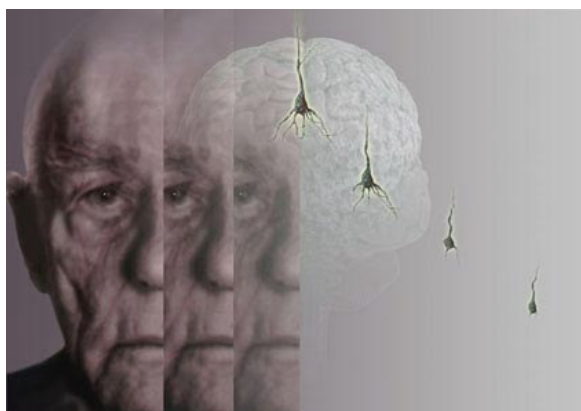




DOENÇA DE ALZHEIMER

Perfil Neuropsicológico e Tratamento



Trabalho de Licenciatura (Abril 2005)

Maria de Fátima Oliveira
Marlene Ribeiro
Raquel Borges
Sónia Luginger

Licenciadas em Psicologia da Saúde
Universidade Lusíada do Porto - Departamento de Psicologia

Correspondência:
fa.oliveira@clix.pt

RESUMO

O tema do presente trabalho é sobre a doença de Alzheimer. Entre 50 a 70 por cento de todas as pessoas com demência têm a doença de Alzheimer. A demência é uma decadência progressiva da capacidade mental em que a memória, a reflexão, o juízo, a concentração e a capacidade de aprendizagem estão diminuídas e pode produzir-se uma deterioração da personalidade. A demência pode aparecer subitamente em pessoas jovens, no entanto a demência habitualmente desenvolve-se de forma lenta e afecta as pessoas com mais de 60 anos. Apesar de tudo, a demência não faz parte do processo normal de envelhecimento, à medida que a pessoa envelhece, as alterações do cérebro causam uma certa perda de memória e uma deterioração na capacidade de aprendizagem. Estas alterações não afectam as funções normais. A demência é uma deterioração muito mais grave da capacidade mental e piora com o tempo. A causa mais comum da demência é a doença de Alzheimer. A doença de Alzheimer pode ter varias causas tais como: sexo, factores genéticos, hereditariedade, traumatismos cranianos, e outros factores. Descrevemos as etapas do diagnóstico, salientando a importância das técnicas de imageologia cerebral dentro do conjunto das técnicas de diagnóstico. Elaborou-se um perfil neuropsicológico do doente com Alzheimer e a nível de intervenção com estes doentes, constatamos que esta deve ser multidisciplinar, preventiva e sintomático. A intervenção faz-se a nível psicossocial, terapia comportamental, reestruturação cognitiva e o respectivo tratamento

medicamentoso. Enfatizamos também o papel da nutrição e a importância da actividade física, bem como alguns conselhos para a família destes doentes. As demências são incuráveis, e urge uma intervenção bem estruturada de maneira a proporcionar alguma qualidade de vida digna para estes doentes.

Palavras-chave:

Alzheimer, doença de Alzheimer, demência, demências, envelhecimento

INTRODUÇÃO: A DEMÊNCIA

O termo "demência" refere-se a uma série de sintomas que se encontram geralmente em pessoas com doenças cerebrais que cursam com destruição e perda de células cerebrais. A perda de células cerebrais é um processo natural, mas em doenças que conduzem à demência isso ocorre a um ritmo mais rápido e faz com que o cérebro da pessoa não funcione de uma forma normal.

Os sintomas da demência implicam, normalmente, uma deterioração gradual e lenta da capacidade da pessoa para funcionar, que nunca melhora. O dano cerebral afecta o funcionamento mental da pessoa (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento) e isto, por sua vez, repercute-se no comportamento. Mas a demência não se limita apenas aos tipos degenerativos de demência. Refere-se a um síndrome que nem sempre segue o mesmo curso de desenvolvimento. Em alguns casos, o estado da pessoa pode melhorar ou estabilizar por um determinado tempo. Existe uma pequena percentagem de casos de demência que se podem tratar, ou que são potencialmente reversíveis, mas na grande maioria dos casos, a demência leva à morte. A maior parte das pessoas morre devido a "complicações", tais como pneumonia, mais do que da demência, propriamente dita. No entanto, quando se declara muito tarde na vida, os efeitos tendem a ser menos severos.

Apesar da doença de Alzheimer ser a forma mais comum de demência, existe um número de diferentes tipos de demência.

O que é a Doença de Alzheimer

Entre 50 a 70 por cento de todas as pessoas com demência têm a doença de Alzheimer - uma doença degenerativa que destrói células do cérebro lenta e progressivamente. O seu nome vem de Aloïs Alzheimer, um psiquiatra e neuropatologista alemão que, em 1906, foi o primeiro a descrever os sintomas assim como os efeitos neuropatológicos da doença de Alzheimer, tais como placas e entrançados no cérebro. A doença afecta a memória e o funcionamento mental (por exemplo, o

pensamento e a fala, etc.), mas pode também conduzir a outros problemas, tais como confusão, mudanças de humor e desorientação no tempo e no espaço.

Inicialmente, os sintomas, tais como dificuldades de memória e perda de capacidades intelectuais, podem ser tão subtis, que passam despercebidos, tanto pela pessoa em causa como pela família e pelos amigos. No entanto, à medida que a doença progride, os sintomas tornam-se cada vez mais notórios e começam a interferir com o trabalho de rotina e com as actividades sociais. As dificuldades práticas com as tarefas diárias, como vestir, lavar e ir à casa de banho tornam-se gradualmente tão severas que, com o tempo, a pessoa fica completamente dependente dos outros. A doença de Alzheimer não é infecciosa nem contagiosa. É uma doença terminal que causa uma deterioração geral da saúde. Contudo, a causa de morte mais frequente é a pneumonia, porque à medida que a doença progride o sistema imunológico deteriora-se, e surge perda de peso, que aumenta o risco de infecções da garganta e dos pulmões.

No passado, costumava-se usar o termo doença de Alzheimer em referência a uma forma de demência pré-senil, oposta à demência senil. Existe agora, contudo, uma melhor compreensão de que a doença afecta pessoas tanto abaixo, como acima dos 65 anos de idade. Consequentemente, a doença é, agora, referida como uma demência pré-senil, ou senil, de tipo Alzheimer, dependendo da idade da pessoa em causa.

Quem pode ser afectado?

Com base na comparação de grandes grupos de pessoas com a doença de Alzheimer com outras que não foram afectadas, os investigadores sugerem que existe um número de factores de risco. Isto significa que algumas pessoas são mais propensas à doença do que outras. No entanto, é improvável que a doença possa ser originada por uma única causa. É mais provável que seja uma combinação de factores a conduzir ao seu desencadeamento, com destaque para factores particulares que diferem de pessoa para pessoa.

✓ Idade

Cerca de uma pessoa entre vinte, acima dos 65 anos de idade, e menos de uma pessoa entre mil, com menos de 65 anos, têm a doença de Alzheimer. No entanto, importa notar que apesar das pessoas tenderem a ficar esquecidas com o passar do tempo, a maioria das pessoas com mais de 80 anos permanece mentalmente lúcida. Isto significa que apesar de, com a idade, a probabilidade de se ter a doença de Alzheimer aumentar, não é a idade avançada, por si, que provoca a doença. Contudo, provas recentes sugerem que problemas relacionados com a idade, tais como a arteriosclerose, podem ser contributos importantes. Dado que as pessoas também vivem mais tempo do que no passado, o número de pessoas com a doença de Alzheimer e outras formas de demência vai, provavelmente, aumentar.

✓ Sexo

Alguns estudos têm sugerido que a doença afecta mais as mulheres do que os homens. No entanto, isto pode ser induzir em erro, porque as mulheres, enquanto grupo, vivem mais tempo do que os homens. Isto significa que se os homens vivessem tanto tempo como as mulheres, e não morressem de outras doenças, o número afectado pela doença de Alzheimer seria sensivelmente igual ao das mulheres.

✓ Factores genéticos/hereditariedade

Para um número extremamente limitado de famílias, a doença de Alzheimer é uma disfunção genética. Os membros dessas famílias herdaram de um dos pais a parte do DNA (a configuração genética) que provoca a doença. Em média, metade das crianças de um pai afectado vai desenvolver a doença. Para os membros dessas famílias que desenvolvem a doença de Alzheimer, a idade de incidência costuma ser relativamente baixa, normalmente entre os 35 e os 60. A incidência é razoavelmente constante dentro da família.

Descobriu-se uma ligação entre o cromossoma 21 e a doença de Alzheimer.

Uma vez que a síndrome de Down é causada por uma anomalia neste cromossoma, muitas crianças com a síndrome de Down virão a desenvolver a doença de Alzheimer, se alcançarem a idade média, apesar de não manifestarem todo o tipo de sintomas.

✓ Traumatismos cranianos

Tem sido referido que uma pessoa que tenha sofrido um traumatismo craniano severo corre o risco de desenvolver doença de Alzheimer. O risco torna-se maior se, na altura da lesão, a pessoa tiver mais de 50 anos, tiver um gene específico (apo E4) e tiver perdido os sentidos logo após o acidente.

✓ Outros factores

Não se chegou ainda à conclusão se um determinado grupo de pessoas, em particular, é mais ou menos propenso à doença de Alzheimer. Raça, profissão, situações geográficas e socio-económicas, não determinam a doença. No entanto, há já muitos dados que sugerem que pessoas com um elevado nível de educação tenham um risco menor do que as que possuem um nível baixo de educação

DIAGNÓSTICO

A doença de Alzheimer é uma forma de demência, mas não é necessariamente originada pelos mesmos factores que originam as outras formas de demência. Contudo, apesar da série considerável de investigações, a causa real da doença permanece desconhecida. Não existe um único teste que determine se alguém tem a doença de Alzheimer. É diagnosticado, preferencialmente, através de um processo de eliminação, assim como através de um exame minucioso do estado físico e mental da pessoa, em vez da detecção de uma prova da doença.

Estado físico e mental

É possível que se solicite ao cuidador ou familiar que providenciem informação sobre o comportamento da pessoa, como por exemplo, dificuldades em vestir-se, lavar-se, lidar com as finanças, cumprir compromissos, viajar sozinho, desembaraçar-se no emprego e usar electrodomésticos. Normalmente procede-se a uma avaliação neuropsicológica. Isto implica que se descubram possíveis problemas com a memória, linguagem, planificação e atenção. Utiliza-se, frequentemente, um teste simples denominado de Mini Avaliação do Estado Mental (Mini-Mental State Examination). Isto implica que se peça à pessoa que responda a perguntas do género: Qual é a data de hoje? Em que cidade é que estamos? Como é que se chama isto? (mostra-se um relógio). Outra parte do teste é para seguir uma série de instruções.

Pode-se efectuar uma bateria de testes (por exemplo, análises de sangue e urina), de forma a pôr de parte a possibilidade de existirem outras doenças que possam explicar o síndrome de Alzheimer, ou doenças que possam agravar um caso já existente de doença de Alzheimer. Para além disto, existem alguns métodos de visualização do cérebro que têm vindo a ser desenvolvidos, e que produzem imagens do cérebro vivo, revelando assim possíveis diferenças entre os cérebros das pessoas com a doença de Alzheimer, e os dos indivíduos não afectados. Estes testes providenciam um meio sem risco e indolor para examinar o cérebro de uma pessoa viva. Apesar de não conduzirem a um diagnóstico exacto da doença de Alzheimer, alguns médicos podem utilizar uma ou mais destas técnicas para reforçar o diagnóstico.

MÉTODOS DE IMAGEOLOGIA CEREBRAL

Ressonância Magnética Nuclear

Possibilita uma imagem extremamente detalhada da estrutura do cérebro. Quando uma imagem é colocada em cima de outra, que é registada uns meses depois, é possível ver mudanças num estágio recente, numa determinada parte do cérebro.

TAC (Tomografia Axial Computorizada)

Mede a espessura de uma parte do cérebro, que se torna rapidamente mais delgado em pessoas com a doença de Alzheimer.

Tomografia por Emissão de Fótons Únicos, Computorizada

Pode ser utilizada para medir o fluxo de sangue no cérebro, que se detectou estar reduzido nas pessoas com a doença de Alzheimer, em consequência do mau funcionamento das células nervosas.

Tomografia por Emissão de Positrões

A utilização desta técnica de digitalização encontra-se frequentemente confinada só à investigação. Pode detectar mudanças no modo como funciona o cérebro de uma pessoa com a doença de Alzheimer. Pode, por exemplo, detectar padrões anormais de consumo de glucose pelo cérebro.

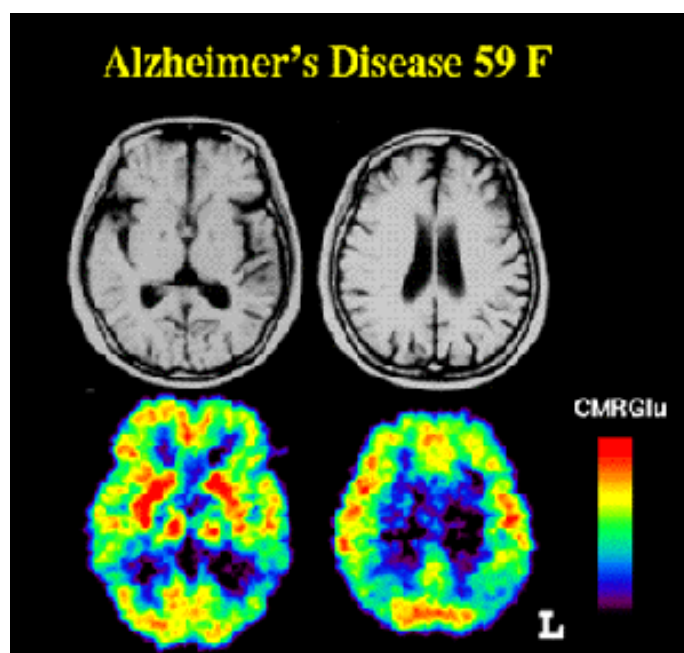


Fig nº 1 – Exemplo de neuroimagens

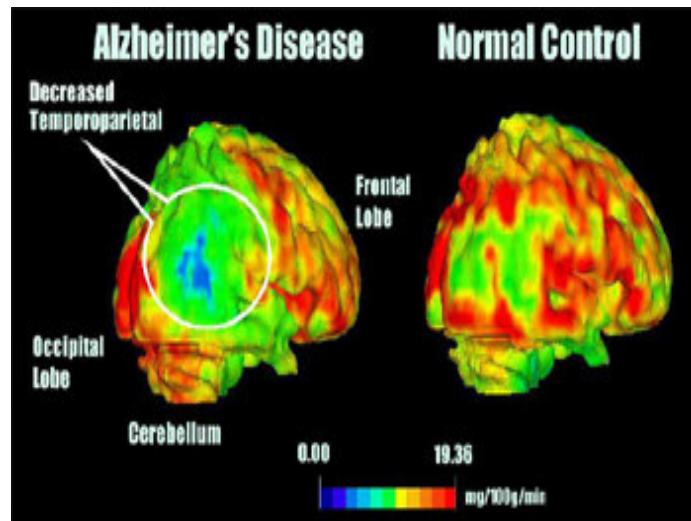


Fig nº 2 – Neuroimagem a 3D

DIFERENTES POSSIBILIDADES DE DIAGNÓSTICO

Existem três possibilidades para um diagnóstico da doença de Alzheimer: doença de Alzheimer possível, provável e definitiva.

✓ *Doença de Alzheimer possível*

O diagnóstico da doença de Alzheimer possível baseia-se na observação de sintomas clínicos e na deterioração de duas ou mais funções cognitivas (por exemplo, memória, linguagem ou pensamento) quando existe uma segunda doença que não seja considerada como causa de demência, mas que torna o diagnóstico da doença de Alzheimer menos certo.

✓ *Doença de Alzheimer provável*

O diagnóstico é classificado de provável com base nos mesmos critérios utilizados no diagnóstico da doença de Alzheimer possível, mas na ausência de uma segunda doença.

✓ *Doença de Alzheimer definitiva*

A identificação de placas e entrançados característicos, no cérebro, é a única forma de confirmar, com certeza, o diagnóstico da doença de Alzheimer. Por este motivo, o terceiro diagnóstico, determinante da doença de Alzheimer, só pode ser efectuado através de biópsia ao cérebro ou depois da autópsia.

A pessoa deve ser informada acerca do seu diagnóstico?

Hoje em dia, cada vez mais pessoas com a doença de Alzheimer têm sido informadas acerca do seu diagnóstico. Isto deve-se provavelmente a uma maior consciencialização da doença. Algumas pessoas podem não querer ser informadas do diagnóstico.

No entanto, considera-se, geralmente, que todos deveriam ter o direito e ser-lhes dada a oportunidade de decidir se preferem tomar conhecimento ou declinar este direito. Existem prós e contras em informar alguém acerca do seu diagnóstico. Também, a partir do momento em que se decide informar alguém acerca do seu diagnóstico, pode surgir o problema de como informar a pessoa.

Prós e contras em contar à pessoa

Em muitos dos casos, em resultado da preocupação manifestada pelos membros da família, faz-se um diagnóstico. Muitas das vezes, as pessoas com demência não se encontram conscientes, ou não reconhecem o facto de terem um problema. Não estão, por isso, interessados em obter um diagnóstico. Alguns podem sentir-se deprimidos quando sabem, ou sentir que seriam mais felizes se não soubessem. Quando uma pessoa sabe que tem a doença de Alzheimer, e compreende o que isso implica, pode planear como tirar mais partido dos anos de funcionamento mental, relativamente consistente, que lhes restam. Podem, igualmente, adoptar um papel importante na preparação do acompanhamento, para encontrar quem possa cuidar deles, fazer decisões financeiras importantes, e podem mesmo decidir participar na investigação, ou providenciar os preparativos necessários para doar tecido cerebral para ser investigado após a sua morte.

Como informar a pessoa acerca do diagnóstico

Alguns familiares e amigos podem vir a sentir dificuldades em abordar o assunto. Algumas pessoas preferiam que lhes contassem em privado, enquanto outros podem achar mais reconfortante que lhes seja transmitido na presença da família, que lhes poderia dar apoio moral e emocional. Uma outra possibilidade é a de combinar que seja o médico da pessoa a contar-lhe. Pode ajudar, combinar se a pessoa vai ao médico acompanhado ou sozinho. O médico poderia então responder a quaisquer perguntas que, tanto o cuidador como a pessoa com demência tivessem. A forma de explicar o diagnóstico depende da capacidade de compreensão da pessoa. Algumas pessoas podem compreender uma explicação sobre o que é a doença, como tende a progredir e as repercussões na vida diária, enquanto outras podem apenas ser capazes de perceber que têm uma doença que implica a perda de memória. Ao serem informados, podem necessitar de apoio para lidar com sentimentos de revolta, auto-culpabilização, medo e depressão. Alguns podem vir a beneficiar de aconselhamento e grupos de apoio, desde que a doença não esteja demasiado avançada.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:

Existem algumas doenças que podem simular o Alzheimer, que sempre devem ser excluídas para se confirmar o diagnóstico.

- ✓ Neurocisticercose (calcificações cerebrais provocadas pela Tênia, ou Solitária).
- ✓ Tumores Cerebrais.
- ✓ Hemorragias Cerebrais.
- ✓ Arteriosclerose.
- ✓ Intoxicações ou reacções paradoxais a medicamentos.
- ✓ Idem a drogas ilegais mas também legais (álcool).
- ✓ Atrofia cerebral provocada por alcoolismo.
- ✓ Síndrome de Korsakoff.
- ✓ Deficiência grave de Vitamina B.
- ✓ Hipotireoidismo e anemia graves.
- ✓ Depressão em pacientes de muita idade. Uma Depressão pode imitar o Alzheimer e o diagnóstico diferencial às vezes só pode ser feito através do tratamento com Antidepressivos. Esse tipo de Depressão se chamava Pseudo Demência.
- ✓ O mesmo para Psicoses em pessoas de muita idade.
- ✓ Traumatismos Cranianos e suas sequelas.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV (IGUAL AO ICD-10)

Múltiplos transtornos cognitivos

- ✓ Deterioração da memória
- ✓ Uma ou mais de: afasia, apraxia, agnosia ou alteração executiva.

Os défices provocam deterioração significativa da actividade laboral ou social;

- ✓ Início gradual ou deterioração continua;

- ✓ Não é devido a outras doenças do SNC, sistémicas ou uso de substâncias;
- ✓ Os défices não aparecem exclusivamente em delirium;
- ✓ Não se explica por depressão, esquizofrenia.

Perfil Neuropsicológico do Doente de Alzheimer

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

Perda de memória

A perda de memória pode ter consequências na vida diária, de muitas maneiras, conduzindo a problemas de comunicação, riscos de segurança e problemas de comportamento. É importante considerar os diferentes tipos de memória para compreender como a memória é afectada pela demência.

Memória Episódica

É a memória que as pessoas têm de episódios da sua vida, passando do mais mundano ao mais pessoalmente significativo. Dentro da memória episódica, existem memórias classificadas de curto termo (as que ocorreram na última hora), e as classificadas de longo termo (as que ocorreram há mais de uma hora). As pessoas com a doença de Alzheimer, no princípio da doença, parecem não ter dificuldades em lembrar acontecimentos distantes, mas podem esquecer, por exemplo, o que fizeram cinco minutos antes. As lembranças de acontecimentos antigos, apesar de não serem muito afectadas, tendem a interferir com actividades actuais. Isto pode resultar em que a pessoa execute rotinas do passado, que já não têm mais importância.

Memória semântica

Esta categoria abrange a memória do significado das palavras, como por ex. uma flor ou um cão. Diferentemente da memória episódica, não é pessoal, mas bastante comum a todos os que falam a mesma língua. É a comparticipação partilhada do significado de uma palavra que possibilita às pessoas manterem conversas com significado. Uma vez que as memórias episódica e semântica não estão localizadas no mesmo sítio do cérebro, uma pode ser afectada e a outra não.

Memória de procedimento

Esta é a memória de como conduzir os nossos actos, quer física como mentalmente, por exemplo, como usar uma faca e um garfo, ou jogar xadrez. A perda da memória de procedimento pode resultar

em dificuldades em efectuar rotinas, tais como vestir, lavar e cozinhar. Isto inclui coisas que se tornaram automáticas. Por esta razão, alguns pacientes que têm dificuldades em lembrar-se das suas palavras, ainda conseguem cantar razoavelmente bem. A sua memória de procedimento ainda se encontra intacta, enquanto a sua memória semântica (o significado das palavras) se deteriorou.

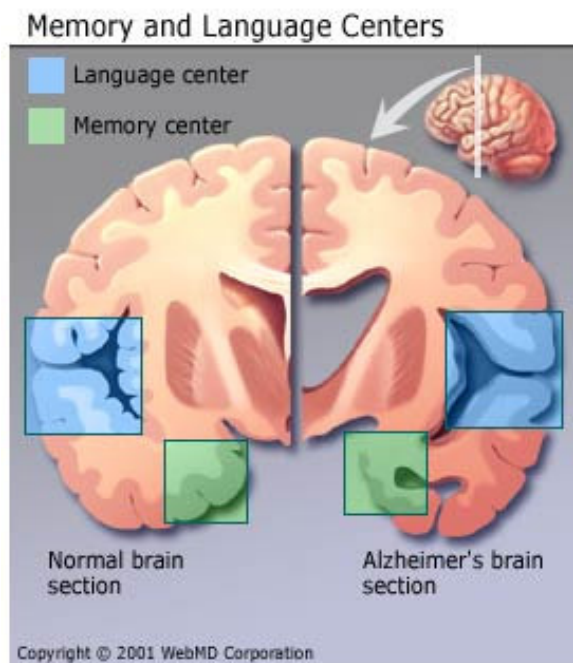


Fig nº 3 – Localizações cerebrais da memória e linguagem

A Síndrome Apraxico/Afasico/Agnosica

✓ *Apraxia*

É o termo usado para descrever a incapacidade para efectuar movimentos voluntários e propositados, apesar do facto da força muscular, da sensibilidade e da coordenação estarem intactas. Em termos correntes, isto pode implicar a incapacidade em atar os atacadores, abrir uma torneira, abotoar botões ou ligar o rádio.

✓ *Afasia*

O termo utilizado para descrever a dificuldade ou perda de capacidade para falar, ou compreender a linguagem falada, escrita ou gestual, em resultado duma lesão do respectivo centro nervoso. Isto pode revelar-se de várias formas. Pode implicar a substituição de uma palavra que esteja associada pelo significado (por exemplo, tempo, em vez de relógio), empregando a palavra errada, mas que soe de modo familiar (por exemplo, barco em vez de marco), ou usar uma palavra completamente diferente, sem relação aparente. O resultado, quando acompanhado de ecolalia (a repetição

involuntária de palavras ou frases ditas por outra pessoa), e pela repetição constante de uma palavra ou frase, pode ser uma forma de discurso que é difícil, aos outros, de compreender ou uma espécie de calão.

✓ *Agnosia*

É o termo utilizado para descrever a perda de capacidade para reconhecer o que são os objectos, e para que servem. Por exemplo, uma pessoa com agnosia pode tentar usar um garfo em vez de uma colher, um sapato em vez de uma chávena, ou uma faca em vez de um lápis. No que diz respeito às pessoas, pode implicar não as reconhecer, sem que isso se deva à perda de memória, mas como resultado do cérebro que não funciona para identificar uma pessoa com base na informação veiculada pelos olhos.

Comunicação

As pessoas com a doença de Alzheimer têm dificuldades na emissão e na compreensão da linguagem, o que, por sua vez, leva a outros problemas. Muitos pacientes também perdem a capacidade para ler e a capacidade de interpretar sinais.

Mudança de personalidade

As pessoas com a doença de Alzheimer podem comportar-se totalmente sem carácter. Uma pessoa que tenha sido sempre calma, educada e afável pode comportar-se de uma forma agressiva e doentia. São comuns as mudanças bruscas e frequentes de humor.

Comportamento

Um sintoma comum da doença de Alzheimer é a deambulação, tanto de dia como de noite. Existe um número de possíveis razões para este facto, mas devido a problemas de comunicação, é muitas vezes impossível descobrir quais são. Outros sintomas que afectam o comportamento são: a incontinência, o comportamento agressivo, e desorientação no tempo e no espaço.

Mudanças físicas

A perda de peso pode ocorrer mesmo quando se mantém a ingestão da quantidade usual de alimentos. Também pode acontecer por se esquecerem de mastigar ou de engolir, em particular nos últimos estádios da doença. Uma outra consequência da doença de Alzheimer é a redução da massa muscular, e uma vez acamados, surge o problema das escaras de decúbito. À medida que as pessoas

envelhecem, a sua vulnerabilidade para infecções aumenta. Em consequência disso, muitas pessoas com a doença de Alzheimer morrem com pneumonia.

OS TRÊS ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO

As pessoas com a doença de Alzheimer não sofrem os mesmos sintomas pela mesma ordem, ou com o mesmo grau de gravidade. No entanto, existe um padrão geral de evolução da doença, que permite descrever os três principais estádios.

A seguinte descrição destes estádios, apesar de não ser exaustiva, pode ajudar os cuidadores a saberem basicamente o que devem esperar, e a prepararem-se, antecipadamente, física e psicologicamente.

:: Estágio 1

O primeiro estágio costuma caracterizar-se por problemas moderados de memória, tais como o esquecimento de nomes e de números de telefone, mas dada a natureza subtil destes problemas, pode não ser imediatamente detectável. A pessoa em causa pode, por constrangimento ou por receio, tentar evitar que os outros se apercebam disso. Da mesma forma, os familiares, ou os amigos, podem tentar subestimar a importância do problema, talvez devido à crença de que o esquecimento é uma consequência natural do envelhecimento. No entanto, os problemas de memória sentidos pelos pacientes mais jovens têm menor probabilidade de passar despercebidos, em particular se essas pessoas ocuparem um posto, no qual necessitem de usar a memória.

O problema é posteriormente agravado com dificuldades concomitantes com a atenção. Uma combinação destes dois problemas pode conduzir a dificuldades em desempenhar tarefas que impliquem vários sub-estádios, e até mesmo em seguir o curso de uma conversa, que, provavelmente, numa situação de trabalho não passaria despercebida por muito tempo. Uma outra consequência é de que o paciente dá por si próprio à procura de palavras. Na prática, apesar disto não afectar o interesse da pessoa em comunicar, ele/ela tende a usar palavras mais simples e frases curtas.

A orientação no tempo não é muito afectada neste estágio, mas os pacientes começam a mostrar indícios de desorientação no espaço (delirando, e até mesmo perdendo-se num ambiente familiar, como a sua própria casa). Muitos pacientes desenvolvem gostos estranhos (por exemplo, em roupa), e alguns mostram uma preferência por cores berrantes. Outros podem mostrar uma falta de espontaneidade e de acção, e desenvolvem uma tendência para olhar fixamente em frente, com uma marcada incapacidade para mudar a posição dos olhos.

Por fim, os pacientes começam a ter problemas com a representação abstracta. O dinheiro, por exemplo, perde a sua forma simbólica, o que faz com que alguns bens ou serviços sejam pagos mais

do que uma vez. É-lhes difícil associar formas geométricas a objectos reais, o que significa que não são capazes de reproduzir um cubo, por ser demasiado abstracto.

Os problemas acima referidos podem ser mais ou menos notórios, dependendo de um número de factores, tais como o trabalho do paciente, a família, o estilo de vida e a personalidade. Este estágio pode tornar-se muito desgastante para o/a paciente, se ele/ela se aperceber do que está a acontecer.

:: Estágio 2

No segundo estágio, a gravidade dos sintomas leva, geralmente, os pacientes a abandonarem o seu emprego e a deixarem de conduzir. Em resultado disto, tornam-se cada vez mais dependentes de terceiros. Os problemas de memória acentuam-se, com predomínio de afecção para a recordação de eventos recentes e afastados, embora a memória para acontecimentos distantes permaneça intacta por mais tempo. Uma consequência disto é que, ao ver os seus netos, alguns pacientes lembram-se de parentes que já morreram, o que pode os perturbar e levar os outros a pensar que são incapazes de diferenciar entre o vivo e o morto. A perda de memória pode induzir os pacientes a pensarem que os seus familiares e amigos já não os visitam há muito tempo quando, de facto, acabaram de sair. Acresce o facto dos pacientes terem, frequentemente, dificuldade em reconhecer a sua própria família, uma vez desaparecida a associação entre o rosto e o nome.

Torna-se mais difícil interpretar os estímulos (tacto, paladar, vista e audição). Isto tem repercussões na vida diária, sob a forma de: perda de apetite, incapacidade para ler, e alucinações visuais/auditivas. A insónia pode tornar-se um problema, por a diferença entre dia e noite ter perdido o significado. Os pacientes começam a dormir mais de dia, e menos de noite. A noção de tempo e de espaço é afectada.

Actividades diárias, tais como lavar e vestir, tornam-se impossíveis de executar sem ajuda, por causa da perda de memória, da confusão e da dificuldade em manipular objectos. Os movimentos passam a ser cada vez menos, e menos precisos e menos coordenados.

Os pacientes vão tendo cada vez menos estabilidade na sua postura corporal, e podem ter acidentes porque passaram a ter visão dupla (diplopia). Pode ocorrer incontinência, quer em resultado das falhas de memória, problemas de comunicação e dificuldades de ordem prática, ou em resultado de uma lesão cerebral, em que os sinais não são mais registados, nem reconhecidos. Os pacientes tendem a sofrer de mudanças bruscas e frequentes de humor. Podem parecer centrados em si próprios e recusar ajuda. Podem tornar-se agitados e agressivos, ou andar de um lado para o outro, no quarto, durante todo o dia.

Os problemas de linguagem surgem mais marcados, incluindo a incapacidade para compreender a palavra falada e escrita, assim como a dificuldade em falar e escrever. Neste estágio, não é invulgar que os pacientes repitam constantemente as mesmas palavras ou frases.

:: Estágio 3

No terceiro estágio, pode-se dizer que o paciente sofre de demência grave. As funções cognitivas desapareceram quase por completo. O paciente perde a capacidade de entender ou utilizar a linguagem e pode simplesmente repetir os finais das frases, sem compreender o significado das palavras. A incontinência passa a ser total, e perde-se a capacidade para andar, sentar, sorrir e engolir. O paciente está cada vez mais vulnerável a uma pneumonia, e corre o risco de fazer úlceras de decúbito (escariar), caso não seja regularmente posicionado. Ele, ou ela, tornam-se rígidos, perdem os reflexos aos estímulos, e podem-se tornar agitados e irritáveis. Um acompanhamento constante é claramente necessário. No entanto, apesar da gravidade dos sintomas neste estágio, os pacientes ainda costumam responder bem ao toque e a vozes suaves familiares.

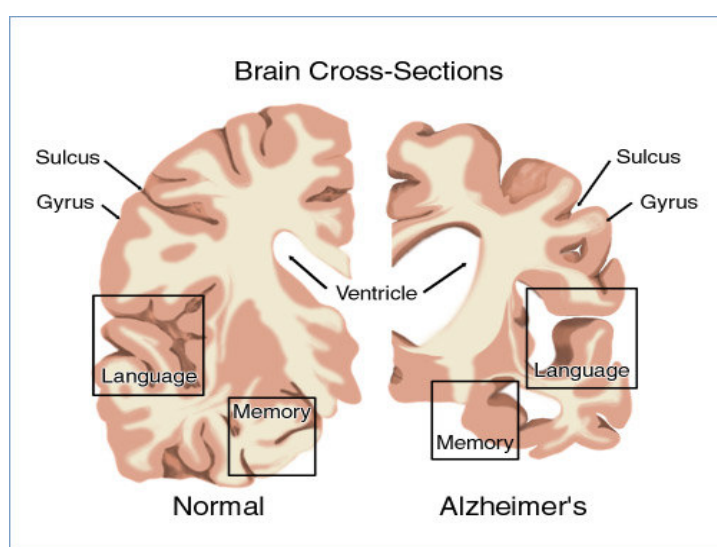


Fig. Nº 4 – Nos estágios mais adiantados da Doença de Alzheimer, a memória a curto prazo começa a declinar, juntamente quando parte do hipocampo, que faz parte do Sistema Límbico, degenera. Com isso, a habilidade em executar tarefas rotineiras também declina.

Enquanto a doença de Alzheimer se espalha através do córtex cerebral (a camada exterior do cérebro), a capacidade de crítica e julgamento declinam, crises emocionais podem ocorrer e a linguagem se compromete. A progressão da doença conduz à morte de maior parte de tecido nervoso, proporcionando expressivas mudanças do comportamento, tais como vaguear sem rumo e agitação.

O PAPEL DO NEUROPSICÓLOGO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

1. Objectivar através da história da deterioração, e das explorações neuropsicológicas, a presença e grau de demência.
2. Descrever o perfil da demência.

3. Diferencia-lo das mudanças cognitivas presentes na depressão ou no envelhecimento normal. Pode-se também distinguir as características da demência cortical e sub cortical.
4. Comprovar a involução após repetidas explorações e determinar as possibilidades funcionais do paciente de acordo com a extensão dos défices cognitivos.
5. Os aspectos forenses ou legais do neuropsicólogo implicam a valorização das capacidades para testar, levar uma vida independente, etc...

TRATAMENTO

Não existe um padrão típico de tratamento, existe sim uma intervenção que deve ser baseada nos seguintes pressupostos:

1. Multidisciplinar
2. Preventivo
3. Sintomático

Existem três abordagens básicas para melhorar a qualidade de vida do paciente de Alzheimer, retardando a sua dependência, desacelerando a deterioração cognitiva, e facilitando a vida do cuidador (aquele que toma conta do paciente).

Tratamentos Psicossociais

A primeira delas relaciona-se às medidas psicossociais, com a finalidade de avaliar as actividades do dia-a-dia, promovendo recursos para auto-manutenção física, higiene, actos de vestir, comer, tomar banho e se arrumar. Depois devem ser avaliadas as actividades instrumentais da vida diária, como comunicação, fazer compras, arrumar a casa e se locomover. O "cuidador" do paciente é a pessoa ideal para descrever o seu comportamento. Quando o cuidador é o cônjuge ou outro membro da família, a carga emocional propicia um grande número de transtornos, devido ao grau aumentado de stress como as doenças físicas, depressão, insónias, perda de peso, abuso de álcool e de medicamentos psicotrópicos, abuso físico e verbal do paciente. Por isto é de grande importância o cuidado com estas pessoas, para que também elas não adoeçam física e emocionalmente. Outros membros da família, amigos, pessoas contratadas e grupos de apoio devem estar envolvidos, reforça a médica.

Terapia Comportamental

A segunda medida é a terapia comportamental. O paciente com Doença de Alzheimer pode desenvolver uma ampla variedade de transtornos comportamentais, que incluem depressão, agitação, alucinação, delírios, ansiedade, violência, insónia, perambulação, que podem causar sofrimento considerável para os membros da família e para quem cuida do paciente, profissionalmente. As abordagens não farmacológicas devem ser buscadas antes da terapia medicamentosa. Entre elas, podemos encontrar actividades simples, que ocupem o tempo e tragam satisfação e bem-estar, como se sentar à mesa, tirar o pó da casa e uma variedade de actividades manuais, além de promover reuniões sociais, evitar sesta durante o dia, usar o banheiro antes de deitar, manter ambiente calmo, evitar confronto com o paciente. Tudo isto preenche a sua vida e promove um sono nocturno mais tranquilo.

Reestruturação cognitiva que pode se feita tanto a nível preventivo como a nível sintomático.

Tratamento medicamentoso

Muitos estudos sugerem haver melhoras em pacientes deprimidos com doença de Alzheimer quando tratados com anti depressivos, e ainda mais que tal melhora pode ocorrer mesmo que o quadro depressivo não esteja claramente definido (Reifler, 1989;Passeri, 1985).

Este é um dado muito importante e justifica a ênfase do tratamento psico-farmacológico para o paciente de Alzheimer, principalmente se considerarmos que, de modo geral, a depressão na doença de Alzheimer tende a responder bem ás medicações anti depressivas. Mas os candidatos ao tratamento antidepressivo devem ser minuciosamente avaliados pois, ao lado dos benefícios dos anti depressivos, muitos problemas de conduta na doença de Alzheimer podem ser melhor conduzidos com um importante apoio de mudanças ambientais e sem esses medicamentos.

Entre as medidas não farmacológicas para o tratamento do paciente com doença de Alzheimer, cabe destacar a estimulação para pacientes com apatia, a melhor estruturação do tempo, da ocupação e do meio ambiente do paciente, elaboração de programas para o quotidiano, desenvolvimento de rotinas, etc.

Para os pacientes com doença de Alzheimer, os anti depressivos inibidores Selectivos de Recepção de Serotonina (ISRS) são, provavelmente a primeira opção de tratamento farmacológico. Essa conduta deve ser imediatamente reavaliada se por vezes, esses medicamentos produzirem um certo parkinsonismo apático, bem capaz de piorar a depressão e prejudicar o apetite.

Os ISRS podem melhorar múltiplos sintomas da doença de Alzheimer, incluindo a irritabilidade, inquietude, ansiedade, medos e episódios de confusão. Além da sua reconhecida tolerabilidade, o seu uso tem certo apoio teórico no papel que se atribui à serotonina na doença de Alzheimer.

A Fluoxetina por tender a ser uma substância activadora, deve ser prescrita aos pacientes mais apáticos e pela manhã. Esse ISRS tem maior tendência de causar anorexia e perda de peso, um efeito indesejável e potencialmente importante se considerarmos a tendência natural dos pacientes com doença de Alzheimer a perder peso.

A Paroxetina deve ser preferida em paciente com ansiedade mais proeminente devido ao seu efeito ansiolítico, além de depressivo. Entre os anti depressivos atípicos, aqueles com acção fundamental de agonistas adrenergicos, a Reboxetina, cujo perfil clínico o torna muito estimulante, pode ser útil em pacientes apáticos. Também a Mirtazapina, outro antidepressivo atípico, pode ser usada selectivamente por causa do seu efeito antinausea e estimulante do apetite.

Actualmente não têm sido recomendados os anti depressivos triciclicos para idosos. Além deles poderem piorar os deficits cognitivos, também podem provocar hipotensão ortostática e estranheza da consciência. A hipotensão ortostática é potencialmente perigosa para os idosos considerando o risco de quedas.

Apesar disso, alguns triciclicos, como é o caso da Amitriptilina e da Nortriptilina, podem ser usados na doença de Alzheimer devido aos seus efeitos sedativo e antidepressivo.

NUTRIÇÃO E DOENÇA DE ALZHEIMER

Uma alteração no estado nutricional é um traço comum frequentemente observado durante a demência do tipo Alzheimer. Poucos doentes são obesos; a maior parte deles são magros. Esta deterioração do estado nutricional complica a doença (os doentes tornam-se mais frágeis, menos resistentes às infecções, menos autónomos).

As perturbações de comportamento presentes nesta doença podem ter consequências sobre a alimentação. Os doentes têm dificuldades de fazer deslocações, cozinhar, utilizar a loiça, cortar os alimentos, descascar os legumes e a fruta, mastigar e engolir. São muitas vezes distraídos e lentos

durante as refeições. Esta doença pode levar a alterações do cheiro e do paladar. Todas estas perturbações levam a uma perda de peso e a uma desnutrição.

Conselhos práticos em caso da alteração do apetite em doentes com Alzheimer

Os elementos cuidadores devem saber reagir às perturbações comportamentais e vigiar para que o doente conserve uma actividade física regular.

O doente pode ser incluído na preparação da refeição para se distrair, estimular as suas funções intelectuais, mas também para exercitar a memória.

A mesa deve estar adaptada às limitações físicas do doente para facilitar a sua alimentação. Deve mostrar-se agradável e funcional, com uma toalha bonita, guardanapos ou louça de cores contrastantes. Os pratos e os copos devem ser estáveis e os talheres apropriados. O lugar na mesa deve ser respeitado para evitar a desorientação da pessoa doente; recomenda-se também uma boa iluminação.

É preferível apresentar cada alimento num prato diferente do que um só prato com os vários alimentos que compõem a refeição. Durante as refeições é preciso verificar a temperatura dos pratos e nomear e descrever os alimentos.

É preciso estar disponível, manter-se calmo, não mostrar sinais de impaciência, interpelar o doente verbalmente ou através de pequenos gestos.

Os pratos devem ser temperados (especiarias, ervas aromáticas, limão) para estimular o apetite. É útil arranjar pratos fáceis de comer (menos com os dedos). É preciso deixar à disposição do doente uma taça de frutas, bebidas, pequenos pedaços de queijo.

ACTIVIDADE FÍSICA

A actividade física permite manter a densidade óssea e muscular. Recomenda-se um pequeno passeio todos os dias. As roupas devem ser confortáveis, se necessário deve usar óculos de sol e boné e deve assegurar-se uma hidratação eficiente.

Orientações para as famílias

- ▶ A manutenção de uma ambiente familiar ajuda a pessoa com demência a conservar a sua orientação. A mudança de domicílio ou de cidade, o mudar os móveis de sítio ou inclusive

pintar as paredes pode provocar-lhes uma perturbação. Uma agenda de grandes dimensões, uma luz nocturna, um relógio com números grandes ou um rádio podem também ajudar a pessoa a orientar-se melhor.

- ▶ Para evitar acidentes nas pessoas que tem tendência para se perder, devem esconder-se as chaves do automóvel e colocar detectores nas portas. Uma pulseira com a identificação da pessoa pode também ser eficaz.
- ▶ O estabelecimento de uma rotina sistemática para o banho, para a refeição, para o deitar e para outras actividades pode dar à pessoa uma sensação de estabilidade. O contacto regular com caras conhecidas pode também ser útil.
- ▶ As repreensões ou os castigos a uma pessoa com demência não são de nenhuma utilidade e podem agravar a situação.
- ▶ Pode ser útil o pedido de assistência a organizações de tipo social e de enfermagem. Pode existir um serviço de transporte e de alimentação ao domicílio. Uma ajuda permanente pode tornar-se muito dispendiosa, mas alguns seguros podem cobrir em parte, estes gastos.

BIBLIOGRAFIA

Habib.M., (1989). *Bases Neurológicas do Comportamento*. Paris. Masson

Gil, R., (1999). *Manual Neuropsicologia*. Barcelona. Masson

Robert, J., (1994). *O cérebro*. Flammarion. Collection Dominós

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

www.boasaude.uol.com.br

www.emedix.com.br

www.ids-saude.uol.com.br

www.infoviva.hpg.com

www.mentalhelp.com

www.sciel.br