

REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA APLICADA À DOENÇA DE ALZHEIMER

NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION APPLIED TO ALZHEIMER'S DISEASE

Ana Lúcia Azeredo Couto¹
Christine Heinle Kühner
Daiane do Nascimento Silva
Tatiane Cantiliano Rodrigues

RESUMO

O envelhecimento é fator de risco para síndromes demenciais, sobretudo a Doença de Alzheimer, considerada a causa mais frequente de demência. Como complemento ao tratamento farmacológico, é comumente indicada uma intervenção denominada "reabilitação neuropsicológica". Assim, este estudo objetivou investigar propostas de reabilitação neuropsicológica aplicada à Doença de Alzheimer. O método consistiu em uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos no banco de dados dos Periódicos Capes. O material foi submetido à análise do conteúdo a partir de três categorias analíticas: (1) objetivos, (2) estratégias e (3) contribuições e limites. Em geral, a análise revelou que a reabilitação neuropsicológica tem por finalidade minimizar os riscos de disfuncionalidade decorrentes da demência. As propostas de intervenção apontam para uma multiplicidade metodológica, com ações individuais e coletivas, em domicílio e em unidades de saúde, destinadas a pacientes e cuidadores. Essas ações integram: informação e orientação, modificação e adaptação ambiental, avaliação e estimulação cognitiva e suporte emocional. A pesquisa também ressaltou que as contribuições do trabalho clínico estão diretamente relacionadas à precocidade das intervenções. Em síntese, consideramos que, apesar da heterogeneidade das propostas analisadas, é consenso pensar que a reabilitação neuropsicológica deve ser norteadas por estratégias multidimensionais, personalizadas e ecológicas.

Palavras-chave: Envelhecimento. Doença de Alzheimer. Reabilitação neuropsicológica.

ABSTRACT

Aging is a risk factor for dementia syndromes, especially Alzheimer's disease, which is considered the most frequent cause of dementia. As a complement to pharmacological treatment, an intervention called "neuropsychological rehabilitation" is commonly indicated. Thus, this study aimed to investigate proposals for neuropsychological rehabilitation applied to Alzheimer's disease. The methodological approach has consisted of bibliographical research of scientific articles in the Capes periodicals database. The material was submitted to content analysis from three analytical categories: (1) objectives, (2) strategies and (3) contributions and limits. Generally, our analysis revealed that neuropsychological rehabilitation has as its purpose to minimize the risks of dysfunction due to dementia. The intervention proposals point to a multiplicity of methodologies, with individual and collective

¹Doutorado em Psicossociologia de Comunid.E Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil(2008).Psicóloga da Prefeitura Municipal de Rio das Ostras , Brasil.

actions, at home and in health care units, oriented toward patients and caregivers. These actions integrate: information and guidance, environmental modification and adaptation, cognitive evaluation and stimulation, and emotional support. This research also has emphasized that the contributions of clinical intervention are directly related to its precocity. In summary, we consider that, despite the heterogeneity of the proposals analyzed, it is agreed that neuropsychological rehabilitation should be guided by multidimensional, personalized and ecological strategies.

Key-words: Aging. Alzheimer's disease. Neuropsychological rehabilitation.

ENVELHECIMENTO E DEMÊNCIA

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial (VERAS, 2009). No Brasil, a redução dos índices de natalidade e mortalidade infantil, associada à maior sobrevivência da população, vem ocasionando, nas últimas quatro décadas, uma expressiva elevação na proporção de idosos. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e degenerativas (IBGE, 2011).

Assim, o Brasil passou de um perfil de enfermidade típico de uma população jovem para um perfil de enfermidades próprias de idades mais avançadas (KÜCHEMANN, 2012). Diante desse cenário, o envelhecimento populacional exige respostas políticas condizentes com a nova realidade demográfica e epidemiológica.

Na perspectiva biogerontológica, o termo "envelhecimento" caracteriza-se por um processo de mudanças anatômicas que comprometem progressivamente a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia (JECKEL-NETO; CUNHA, 2006). De acordo com Cançado e Horta (2006), essas mudanças podem ser observadas em todos os sistemas do nosso organismo, sendo o sistema nervoso central o mais comprometido.

Ao investigar os efeitos do envelhecimento no sistema nervoso central, Ribeiro e Cosenza (2013) apontam para uma diminuição do volume cerebral após os 60 anos de idade. Salientam, ainda, que, a partir da quarta década de vida, há formação e aumento progressivo de placas amiloides, também conhecidas como placas senis. Essas placas interferem na fisiologia celular e são constituídas, principalmente, por peptídeos β -amiloide (β A-42) rodeados por células gliais e

prolongamentos de proteína Tau hiperfosforilada. Os autores acrescentam que a suscetibilidade de neurônios a fatores tóxicos, como a alta concentração de glutamato ou do peptídeo β -amiloide, apresenta correlação direta e positiva com a idade, podendo resultar em doenças ou prejuízos funcionais. No caso da Doença de Alzheimer, por exemplo, há excessiva morte de neurônios hipocâmpais e corticais. Ribeiro e Cosenza (2013) também assinalam a relação entre alta atividade metabólica oxidativa e neurodegeneração, sugerindo a hipótese de que os radicais livres (espécies reativas de oxigênio) exporiam o sistema nervoso central a uma espécie de estresse oxidativo que acabaria por provocar danos cumulativos e, em última instância, prejuízos cognitivos e funcionais.

De fato, pesquisas revelam que o desempenho nos testes que avaliam a cognição tende a apresentar uma correlação negativa com a idade (CAIXETA; PINTO, 2014). Isso significa que, mesmo no envelhecimento denominado “normal”, os indivíduos têm prejuízos cognitivos e, apesar de não estarem doentes, carregam grande potencial para manifestar doenças ou incapacidades. Em casos mórbidos, as alterações comprometeriam significativamente a autonomia do sujeito, acarretando síndromes demenciais.

Com base nos critérios clínicos elaborados pelo *National Institute on Aging* e pela *Alzheimer's Association*, Frota et al (2011) compreendem que a demência de qualquer etiologia é diagnosticada quando (1) apresenta sintomas cognitivos ou comportamentais que interferem em atividades usuais e ocupacionais, (2) representa declínio em relação a níveis prévios de funcionamento e (3) não é explicável por *delirium* ou doença psiquiátrica maior.

Garrido e Menezes (2002) ressaltam que, no Brasil, as síndromes demenciais, ao lado das síndromes depressivas, estão entre os problemas de saúde mais prevalentes no segmento etário de 65 anos ou mais. No mundo, estima-se haver cerca de 35,5 milhões de pessoas diagnosticadas com demência, número que poderá ser triplicado até 2050 (OMS, 2012).

Considerando que a população mundial está envelhecendo e que o processo de envelhecer traz riscos para o desenvolvimento de síndromes demenciais, a Organização Mundial de Saúde (2012) destaca a demência como uma prioridade de saúde pública.

DOENÇA DE ALZHEIMER E NEUROPSICOLOGIA

A Doença de Alzheimer é considerada a causa mais frequente de demência, representando 50 a 60% dos casos (SOUZA; TEIXEIRA, 2013).

O *National Institute on Aging* e a *Alzheimer's Association* propõem que a Doença de Alzheimer seja diagnosticada em três fases: pré-clínica, comprometimento cognitivo leve (CCL) e demência, sendo que o diagnóstico da fase pré-clínica permanece restrito à pesquisa. Clinicamente, a doença caracteriza-se por início insidioso (meses ou anos) e observação de piora cognitiva. Recomenda-se realização de tomografia ou, preferencialmente, ressonância magnética do crânio para excluir outras possibilidades diagnósticas ou co-morbidades, principalmente a doença vascular cerebral (FROTA et al, 2011).

Segundo Filipe (2009), os biomarcadores para a Doença de Alzheimer atualmente disponíveis possibilitam a detecção do peptídeo β -amiloide (β A-42) e da proteína Tau. Conforme visto, a doença reage à presença de placas amiloides que vão se acumulando no cérebro, interferindo no funcionamento normal das células e conduzindo à sua morte. Entretanto, não há dados conclusivos a respeito das causas da doença. Parece não existir um fator único e específico, mas um efeito aditivo de múltiplos fatores. Por isso, a Doença de Alzheimer é comumente denominada como uma patologia multifatorial (GONÇALVES, 2012).

Para Souza e Teixeira (2013), a apresentação típica da doença costuma acometer pessoas a partir dos 65 anos de idade e representa cerca de 95% dos casos. Corresponde à forma amnésica, caracterizada por déficit da memória episódica anterógrada, associado ao acometimento de regiões temporais mediais, especialmente o hipocampo e o córtex entorrinal. Seu curso é lento e progressivo. Com sua evolução, as alterações neuropatológicas atingem o neocórtex, localizado em áreas temporais, parietais e frontais. Em decorrência, observa-se o comprometimento de outras funções cognitivas, como linguagem, habilidades visuoespaciais e visuoperceptivas. Além do comprometimento cognitivo e funcional, a Doença de Alzheimer provoca uma série de alterações comportamentais, como apatia, depressão e agitação/agressividade.

As formas atípicas da doença geralmente instalam-se precocemente (antes de 60 anos de idade) e cursam com relativa preservação da memória episódica e

acometimento de outros domínios cognitivos, como linguagem, habilidades visuoespaciais ou déficits de funções executivas associados a alterações comportamentais (SOUZA; TEIXEIRA, 2013).

A respeito dos modos de prevenção, há evidências epidemiológicas de que estilo de vida saudável - composto por condicionamento físico, alimentação adequada e participação em atividades de lazer e de estimulação intelectual - está associado a um menor declínio cognitivo e pode reduzir o risco de demência (CARRETA; SCHERER, 2012).

O prognóstico costuma ser desfavorável, uma vez que os déficits evoluem para comprometimento significativo da capacidade de gerenciamento da própria vida, tornando o sujeito cada vez mais dependente de cuidados. Não existe um tratamento curativo. As intervenções vigentes integram tratamentos farmacológicos e não farmacológicos com o objetivo de aliviar os sintomas e promover uma progressão mais lenta da doença. Os anticolinesterásicos ou inibidores da acetilcolinesterase são a principal linha de fármacos. Já o tratamento não-farmacológico abrange mudanças no estilo de vida e reabilitação neuropsicológica, modelo de intervenção norteado pelos recentes achados da Neuropsicologia (MONTEIRO; COVRE; FLUENTES, 2013).

A neuropsicologia enfoca a relação entre função e estrutura cerebral e dedica-se ao “estudo dos mecanismos neurais que subservem o comportamento humano” (MENDONÇA; AZAMBUJA, 2014, p. 409). Trata-se, conforme os autores, de um campo interdisciplinar que atua em diagnóstico, acompanhamento, tratamento e pesquisa da cognição, das emoções, da personalidade e do comportamento, articulando esses aspectos ao funcionamento cerebral. Os estudos nesse campo vêm sendo impulsionados pelas novas tecnologias de neuroimagem anatômica e de métodos funcionais de investigação.

Dentro desse campo, encontramos a neuropsicologia do envelhecimento ou neuropsicologia geriátrica, cuja especificidade está em elaborar métodos de avaliação e intervenção considerando as especificidades do envelhecimento cognitivo (HAM DAN, 2013).

De acordo com Assis e Assis (2016), as intervenções no campo da neuropsicologia devem ser norteadas pelos princípios da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esse sistema classificatório,

preconizado pela Organização Mundial de Saúde, dedica-se a mensurar o desempenho do indivíduo nas atividades rotineiras, denominadas atividades de vida diária (AVD). Estas são divididas em três grupos: atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades instrumentais de vida diária (AIV) e atividades avançadas de vida diária (AAVD). O primeiro grupo diz respeito às atividades orientadas para o cuidado do corpo, tais como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, fazer higiene pessoal, ter mobilidade funcional e controle dos esfíncteres. O segundo grupo enfoca a relação entre o domicílio e a comunidade e abrange atividades como comprar e preparar alimentos, tomar remédios conforme prescrição médica, administrar finanças, cuidar da limpeza da casa e usar telefone e transportes. Já o terceiro grupo engloba atividades culturais, recreativas, religiosas e laborais, como receber visitas, ir à igreja, exercer uma ocupação e participar de eventos.

A ênfase na funcionalidade dá relevo aos conceitos de autonomia e independência. A autonomia é definida como a capacidade de tomar decisões, ao passo que a independência é definida como a capacidade de realizar atividades sem ajuda (OMS, 2005).

Esse modo de avaliação permite traçar o perfil funcional do indivíduo e, além de contribuir para detecção precoce de doenças degenerativas, orienta a elaboração de planos de reabilitação e o monitoramento dos resultados (ASSIS; ASSIS, 2016).

A reabilitação neuropsicológica fundamenta-se nas noções de plasticidade cerebral e reserva cognitiva. Nas palavras de Cosenza e Malloy-Diniz (2013), “o sistema nervoso é extremamente plástico, mesmo em idades avançadas” (p. 340). Os autores explicam que a plasticidade cerebral diz respeito à capacidade que o cérebro tem de remodelar suas conexões em função das exigências do ambiente e está intimamente relacionada à noção de reserva cognitiva, referente ao conjunto de recursos cognitivos e redes neurais subjacentes ao desempenho em tarefas que possibilitam ao indivíduo se adaptar a consequências decorrentes de um trauma neurológico.

Inúmeros fatores contribuem para a reserva cognitiva, tais como escolaridade, hábitos de leitura e escrita e atividade física. Com esse enfoque, os autores argumentam que parte das perdas funcionais pode ser revertida através de estratégias de estimulação sensorial, cognitiva e motora. Essas estratégias atuam na construção da reserva cognitiva e induziriam a plasticidade existente no sistema

nervoso. É nesse contexto que ganham relevo as estratégias de reabilitação neuropsicológica aplicada à Doença de Alzheimer (COSENZA; MALLOY-DINIZ, 2013).

Diante do exposto, considera-se que a análise dessas estratégias constitui vasto campo para pesquisa e seus resultados podem permitir uma melhor compreensão acerca das possibilidades de cuidado destinadas aos portadores da doença.

MÉTODO

O método consistiu na realização de uma pesquisa bibliográfica baseada em pressupostos da pesquisa qualitativa em saúde (MINAYO, 2006) e em recursos da análise do conteúdo (BARDIN, 1977).

Para o levantamento das obras que compuseram o universo pesquisado, foram utilizados os seguintes parâmetros: artigos científicos em português, publicados até 31 de agosto de 2016 no banco de dados dos Periódicos Capes. Os descritores na categoria “Assunto” foram: “Reabilitação neuropsicológica e Alzheimer” e “Reabilitação cognitiva e Alzheimer”.

Após o levantamento do material bibliográfico, procedeu-se a leitura exploratória a fim de selecionar os trabalhos pertinentes ao tema. Em seguida, realizamos uma leitura seletiva com o objetivo de identificar e sistematizar informações e/ou dados relevantes a partir de três categorias apriorísticas de análise: (1) objetivos (2) estratégias e (3) contribuições e limites da reabilitação neuropsicológica. Enfim, encerramos com a leitura analítica, quando as ideias expressas nas obras foram comparadas, integradas e articuladas ao propósito da pesquisa.

RESULTADOS

A partir dos critérios descritos, foram encontrados dez artigos. Dentre eles, três foram excluídos por não abordarem o tema pesquisado. Os sete artigos selecionados estão listados a seguir.

1. Efeito da estimulação cognitiva em idosos (APOSTOLO et al, 2011)

2. Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve (AVILA, 2003)
3. Ajudas externas à memória na intervenção em pessoas idosas com comprometimento mnésico (BARBOSA; MARTIN, 2012)
4. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar (BOTTINO et al, 2002)
5. Uma proposta de reabilitação neuropsicológica através do Programa de Enriquecimento Instrumental (CORREA, 2009),
6. Estimulação cognitiva em idosos com demência: uma contribuição da enfermagem (LINDOLPHO; SÁ; CRUZ, 2010)
7. O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do Programa de Enriquecimento Instrumental (OLIVEIRA, 2010)

Apóstolo et al (2011) investigaram os efeitos do programa de estimulação cognitiva intitulado “Fazer a diferença”, cujos objetivos foram: prevenir e retardar o declínio cognitivo, melhorar a autonomia e aumentar a proteção contra o desenvolvimento da demência. Para tanto, formaram-se dois pequenos grupos, compostos por 4 e 10 participantes, com duas sessões de 45 minutos por semana, durante sete semanas. A intervenção foi realizada em uma unidade de saúde e as atividades foram geridas por acadêmicos e profissionais de enfermagem. Em cada sessão, era trabalhado um tema específico, como recordação da infância, alimentação, uso de dinheiro, jogos com números e palavras etc. Os resultados do estudo sugeriram que a estimulação cognitiva contribuiu para melhorar a autonomia e independência dos pacientes.

Em seu artigo, Ávila (2003) apresentou uma proposta de reabilitação neuropsicológica que teve por objetivos: melhorar funções cognitivas nas atividades de vida diária, diminuir o isolamento social, compensar déficits de memória e trabalhar as habilidades residuais. A autora descreveu um estudo de caso com uma paciente do sexo feminino, com 73 anos de idade, diagnosticada com Doença de Alzheimer em estágio inicial. A paciente, participou, por alguns meses, de reabilitação neuropsicológica semanal em grupo, com exercícios de socialização e treino de funções cognitivas abrangendo atenção, linguagem e memória (implícita e explícita). Em seguida, iniciou reabilitação individual domiciliar, também com

sessões semanais. Paralelamente, havia o grupo informativo e de apoio para familiares e cuidadores. Foram realizadas atividades de memória implícita e treinos de uso de auxílios externos (agenda, calendário, bloco de anotações e computador). Nos encontros em domicílio, foram treinadas atividades de vida diária e funções cognitivas diversas. Para o treino de atenção, foram utilizados estímulos visuais, em que a paciente tinha que descrever com detalhes certas figuras ou encontrar objetos pertencentes a uma categoria específica. Treinos de nomeação foram feitos com objetos da vida diária da paciente e com jogos em que eram dadas pistas para ela acertar que objeto estava sendo descrito. Para a memória de trabalho, foram realizados jogos tanto com o computador como com lápis e papel, em que a paciente tinha que formar o máximo de palavras que conseguisse com as letras dadas. Além disso, foram feitos exercícios de cálculos, relacionados com situações de vida diária, como pagar uma conta, receber e conferir o troco. Outra atividade foi leitura e compreensão de textos curtos. Também foram trabalhadas queixas de inseguranças da paciente, bem como, atividades externas de lazer eram incentivadas. Ao final de cada atividade externa, era solicitado que a paciente escrevesse sua impressão sobre o evento. As informações eram passadas para cuidadores sempre que necessário. O tratamento medicamentoso não foi interrompido nem alterado ao longo do período. A equipe foi composta por neuropsicóloga, fonoaudióloga, psicóloga e psiquiatra. Ávila (2003) conclui que o trabalho clínico aumentou o grau de independência da paciente, assim como seu escore mental em algumas funções cognitivas. Entretanto, a autora salienta limitações referentes ao método da pesquisa, uma vez que não houve comparação com um grupo-controle.

Barbosa e Martin (2012) realizaram uma revisão bibliográfica para investigar a eficácia de estratégias compensatórias de ajuda externa à memória. Os autores argumentaram que essas estratégias têm por finalidade reduzir o impacto das incapacidades, promover a integração social dos indivíduos e manter independência e autonomia no dia a dia. As estratégias compensatórias citadas foram: técnicas de associação visuoespacial na recordação, modificações arquitetônicas e planejamento ambiental, uso de diários, bloco de notas, listas e organizadores eletrônicos, bem como uso de dispositivos como alarmes, relógios, calendários, quadros de informações, temporizadores e *bips*. Segundo o estudo, essas

estratégias promoveram a responsabilização individual perante o processo terapêutico e a consciência da importância da retaguarda (in)formal de apoio do doente. Os autores sublinham que intervenções baseadas em uso de estratégias compensatórias apresentam melhores resultados em pessoas em estágios iniciais da doença, proporcionando independência, aumento da autoestima e autoconfiança.

Bottino et al (2002) apresentaram resultados preliminares do tratamento combinado (inibidor da acetilcolinesterase mais treinamento cognitivo) em um grupo de pacientes com Doença de Alzheimer leve, acompanhados por 7 meses. Para os autores, o treinamento cognitivo buscou melhorar o funcionamento amnésico, facilitar a orientação para a realidade, engajar o indivíduo em interações sociais, melhorar a comunicação, estimular o resgate de informações e emoções vividas, assim como ajudar a família a entender e a lidar melhor com a sobrecarga emocional e ocupacional gerada pelo cuidado ao paciente. Seis pacientes foram submetidos a ensaio clínico aberto com Rivastigmina, por 2 meses, seguido por grupo de reabilitação cognitiva semanal, por 5 meses. Os familiares/cuidadores foram atendidos em grupo semanal de suporte e aconselhamento, por 5 meses.

Os mesmo autores ainda defendem uma intervenção multiprofissional, com equipe formada por psiquiatras, psicólogos e fonoaudiólogos. As estratégias de reabilitação realizadas com os pacientes incluíram: técnica de orientação para a realidade, apoio externo, recursos mnemônicos, facilitação da aprendizagem, terapia por reminiscência e adaptação ambiental. Os resultados indicaram que a reabilitação neuropsicológica auxiliou na estabilização, ou mesmo, em uma leve melhora dos déficits cognitivos e funcionais dos participantes. Os autores salientaram, ainda, que as intervenções de suporte e aconselhamento fornecidas aos familiares reduziram o nível de sintomas psiquiátricos dos cuidadores, fato que pode evitar a internação precoce em instituições de longa permanência. Entretanto, Bottino et al (2002) alertam que a evolução da doença dificulta o emprego de algumas técnicas de apoio externo, necessitando da ajuda de um familiar ou profissional. Em geral, essas estratégias trazem maior benefício quando o paciente ainda está em fases precoces da doença ou quando o cuidador o auxilia no uso dos recursos.

Correa (2009) e Oliveira (2010) convergiram ao propor o Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI), cujos objetivos incluem: modificar a estrutura cognitiva, desenvolver maior capacidade de solução de problemas, integrar o

paciente em contextos sociais, remediar comportamentos e habilidades, inibir a impulsividade de respostas distráteis e emocionalmente desreguladas, possibilitar a organização antecipada e planejada das condutas, elevar autoestima e autoconfiança, promover a estabilização da doença, otimizar as capacidades residuais e, sobretudo, reduzir o impacto negativo da doença na qualidade de vida. Com equipe formada por psicólogos, cada sessão do Programa prevê quatro etapas: 1. Introdução (5 a 10 minutos); 2. Trabalho do paciente (20 a 25 minutos); 3. Discussão e desenvolvimento do insight (20 a 25 minutos); 4. Resumo da terapia (5 a 10 minutos). O Programa possui uma série de sete instrumentos que trabalha diversas habilidades cognitivas, através de exercícios com lápis e papel, estruturados em unidades de complexidade cognitiva crescente. O terapeuta tem flexibilidade na escolha dos instrumentos a fim de elaborar ações personalizadas, com participação efetiva do paciente através da sua própria percepção do processo.

Lindolpho, Sá e Cruz (2010) relataram um trabalho realizado com idosos participantes de oficinas terapêuticas do projeto de extensão intitulado “A enfermagem no Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense”. As oficinas objetivaram preservar a funcionalidade e o autocuidado dos participantes. Semanalmente, foram realizadas atividades em grupo, bem como suporte aos cuidadores. Coordenadas por enfermeiros, as sessões incluíram terapia de orientação à realidade, estímulo ao autocuidado e higiene pessoal, jogos de quebra-cabeça, jogo de memória e bingo, atividades de lazer e resgate da história individual por meio de fotografias familiares. As autoras concluíram que as oficinas alcançaram o objetivo, contribuindo para o aumento da qualidade de vida dos participantes.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise da categoria “objetivos” sublinhou que a reabilitação neuropsicológica, em geral, tem por objetivo principal reduzir o impacto negativo da doença na qualidade de vida dos pacientes e cuidadores. Outros objetivos frequentemente citados foram: compensar déficits e treinar habilidades residuais a fim de retardar a progressão da doença, ampliar os graus de autonomia e independência para realização das atividades de vida diária, reduzir sintomas

depressivos, promover espaços de integração social e oferecer apoio aos familiares e cuidadores, auxiliando-os a lidar com a sobrecarga emocional e ocupacional e oferecendo-lhes subsídios para ajudar o paciente a lidar com suas dificuldades.

A análise da categoria “estratégias” apontou para uma abordagem multidimensional, assim como para a multiplicidade metodológica, com ações individuais e coletivas, em unidades de saúde e domicílio, destinadas a pacientes e familiares. Foram comumente empregados exercícios de socialização e treino cognitivo. Dentre as técnicas de treino cognitivo, as mais citadas foram orientação para a realidade, aprendizagem sem erro, teoria por reminiscência, uso de apoio externo, adaptação ambiental e grupos de apoio e orientação ao cuidador.

A análise da categoria “contribuições e limites” ressaltou que o sucesso do trabalho clínico está diretamente relacionado à precocidade das intervenções. Ou seja, quanto antes iniciar o tratamento, maiores serão os benefícios. Assim, fica evidente que a reabilitação neuropsicológica traz maiores contribuições para pacientes em estágio inicial da doença. Em estágios mais avançados, já considerados moderados e graves, a intervenção está mais direcionada a oferecer orientações e suporte emocional a familiares e/ou cuidadores. De fato, algumas contribuições do trabalho com familiares e cuidadores incluem redução dos sentimentos de incerteza e culpa, melhor aceitação da doença e maior probabilidade de adesão ao tratamento e continuidade do trabalho terapêutico, mesmo depois de encerrado o trabalho com terapeutas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, é possível afirmar que a reabilitação neuropsicológica consiste em um trabalho abrangente cujo objetivo é minimizar os prejuízos funcionais decorrentes da doença. Em síntese, as propostas investigadas consistem em um modelo de intervenção planejado e sistemático que visa ajudar pacientes e familiares a lidar com o processo de adoecer, possibilitando o desenvolvimento máximo de recursos biopsicossociais disponíveis em todos os estágios da doença.

De modo esquemático, distinguimos quatro ações terapêuticas básicas dos programas de reabilitação neuropsicológica analisados neste estudo: (1) informação e orientação, (2) modificação e adaptação ambiental, (3) avaliação e estimulação cognitiva e (4) suporte emocional.

A análise empreendida nos leva a concluir que as ações terapêuticas devem ser multidimensionais, personalizadas e ecológicas. Assim, o trabalho clínico precisa levar em conta o estágio, a extensão e a severidade do dano neurológico, assim como variáveis psicossociais envolvidas, como a dinâmica familiar e a rede de serviços disponíveis, assumindo, como norte, a capacidade funcional do paciente.

Sobretudo e em todos os momentos, cabe aos profissionais envolvidos evidenciar e acolher a singularidade de cada vivência. Isso se torna possível na medida em que ajudam os envolvidos a confrontar-se com a doença, fortalecendo sentimentos de autoconfiança e vínculos de solidariedade.

Finalmente, ressaltamos a escassez de pesquisas nacionais sobre o assunto e, diante de sua relevância e urgência, reafirmamos a necessidade de novos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

APOSTOLO, João Luís Alves et al. Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. In: **Revista de Enfermagem Referência**. v. III. n. 5, p. 193-201, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239964009.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

ASSIS, Luciana de Oliveira; ASSIS, Marcella Guimarães. A avaliação da funcionalidade e suas contribuições para a neuropsicologia. In: MALLOY-DINIZ, Leandro et al. (Orgs.). **Neuropsicologia: aplicações clínicas**. Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 93-106

AVILA, Renata. Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. In: **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 30, n. 4, p. 139-146, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n4/v30n4a04.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

BARBOSA, Cristina Maria Oliveira; MARTIN, José Ignacio Guinaldo. Ajudas externas à memória na intervenção em pessoas idosas com comprometimento mnésico. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 25. n. 2. p. 320-329, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n2/a14v25n2.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOTTINO, Cassio et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. In: **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 60. n. 1. p. 70-79, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/8234.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

CAIXETA, Leonardo; PINTO, Pedro Henrique. Reserva cerebral, plasticidade e o cérebro do idoso. In: CAIXETA, Leonardo e TEIXEIRA, Antônio Lúcio (Orgs.). **Neuropsicologia Geriátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 45-55.

CANÇADO, Flavio Aluizio Xavier; HORTA, Marcos de Lima. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, Elizabeth Viana et al. (Orgs.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 194-211.

CARRETA, Marisa Basegio; SCHERER, Sabrina. Perspectivas atuais na prevenção da Doença de Alzheimer. In: **Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento**. v. 17. n. 1. p. 37-57, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/14368/23187>. Acesso em: 25 out. 2017

CORREA, Roberta Claro Romão. Uma proposta de reabilitação neuropsicológica através do programa de enriquecimento instrumental (PEI). In: **Ciência e Cognição**. v. 14. n. 2. p. 47-58, 2009. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/7/100>. Acesso em: 31 ago. 2016.

COSENZA, Ramon; MALLOY-DINIZ, Leandro. Declínio cognitivo, plasticidade cerebral e o papel da estimulação cognitiva na maturidade. In: MALLOY-DINIZ, Leandro; FUENTES, Daniel; COSENZA, Ramon (Orgs.). **Neuropsicologia do envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 337-347.

FILIPE, Cláudia Margarida Ferreira. **Reabilitação neuropsicológica na Doença de Alzheimer: Efeitos de uma intervenção para reabilitação de doentes com demência de Alzheimer**. 2009. 27f. (Mestrado em Psicologia Clínica). Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.

FROTA, Norberto Anízio Ferreira et al. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. In: **Dementia & Neuropsychologia**. v. 5, n. 1, 2011, p. 5-10. Disponível em: <http://www.demneuropsychology.com.br/imageBank/pdf/v5s1a02.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 24, n. 1, 2002, p. 3-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8849.pdf>. Acesso em: 15 de out. 2017.

GONCALVES, Endy-ara Gouvea; CARMO, João dos Santos. Diagnóstico da doença de Alzheimer na população brasileira: um levantamento bibliográfico. In: **Revista Psicologia da Saúde**, v. 4, n. 2, dez., 2012, p. 170-176. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 de setembro de 2017.

HAMDAN, Amer Cavalheiro. Cognição no envelhecimento: métodos de pesquisa. In: MALLOY-DINIZ, Leandro; FUENTES, Daniel; COSENZA, Ramon (Orgs.). **Neuropsicologia do envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 154-168.

HAMDAN, Amer Cavalheiro. Cognição no envelhecimento: métodos de pesquisa. In: MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes; FUENTES, Daniel; COSENZA, Ramon

(Orgs.). **Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 154-168.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

JECKEL-NETO, Emilio Antônio; CUNHA, Gilson Luís. Teorias biológicas do envelhecimento. In: FREITAS, Elizabeth Viana et al. (Orgs.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 13-22.

KUCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. In: **Sociedade e Estado**. Brasília. v. 27, n.1. p. 165-180. Abr., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2016.

LINDOLPHO, Mirian da Costa; SÁ, Selma Petra Chaves; CRUZ, Thiara Joanna Peçanha da. Estimulação cognitiva em idosos com demência: uma contribuição da enfermagem. In: **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. v. 7. n.1. p.125-131, 2010. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/835/928>. Acesso em: 31 ago. 2016.

MENDONÇA, Luciana Iracema Zanotto de; AZAMBUJA, Debora. Neuropsicologia no Brasil. In: FUENTES, Daniel et al (Orgs.). **Neuropsicologia: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 409-426.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTEIRO, Luciana de Carvalho; COVRE, Priscila; FLUENTES, Daniel. Reabilitação Neuropsicológica. In: MALLOY-DINIZ, Leandro; FUENTES, Daniel; COSENZA, Ramon (Orgs.). **Neuropsicologia do envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 348-359.

OLIVEIRA, Antonia Rozeli Roberto de. O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI). In: **Cuadernos de Neuropsicologia**. Santiago. v. 4. n. 1. p. 31-41, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v4n1/a03.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

RIBEIRO, Angela Maria; COSENZA, Ramon. Envelhecimento normal do sistema nervoso. In: MALLOY-DINIZ, Leandro; FUENTES, Daniel; COSENZA, Ramon (Orgs.). **Neuropsicologia do envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 78-99.

SOUZA, Leonardo Cruz; TEIXEIRA, Antônio Lucio. Envelhecimento patológico do sistema nervoso. In: MALLOY-DINIZ, Leandro; FUENTES, Daniel; COSENZA, Ramon (Orgs.). **Neuropsicologia do envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 100 a 114.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. In: **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 3, 2009, p. 548-554. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia: a public health priority**. Geneva: WHO, 2012.