discriminar entre funções preservadas e comprometidas o que permite a orientação de familiares assim como auxiliar o trabalho de outros profissionais de saúde.

2. *Atualmente, quais as técnicas utilizadas pelo neuropsicólogo no tratamento? Quais os resultados obtidos?*

Vários grupos, em diferentes instituições, vem utilizando a reabilitação cognitiva no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer. No atendimento pode-se utilizar terapia de orientação da realidade, terapia de reminiscências, recursos mnemônicos. Na maioria dos trabalhos, há um tratamento combinado: treinamento cognitivo e medicação. Os resultados têm sido satisfatórios e o que se observa é que, quando utiliza-se na reabilitação a associação de várias técnicas, os resultados são melhores.

3. *Com relação ao diagnóstico da doença, a que se deve a importância de uma avaliação neuropsicológica?*

Exames complementares auxiliam no diagnóstico nosológico de demência, mas é a avaliação neuropsicológica a responsável pelo diagnóstico diferencial entre processos demenciais e outras condições neurológicas ou psiquiátricas.

4. *Em quais aspectos a neuropsicologia tem contribuído no tratamento desses pacientes?*

A neuropsicologia contribui não só no tratamento como no diagnóstico do paciente. Contribui na melhoria da qualidade de vida, na orientação de familiares e cuidadores, e auxilia o tratamento de outros profissionais.

5. *Na sua opinião o papel desempenhado pelo neuropsicólogo está bem definido perante os profissionais de saúde e os pacientes?*

No Brasil, podemos considerar que, embora a neuropsicologia já tenha uma história longa, só mais recentemente sua importância vem se tornando mais evidente. Observamos isto, através de cursos de especialização que estão sendo criados em várias instituições. Hoje, a ausência de um neuropsicólogo em uma equipe, principalmente de neurologia, é inadmissível. Acredito que o papel do neuropsicólogo está sendo, cada vez mais respeitado, perante os profissionais de saúde.

A neuropsicologia tem "atraído" vários psicólogos. Muitos acreditam que neuropsicologia se resume na aplicação de testes e abrem seus consultórios oferecendo este serviço e se auto-denominando neuropsicólogos. Estes profissionais não tem o seu papel definido e podem comprometer o trabalho de outros neuropsicólogos.

Quanto aos pacientes, acredito que a importância e qual o papel do neuropsicólogo no seu tratamento ainda está em construção.

6. *Quais as perspectivas da neuropsicologia para o aprimoramento das técnicas utilizadas, e, por conseguinte a melhoria da qualidade e eficácia do tratamento?*

Acredito que as perspectivas são boas já que os estudos, nesta área, não cessam. Um exemplo da melhoria seria a preocupação de vários grupos em validar escalas e testes neuropsicológicos para a população brasileira.

## Discussão

A efetuação desta pesquisa esbarrou em algumas limitações. A neuropsicologia, por ser uma área de atuação reconhecida recentemente pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) dispõe de poucos profissionais credenciados. Porém, cabe ressaltar que existem muitos profissionais que não possuem, ainda, registro como especialista em neuropsicologia ou por não terem participado do concurso ou por não conseguirem comprovar sua formação e experiência na área. Outro obstáculo refere-se ao fato de oito dos doze profissionais credenciados pelo CRP de Brasília possuírem vínculo empregatício com a rede de hospitais Sara Kubitschek e os seus contratos exigem exclusividade. Por esse motivo a pesquisadora não conseguiu realizar as entrevistas com esses profissionais, uma vez que não tinha autorização deste hospital para efetuar a pesquisa. Por último, apenas três profissionais, contactados via e-mail, atenderam à solicitação em responder a pesquisa. No entanto, os resultados coletados mostraram-se suficientes para a conclusão da pesquisa.

Os dados nos remetem e reforçam diversas questões já mencionadas no decorrer deste trabalho. Primeiramente, pode-se constatar que a quantidade de pacientes atendidos pelo Centro de Referência e Assistência ao Idoso e Portadores da doença de Alzheimer, conforme relatado pelo Dr. Renato Maia, indica que há uma grande incidência de idosos que apresentam quadros demenciais do tipo Alzheimer. Segundo ele, aproximadamente 50% dos pacientes apresentam a DA e os outros 50% enquadram-se em outros tipos de demências.

A interdisciplinaridade é uma característica fortemente consolidada no tratamento da DA, tendo em vista que ele é realizado por profissionais de áreas diversas. Ressalto que foi identificada a existência de profissionais atuando junto aos pacientes de áreas que não envolvem a saúde tais como educação, artes, música, dentre outras. Tal fato, nos mostra que as técnicas utilizadas são diversificadas e que a DA é uma realidade que intriga e mobiliza muitos profissionais.

Com relação ao diagnóstico da doença, todos os entrevistados mostraram-se unânimes ao enfatizar que a DA trata-se de uma doença de etiologia complexa e que seu diagnóstico pode ser facilmente confundido com outros tipos de demências ou até mesmo com o envelhecimento normal da memória. Portanto, não é possível diagnosticar um paciente como portador da DA baseado somente em resultados de exames e/ou testes psicológicos. Faz-se necessária, analisar e correlacionar os resultados dos testes, dos exames e a história clínica do paciente.

A avaliação neuropsicológica tem sido um importante instrumento na efetuação do diagnóstico, na determinação do grau de comprometimento que o paciente apresenta, na determinação das técnicas mais adequadas, no auxílio às famílias, no acompanhamento da evolução da doença e na avaliação dos resultados do tratamento.

A DA é uma doença que atinge não somente os seus portadores, mas também seus familiares e/ou cuidadores. Sendo assim, verificou a importância do trabalho realizado com a família, pois além de ensiná-los a lidar e cuidar de maneira adequada do paciente, oferece apoio no sentido de amenizar a carga emocional enfrentada por esses indivíduos.

Os resultados apresentados pelo tratamento oferecido pelo Centro de Referência e Assistência ao Idoso e Portadores da doença de Alzheimer corroboram com os resultados apontados pelos neuropsicólogos. Esses resultados, julgados como satisfatórios, estão permitindo melhorias na qualidade de vida, da auto-estima do paciente e, em nível fisiológico, reduzindo a aceleração da doença.

As perspectivas de avanços e melhorias do tratamento da DA não incluem a cura. Esses avanços podem se dar com o surgimento de medicações mais eficazes e no surgimento de meios de diagnosticar precisamente a DA.

O papel desempenhado pelo neuropsicólogo no tratamento da DA consiste na efetuação de avaliação neuropsicológica, de reabilitação cognitiva e orientação da família sobre a doença e o trato do paciente. Para isso, o neuropsicólogo faz uso de testes para avaliar os déficits apresentados pelo paciente, de técnicas tais como: terapia de reminiscências, terapia de orientação para a realidade, recursos mnemônicos, trabalho com os cuidadores, dentre outras, e, acompanhamento e avaliação do tratamento. Cabe ressaltar que, na maioria dos casos, o tratamento é realizado de forma combinada, ou seja, com treinamento cognitivo e intervenção medicamentosa.

As técnicas utilizadas pela neuropsicologia têm atuado em nível de estimulação da atividade cerebral, visando a lentificação da evolução da doença e potencializar os efeitos das medicações. Atualmente, os neuropsicólogos brasileiros têm almejado o aprimoramento dos métodos utilizados para o diagnóstico, com a busca de validar os testes neuropsicológicos para a população brasileira. No que se refere ao diagnóstico, as perspectivas se voltam para a utilização de técnicas refinadas e de resultados cada vez mais satisfatórios.

O papel desempenhado pelo neuropsicólogo, nos dias de hoje, é bastante reconhecido e apreciado pelos profissionais que atuam com doenças neurodegenerativas, em especial a DA. Porém, ainda se faz necessária uma melhor delimitação e clarificação da função do neuropsicólogo no tratamento da DA no âmbito da saúde.

## Conclusão

Atualmente, o campo de pesquisa e os resultados encontrados pela neuropsicologia têm aumentado e conquistado cada vez mais o seu espaço dentro da psicologia. O neuropsicólogo tem estado atento para reconhecer as manifestações clínicas e comportamentais que o paciente apresenta, ou seja, diferenciando se elas estão relacionadas com o envelhecimento normal ou patológico. Dessa maneira, o profissional tem maiores condições de aplicar os recursos adequados e pertinentes ao quadro apresentado pelo paciente.

Com a pesquisa realizada, pode-se observar que as contribuições da neuropsicologia favorecem não somente um diagnóstico mais preciso da doença, mas também na qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores. Esses fatores acarretam em uma melhor aceitação da doença e estratégias para lidar com esse mal que vem afetando cada vez mais os idosos, e, conseqüentemente suas famílias.

A avaliação neuropsicológica é fundamental para o diagnóstico diferencial, tendo em vista que, às vezes, o transtorno cognitivo leve pode representar sintomas de uma demência com características irreversíveis, como a Doença de Alzheimer, pois como relatado no decorrer do estudo não existe um exame específico que a caracterize. Por isso, essa avaliação mostra-se essencial para delimitar os déficits cognitivos apresentados pelo paciente, bem como identificar o estágio em que a doença se encontra. Além disso, a avaliação neuropsicológica determina as técnicas mais adequadas e eficazes para o paciente, dada sua condição clínica.

As técnicas utilizadas associadas, na maioria dos casos, ao uso de medicamentos estimulam a atividade cerebral o que acarreta em uma lentificação da evolução da doença. Outro procedimento de extrema importância adotado no tratamento da DA, é o trabalho realizado com a família dos pacientes, pois além de ensinar aos cuidadores estratégias para cuidar de forma adequada o paciente possibilita a todos uma maior socialização.

Progressos relacionados a neuropsicologia trazem uma compreensão mais completa de como o cérebro está implicado em complexos processos cognitivos e comportamentais no envelhecimento. Porém a neuropsicologia necessita hoje, de maior divulgação, pois sua área de atuação é fundamental na compreensão de como o cérebro interfere no comportamento dos seres humanos, considerando que o comportamento é um dos principais objetos de estudo da psicologia.

Neste estudo, vimos apenas a neuropsicologia no campo de atuação da DA, porém a neuropsicologia vai muito além disso dado que é impossível dissociar o comportamento da estrutura cerebral.

## Referências Bibliográficas

ABRISQUETA-GOMEZ, J. Avaliação e reabilitação neuropsicológica no idoso. Andrade, V. M., Santos, F. H. dos & Bueno, O. F. A. (ed). *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p.404-417.

ALCHIERI, J. C. Aspectos instrumentais e metodológicos da avaliação neuropsicológica. Andrade, V. M., Santos, F. H. dos & Bueno, O. F. A. (ed). *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 13-36.

ALMEIDA, O. P. & CROCCO, E. I. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com Doença de Alzheimer. Arquivo de Neuropsiquiatria. São Paulo.n. 58, v.2, p. 292-299, 2000.

ANDRADE, V. M. & SANTOS, F. H. dos. Neuropsicologia hoje. In: Andrade, V. M., Santos, F. H. dos & Bueno, O. F. A. (ed). *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p.3-12.

ÁVILA, R. Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. Revista Psiquiatria Clínica. São Paulo. n. 30, v. 4, p. 139-146, 2003.

BERTOLUCCI, P. H. F. Prefácio. In: Andrade, V. M., Santos, F. H. dos & Bueno, O. F. A. (ed). *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p.VII-IX.

BOTTINO, C. M. C., CARVALHO, I. A. M., ALVAREZ, A. M. A., ÁVILA, R., ZUKAUSKAS, P. R., BUSTAMANTE, S. E. Z., ANDRADE, F. C., HOTOTIAN, S. R., SAFFI, F. & CAMARGO, C. H. P. Reabilitação cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer. Arquivo de Neuropsiquiatria. São Paulo. n. 60, v.1, p. 70-79, 2002.

BRUCKI, S. M. D. Envelhecimento e memória. Andrade, V. M., Santos, F. H. dos & Bueno, O. F. A. (ed). *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p.389-402.

BUENO, O. F. A. & OLIVEIRA, M. G. M. de. Memória e amnésia. Andrade, V. M., Santos, F. H. dos & Bueno, O. F. A. (ed). In: *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 135-163.

CANTARINO, J. M. & PEREIRA, D. Memória: da filosofia à neurociência. Universitas Ciências da Saúde. Brasília. n.02, v.02, p. 165-200, 2004.

DSM-IV-TR<sup>TM</sup>. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad: Cláudia Dornelles. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FRIDMAN, C., GREGÓRIO, S. P., NETO, E. D. & OJOPI, E. P. B. Alterações genéticas na doença de Alzheimer. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo. n.31, v.1. p. 19-25, 2004.

LEÃO JÚNIOR, R. L. & RESENDE, M. C. Auto-eficácia, memória e envelhecimento. In: Néri, A. L., Yassuda, M. S. & Cachioni, M. *Velhice bem-sucedida – Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas – SP: Papirus, 2004. p. 127-140.

KRISTENSEN, C. H., ALMEIDA, R. M. M. de. Desenvolvimento histórico e fundamentos metodológicos da neuropsicologia cognitiva. Psicologia Reflexão e Crítica. Porto Alegre. v. 14, n. 2, p. 259-274, 2001.

MYERS, D. Introdução à Psicologia Geral. Trad. A. B. Pinheiro de Lemos. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1999. 5 ed..

SÉ, E. V. G., QUEROZ, N. C. & YASSUDA, M. S. O envelhecimento do cérebro e a memória. In: Néri, A. L., Yassuda, M. S. & Cachioni, M. In: *Velhice bem-sucedida – Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas – SP: Papirus, 2004. p.141-162.

SMITH, M. A. C. Doença de Alzheimer. Genética. São Paulo. v. 21, 1999.

TORTORA, G. J. Corpo Humano – Fundamentos de Anatomia e Fisiologia. Porto Alegre: Artmed, 2000. 4ª edição.

# **Anexos**

## Anexo 1

*Instituição:*

*Clínica:*

*Responsável:*

*Data:*

- 1. Atualmente, quantos pacientes portadores de Alzheimer são acompanhados por esta Instituição?*
- 2. A equipe é composta por quantos profissionais e quais suas especialidades?*
- 3. Quais são as técnicas utilizadas para o tratamento desses pacientes?*
- 4. Os resultados obtidos a longo do tratamento são satisfatórios? Por quê?*
- 5. Quais as perspectivas de aprimoramento e melhorias no tratamento?*
- 6. Como é feito o diagnóstico da Doença de Alzheimer? Quais as perspectivas de avanços para a detecção da doença ainda em um estágio inicial?*
- 7. O senhor acredita que ainda ocorrerão avanços no tratamento?*

## Anexo 2

*Instituição:*

*Neuropsicólogo:*

*Data:*

- 1. Qual a função desempenhada pelo neuropsicólogo no tratamento de paciente portadores de Alzheimer?*
- 2. Atualmente, quais as técnicas utilizadas pelo neuropsicólogo no tratamento? Quais os resultados obtidos?*
- 3. Com relação ao diagnóstico da doença, a que se deve a importância de uma avaliação neuropsicológica?*
- 4. Em quais aspectos a neuropsicologia tem contribuído no tratamento desses pacientes?*
- 5. Na sua opinião, o papel desempenhado pelo neuropsicólogo está bem definido perante os profissionais de saúde e os pacientes?*
- 6. Quais as perspectivas da neuropsicologia para o aprimoramento das técnicas utilizadas, e, por conseguinte a melhoria da qualidade e eficácia do tratamento?*