

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA

NÚBIA DAYANE MARTINS DE SOUZA

**A MEMÓRIA NO ALZHEIMER E SUAS IMPLICAÇÕES
DE TRATAMENTO**

PATOS DE MINAS
2016

NÚBIA DAYANE MARTINS DE SOUZA

**A MEMÓRIA NO ALZHEIMER E SUAS IMPLICAÇÕES
DE TRATAMENTO**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia. Para finalidade de obtenção do título de Bacharel em Psicologia, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientador: Prof. Me. Arthur Siqueira de Sene.

**PATOS DE MINAS
2016**

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso Bacharelado em Psicologia

NÚBIA DAYANE MARTINS DE SOUZA

**A MEMÓRIA NO ALZHEIMER E SUAS IMPLICAÇÕES DE
TRATAMENTO**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 17 de
Novembro de 2016.

Orientador: Prof. Me. Arthur Siqueira de Sene
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Profa. Ma. Résia Moraes da Silva
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Profa. Ma. Cássia Angélica Nogueira Barbosa
Faculdade Patos de Minas

Dedico este trabalho aos cuidadores, sejam institucionais ou familiares, de portadores da Doença de Alzheimer, os quais se dedicam à melhoria da qualidade de vida destes, tratando-os com dignidade e relevância.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser minha fortaleza durante toda a minha vida.

A minha família, minha mãe Geralda José da Silva Gomes e em especial, meu pai Manoel Donizete da Silva, por sua generosidade infinita ao longo dos anos e por ser um exemplo para mim.

A meu orientador Arthur Siqueira de Sene, por sua paciência, otimismo e maestria em me auxiliar.

A professora Luciana de Araújo Mendes Silva, pelas dicas inestimáveis no decorrer do trabalho.

A meu namorado Paulo Henrique Alves de Oliveira, por seu afeto, carinho e dedicação em me ajudar nas pesquisas.

A meu amigo William César de Paula, pelas impressões e serviços de Lan House gratuitos.

E, por fim, a todos os meus amigos, em específico: Licinere Silva Ribeiro, Susana Paulina de Lima e Silva, Vitória Maria Pereira dos Santos e Igor Júnior Meira de Magalhães, simplesmente por existirem.

E a maioria das minhas memórias fugiu
de mim; Ou se confundiram com sonhos.

John Mayer

A MEMÓRIA NO ALZHEIMER E SUAS IMPLICAÇÕES DE TRATAMENTO

MEMORY IN ALZHEIMER'S AND ITS IMPLICATIONS FOR TREATMENT

Núbia Dayane Martins de Souza¹

Graduanda do Curso de Psicologia. Faculdade Patos de Minas.

Arthur Siqueira de Sene²

Mestre em Psicologia. Faculdade Patos de Minas.

RESUMO

A memória é um processo cognitivo básico envolvido com o adquirir, filtrar, selecionar, armazenar, estruturar e utilizar informações provenientes do ambiente ao nosso redor. A Doença de Alzheimer é uma síndrome neurodegenerativa que atua progressivamente gerando prejuízos cognitivos intensos bem como sociais. O presente trabalho de revisão seletiva de literatura enfocou artigos publicados prioritariamente em língua portuguesa compreendidos entre os anos de 2000 e 2015. O trabalho visa destacar a importância da memória nos portadores de Alzheimer, além de apresentar como o déficit mnemônico atua na progressão da doença e as reverberações da doença no portador e na família. Os resultados apontam que há diversas formas de tratamento focadas na melhora da qualidade de vida do indivíduo, considerando a aceitação da doença, as emoções envolvidas por portador e cuidador bem como o desenvolvimento de estratégias sociais e comportamentais de convívio social que possam possibilitar a ampliação da longevidade do portador como fundamentais nesse processo.

Palavras-chave: Déficit de memória; Alzheimer; Demência.

ABSTRACT

Memory is a basic cognitive process involved in acquiring, filter, select, store, organize and use information from the environment around us. Alzheimer's disease is

¹ Orientanda

² Professor Orientador

a neurodegenerative syndrome that acts progressively generating intense cognitive losses, as well as social. The present paper is a selective literature review focused on in articles published primarily in Portuguese language between the years 2000 and 2015. The paper aims to highlight the importance of memory in Alzheimer's patients, as well as the mnemonic deficit acts on disease progression and the reverberations of the disease in the carrier and in the family. The results indicate that there are several forms of treatment, focused on improving the quality of life of the individual, considering the acceptance of the disease, emotions involved for carrier and caregiver as well as the development of social and behavioral strategies of social conviviality that may enable the expansion of the longevity of the carrier as fundamental in this process.

Keywords: Memory deficits; Alzheimer's; Dementia.

INTRODUÇÃO

O processo de construção de atribuição de significados é natural ao ser humano. Esse processo apresenta-se intimamente ligado ao desenvolvimento dos processos básicos cognitivos – atenção, percepção, linguagem, resolução de problemas, entre outros – destacando-se a memória como parte essencial para compreensão e manejo das informações oriundas do ambiente ao nosso redor. Apesar da vasta potencialidade de desenvolvimento dos indivíduos em suas interações sociais saudáveis, esse processo pode ser abalroado por diversos tipos de problemas sendo os problemas de memória, como a doença de Alzheimer, alguns “elementos” comprometedores na construção de identidade do ser humano.

Baddeley et al. (2011) usam o computador digital como analogia em relação à memória humana no processo de compreensão de como ela é constituída em função de ser um ou mais sistemas de funcionamento. O autor destaca que, independente do sistema de memória ser físico, eletrônico ou humano, três qualidades são fundamentais: as capacidades de codificar ou introduzir a informação no sistema; de armazenar e em seguida encontrar e evocar essa informação.

Segundo Izquierdo (2011), a destruição da memória segue um curso próprio com características similares nos diversos tipos de demências. Caldeira e

Ribeiro (2004) apontam o caso da doença de Alzheimer como uma síndrome neurodegenerativa que se caracteriza pela perda de memória e habilidades previamente adquiridas.

Neste contexto, o primeiro caso relatado na história foi descoberto pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer em 1907 e, segundo ele, a principal hipótese para o surgimento da doença é genética. Entretanto, podem ocorrer vários casos em uma mesma família, ou um caso único, sem nenhum outro relatado anteriormente (SHIMODA; DUBAS; LIRA, 2007).

Baddeley et al. (2011) apontam que os sintomas do Alzheimer são variados, sempre incluindo um aumento gradativo no déficit grave da memória episódica. Além disso, os autores destacam que essa doença é a causa mais importante da demência senil, constituindo mais de 50% dos casos, sendo que ela ocorre em aproximadamente 10% da população acima de 65 anos, com essa taxa crescendo com o aumento da idade.

Inouye e Oliveira (2004) destacam que a maioria dos portadores de Alzheimer passam por três fases da doença: a inicial que é caracterizada por formas leves de esquecimento, descuido da aparência pessoal e no trabalho, dentre outros fatores; a intermediária, na qual há uma dificuldade em reconhecer pessoas e desvios comportamentais como agressividade; e a final consiste na perda de peso, total dependência, mutismo e morte.

Quando esta patologia ocorre, compromete-se o humor causando disforia e apatia, afirmações autodepreciativas, distúrbios do sono e apetite (FORLENZA, 2000). Além disso, a capacidade de aprender novas coisas e recordar as anteriormente aprendidas ficam prejudicadas. E há afasia, ou seja, a perturbação da memória (APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009).

No que concerne à fisiologia, a doença de Alzheimer ocorre devido à formação de placas beta-amiloides que desenvolvem emaranhadas em toda extensão do cérebro causando degeneração celular que, por sua vez, atrapalham o bom funcionamento das sinapses (NORDON et al., 2009).

A pior perda observada é a de si mesmo, no quesito personalidade, onde ocorrem mudanças tais como: desinibição sexual, hilaridade inadequada, exibicionismo e condutas antissociais. Além disso, o indivíduo passa a ingerir

alimentos compulsivamente e também objetos diversificados, desenvolve uma tendência a explorar o ambiente tocando em tudo (ALLEGRI et al., 2001).

Para melhorar a qualidade de vida tanto dos portadores de Alzheimer quanto dos indivíduos que o rodeiam são oferecidas algumas intervenções que têm se mostrado eficazes: uso de agentes farmacológicos, atividades psicossociais direcionadas aos portadores, familiares e cuidadores. A musicoterapia tem sido benéfica, assim como a pet-terapia (terapia com animais de estimação) (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

O presente trabalho está constituído de 3 seções. A primeira seção traz a definição sobre o construto **memória** e as partes envolvidas nesse processo cognitivo básico. A segunda seção apresenta a definição e características envolvidas na Doença de Alzheimer bem como as fases da doença. Por fim, a terceira seção salienta algumas formas de tratamento do Alzheimer, em especial a farmacológica, as estratégias cognitivas e as medidas sociais.

O presente trabalho justifica-se pela necessidade do desenvolvimento de pesquisas que possibilitem ampliar a compreensão sobre a gravidade da doença e assim fundamentar uma atuação profissional mais direcionada e humana com os portadores dessa doença bem como os cuidadores diretos e indiretos envolvidos.

E tem como objetivo refletir acerca das funções cognitivas atingidas na Doença de Alzheimer a fim de investigar como estas atuam direta e indiretamente na rotina do portador.

METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada por meio de uma revisão seletiva da literatura, de natureza qualitativa e descritiva, acerca das funções atingidas na doença de Alzheimer a fim de investigar como estas atuam direta e indiretamente na rotina do portador. Para a pesquisa de artigos científicos foram consultadas diferentes bases de dados como SCIELO (*The Scientific Eletronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e BIREME

(Biblioteca Virtual em Saúde) além de livros, teses e monografias de diversas instituições de Ensino Superior.

A seleção dos artigos pesquisados a serem utilizados incluiu a semelhança nos descritores base: **déficit de memória, Alzheimer e demência**; a leitura dos resumos que se adequassem a proposta do presente trabalho, bem como artigos que fossem publicados prioritariamente em língua portuguesa no período de 2000 a 2015. Não foram utilizados textos em língua estrangeira, exceto o espanhol. Após a leitura do material, os resultados foram descritos e discutidos com o intuito de destacar a importância da memória nos portadores de Alzheimer e como esse *déficit* mnemônico atua de acordo com o agravamento da doença.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

MEMÓRIA HUMANA

O construto **memória** está em constante transformação dentro do paradigma neurocognitivo científico. O constante processo evolutivo de tal elemento ocorre devido ao tema representar um processo básico da cognição humana que tem forte influência nas interações humanas, sejam elas em nível individual ou coletivo, atuando na construção de identidade do indivíduo. Podem-se observar diversas definições sobre esse construto sendo encontrados pontos de confluência nas definições de diferentes autores.

De acordo com Sternberg (2009) a memória é o meio pelo qual se recorre a experiências passadas para realizarmos atividades no presente e, como processo, ela se refere aos mecanismos associados à recuperação da informação e à retenção sobre a experiência passada. Izquierdo (2011) define em seus estudos que memória é aquisição, formação, conservação e evolução de informação.

Gazzaniga e Heatherton (2005) apontam que a memória é a capacidade do sistema nervoso de adquirir e reter habilidades e conhecimento utilizáveis

permitindo que os organismos se beneficiem da experiência. Já para Soares (2006) memória é a capacidade que se tem de reter informações advindas de experiências anteriores e usá-las no comportamento atual.

Conforme Mourão Júnior e Faria (2015) a memória é um dos mais importantes processos psicológicos, pois, além de ser responsável e por guiar em maior ou menor grau nosso dia a dia, está relacionada a outras funções corticais igualmente importantes tais como a função executiva e o aprendizado. Os autores destacam ainda que o ser humano faz uso desse recurso tão importante a todo o momento como, por exemplo, ao entrar no carro para ir para a faculdade, quando se tem, necessariamente, que lembrar para onde se está indo e, para isso, consultam-se as memórias armazenadas.

Mourão Júnior e Faria (2015) apontam que o processo de armazenamento da memória consiste em: aquisição (momento em que a informação chega ao sistema nervoso), consolidação (momento de armazenamento da informação) e evolução (retorno espontâneo das informações armazenadas). Sternberg (2009) destaca que cada operação representa um estágio do processamento da memória sendo que na codificação ocorre a transformação dos dados sensoriais em uma forma de representação mental. Dessa forma, o armazenamento é responsável por manter as informações codificadas na memória ao passo que a recuperação é o acesso ou uso do que foi armazenado.

No decorrer dos anos e avanços nos estudos científicos sobre memória diversos modelos explicativos foram adotados. Sternberg (2009) ressalta inicialmente o modelo tradicional de memória desenvolvido por Richard Atkinson e Richard Shiffrin em 1968 que era composto por três sistemas de armazenamentos: o armazenamento sensorial, o armazenamento de curto prazo e o armazenamento de longo prazo.

Segundo Pereira, Reis e Magalhães (2003) no armazenamento sensorial as informações são captadas através dos órgãos de sentido: visão (olhos) olfato (nariz) audição (ouvidos) paladar (língua). Sternberg (2009) destaca como parte integrante do armazenamento sensorial a ocorrência do armazenamento icônico que consiste em um registro sensorial de natureza visual e descontínua que retém informações por períodos muito breves.

O armazenamento de curto prazo é, de acordo com Xavier (2004), aquele sistema no qual ocorre a retenção de pequena quantidade de informações por tempo limitado sendo que, nesse período, a informação é mantida por repetição nos sistemas de memória. Gazzaniga e Heatherton (2005) enfatizam que o armazenamento de curto prazo também recebe o nome de memória imediata na qual as informações não são mantidas por mais de 20 segundos, exceto se forem evocadas de modo contínuo.

O armazenamento de longo prazo consiste na capacidade de armazenar grande quantidade de informação por um período indefinido de tempo sendo que é nele que armazenamos as informações de que precisamos para nos adaptarmos ao nosso meio como, por exemplo, quais são nomes das pessoas, onde guardamos objetos, como planejamentos os dias, entre outros (STERNBERG, 2009).

Gazzaniga e Heatherton (2005) descrevem que a realização constante de estudos sobre a memória de curto prazo (MCP) clarificaram que esse tipo de memória não é um simples sistema de armazenamento, mas uma unidade processadora ativa que lida com múltiplos tipos de informação como sons, imagens e ideias. Ressaltam ainda que foi o psicólogo britânico Alan Baddeley e seus colegas que desenvolveram um influente sistema de memória ativo com três partes, denominado memória de trabalho. A memória de trabalho é um sistema de processamento ativo que mantém as informações “na linha” para que possam ser utilizadas para atividades como solução de problemas, raciocínio e compreensão.

Matlin (2004) destaca que a memória de trabalho possui três componentes, cada qual com uma função: o circuito fonológico que é responsável pelo armazenamento de um número limitado de sons por um período curto; o bloco de esboço visuoespacial, responsável pelo armazenamento de imagens visuais e espaciais e o executivo central, relacionado à integração das informações linguísticas e visuoespaciais assim como informações provenientes da memória de longo prazo para que sejamos capazes de executar atividades. A autora destaca ainda que diferentes componentes podem ser usados ao mesmo tempo, sugerindo que a memória de trabalho é mais flexível do que se pensava anteriormente.

Sternberg (2009) aponta que recentemente outro componente, denominado anteparo episódico, foi agregado à memória de trabalho a partir dos

estudos de Baddeley em 2000. Segundo o autor o anteparo episódico é um componente de capacidade limitada capaz de fundir informações dos sistemas subsidiários e da memória de longo prazo em uma representação episódica unitária, integrando assim informações de partes diferentes da memória de trabalho, ou seja, visuoespacial e fonológica a fim de que façam sentido. Desse modo, a inclusão permite resolver problemas e reavaliar experiências anteriores por meio de conhecimento mais recente.

Gazzaniga e Heatherton (2005) discorrem que não existe concordância sobre o número de sistemas da memória humana, uma vez que alguns pesquisadores distinguem os sistemas de memória com base em como a informação é armazenada na memória ao passo que outros pesquisadores focam nos tipos de informação armazenados, tais como palavras e significados *versus* determinados movimentos musculares. Apesar disso, a compreensão acerca de como diferentes sistemas de memória funcionam ajudou significativamente no entendimento da memória e também no entendimento sobre o porquê de ela falhar de vez em quando. Os autores apontam que a distinção mais básica entre os sistemas de memória é entre aqueles em que há lembranças e uso de informações conscientemente e aqueles em que a memória se manifesta sem esforço ou intenção consciente.

A memória implícita é a capacidade de adquirir habilidades percepto-motoras ou cognitivas através da exposição repetida a um estímulo ou atividade; estas experiências só podem ser aferidas pela melhora no desempenho do indivíduo, já que não são expressas de maneira consciente ou intencional. Lent (2010) descreve a memória não declarativa (também conhecida como memória implícita) como correspondente às memórias que estão em nível subconsciente não podendo ser evocadas por palavras, mas por ações (GRAF; SCHACTER, 1985 apud BOLOGNANI et al., 2000; SQUIRE, 1987).

Segundo Mourão Júnior e Faria (2015) memória explícita também pode ser chamada de memória declarativa sendo subdividida em duas categorias: memória semântica e memória episódica. A memória semântica diz respeito às experiências passadas, a “episódios” vitais (uma viagem, um momento muito triste, o primeiro beijo, etc.). Xavier (2004) destaca que na memória semântica também há

referencia à capacidade humana de completar palavras, decisões léxicas e identificação de palavras. Já a memória episódica refere-se às lembranças de fatos da vida do indivíduo possuindo um papel crucial na caracterização desse indivíduo em sociedade (CARDEAL, 2007). Sternberg (2009) salienta que os estudos de Endel Tulving em 1972 definem a memória episódica como aquela que armazena eventos ou episódios que foram vivenciados pelo indivíduo. Desse modo, de acordo com Tulving, usamos a memória episódica quando aprendemos relações de palavras ou quando precisamos nos lembrar de algo que nos ocorreu em uma ocasião ou em um contexto específico

De acordo com Gazzaniga e Heatherton (2005) a memória de procedimentos, também chamada de motora, é um exemplo de memória implícita e envolve habilidades motoras, hábitos e outros comportamentos empregados para atingir objetivos como a coordenação de movimentos musculares para andar de bicicleta ou obedecer às regras de trânsito ao dirigir. A priori, ambas as modalidades de memória apresentadas abrangem o ser humano em sua totalidade, como este percebe o seu ambiente e o interpreta, como adquire novos conhecimentos, como entende a linguagem utilizada em seu meio e constrói sua história pessoal.

É importante destacar também o papel do funcionamento cerebral em sua relação com a memória. Gazzaniga e Heatherton (2005) afirmam existir uma grande especialização neural com diferentes regiões do cérebro responsáveis por armazenar diferentes aspectos de informação sendo que a seção medial dos lobos temporais é a única área do cérebro que foi repetidamente identificada como importante para a memória. Essa seção consiste em algumas estruturas relevantes para a memória incluindo a amígdala, o hipocampo e o córtex rinal, que fica localizado relativamente em frente ao hipocampo. Além disso, os autores apontam que a memória envolve alterações em conexões através das sinapses, ou seja, quando ocorre um estímulo no cérebro há uma liberação de substâncias químicas, denominadas neurotransmissores, que ativam as informações que já estão retidas na memória para a realização de certas atividades.

Embora a memória seja solidamente estruturada pode ocorrer certo declínio em seu funcionamento devido a diversas causas fisiológicas, genéticas, metabólicas ou neuronais levando o indivíduo a apresentar alguma demência,

comumente o Alzheimer que tem por principal característica a perda gradual de memória (NORDON, 2009).

MEMÓRIA E ALZHEIMER

Com o envelhecimento da população em geral, aumentando em larga escala, prevê-se um aumento na incidência de demências, caracterizadas por *déficits* cognitivos e de memória apresentando também: afasia (perda da linguagem) apraxia (dificuldades para realizar atividades motoras) e agnosia (incapacidade de identificar objetos) (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Em alguns casos essa deterioração prossegue no sentido de evolução para demência, em específico o Alzheimer que se configura em morte neuronal, impossibilitando o funcionamento regular da atividade cerebral (SERENIK; VITAL, 2008).

Na Doença de Alzheimer são duas as principais proteínas que formam os agregados: a proteína ou peptídeo beta-amiloide que se situa nas placas senis e a proteína tau que se localiza principalmente nos emaranhados neurofibrilares (TROJANOWSKI, 2003 apud NITRINI & TAKADA, 2011).

A degeneração se inicia com o acúmulo de peptídeo beta-amiloide onde essas moléculas aglutinam-se e formam as fibras amiloides que, por sua vez, se depositam ao redor dos neurônios nessas formações conhecidas como placas senis ou neuríticas (BARRETO, 2015).

Proteínas precursoras amiloides são responsáveis pelo desenvolvimento e funcionamento adequado do cérebro: sua degeneração é feita por uma via amiolodogênica e outra não amiolodogênica; o excesso de degradação pela primeira gera uma formação excessiva de proteína beta-amiloide, que formam agregados fibrilares na terminação sináptica, as placas senis precipitam e precedem a formação de aglomerados proteicos intracelulares (NORDON, 2009).

O peptídeo beta-amiloide exibe efeitos tóxicos em cultura de células promovendo potencialização de aminoácidos excitatórios além de ter efeito maléfico sobre sinapses (JACOB FILHO; NITRINI, 2011).

Conforme a doença vai progredindo ocorre o surgimento de lesões típicas que se manifestam pelo aparecimento de placas senis que contem depósitos extracelulares de proteínas beta-amiloides e fusos ou emaranhados neurofibrilares, localizados normalmente no citoplasma perinuclear composto de proteínas tau hiperfosforilada (MARTELLI; MARTELLI, 2014).

Segundo Nitrini e Takada (2011) a proteína tau mantém a integridade do sistema dos microtúbulos que fazem o transporte de fatores tróficos, neurotransmissores e de proteínas entre o corpo celular, dendritos e axônios. Caso hiperfosforilada não se liga as proteínas dos micros túbulos, agrega-se no pericárdio, com a perda de estabilidades dos micros túbulos, o transporte por este sistema é comprometido o neurônio perde progressivamente suas conexões e caminha para a morte celular.

Diversos e complexos são os fatores que podem aumentar ou diminuir a probabilidade do desenvolvimento de Alzheimer, são eles: idade avançada, histórico familiar da demência, aspectos genéticos, além de outros fatores que estão sendo analisados como ser do sexo feminino, ter baixa escolaridade, histórico de depressão e ser portador de doenças vasculares (LIMA, 2006).

Em geral, o primeiro aspecto clínico para o diagnóstico é a perda da memória recente enquanto que as lembranças remotas são preservadas até certo estágio. Além das dificuldades de atenção e de fluência verbal, outras funções cognitivas deterioram na medida em que a patologia evolui, entre elas: a capacidade de fazer cálculos, noções viso espaciais, problemas comportamentais (agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade, bem como altos índices de depressão) (SERENIK; VITAL, 2008). Segundo Caldeira e Ribeiro (2004) alguns pacientes apresentam exacerbações das características de suas personalidades, outros podem ter como experiência uma inversão na personalidade: “A doença traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, dependência e insegurança.” (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008, p. 396).

Embora o declínio do desempenho cognitivo na demência seja preocupante, a defasagem social e emocional pode ser ainda mais complexa, causando sentimentos de aversão, tristeza ou frustração, perante o portador, devido à tais sintomas. Além disso, pode acarretar a depressão, neste caso denominada de Depressão Tardia (BADDELEY et al., 2011).

Tal patologia vem acompanhada por sintomas psicóticos como delírios (sintoma comportamental grave que envolve crenças imaginárias, incoerente, sendo mais comum o de roubo de objetos, infidelidade conjugal, abandono e mania persecutória). Além disso, afirmações depreciativas, apatia, ideação suicida, falta de apetite e sono. Em estágio mais avançado dá-se mais atenção a fatores comportamentais para diagnóstico uma vez que a fala torna-se incongruente (FORLENZA, 2000).

De acordo com Inouye e Oliveira (2004) a maioria dos portadores de Alzheimer enfrentam diferentes fases evolutivas da doença, sendo elas apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 1: Fases Evolutivas da Doença de Alzheimer.

FASE	DESCRIÇÃO
Inicial	Leve esquecimento; Dificuldade de memorizar; Descuido da aparência; Perda discreta da autonomia para atividades rotineiras; Desorientação do tempo e espaço; Perda de espontaneidade e iniciativa; Alteração de personalidade e julgamento.
Intermediária	Dificuldade em reconhecer pessoas; Incapacidade de aprendizado; Perambulação; Incontinência urinária e fecal; Comportamento inadequado; Agressividade; Pensamento obcecado.
Final	Perda de peso; Total dependência; Mutismo; Restrição ao leito; Irritabilidade extrema; Óbito.

Fonte: INOUE; OLIVEIRA (2004)

Segundo Caldeira e Ribeiro (2004) além das fases evolutivas também é preciso discorrer sobre as etapas da dependência que a doença pode causar. Os autores apontam para três divisões básicas: a dependência estruturada, a dependência física e a dependência comportamental. Na dependência estruturada há perda de valor social por parte do doente no qual ele deixa de produzir capital e passa a ser mero consumidor de recursos. A dependência física consiste na perda da capacidade de lavar-se, alimentar-se, vestir-se, ou seja, realizar atividades da vida diária sozinha. Por fim, a dependência comportamental é caracterizada pela restrição ao ambiente familiar seja por falta de recursos financeiros da família ou por debilitação do paciente, para realização de atividades sociais.

Conforme Montezuma et al. (2008) a doença traz consigo uma regressão emocional, acentua sentimentos autodepreciativos, fragilidade e alterações na autoimagem causando perda da noção corporal e biográfica e transtornos tanto para si quanto familiares.

Diante deste fato, pode-se dizer que o Alzheimer é uma doença familiar uma vez que o diagnóstico retrata uma realidade de muitas perdas e que envolve questões de autonomia do corpo e afastamento do eu para o paciente, tornando a rotina de cuidados com o mesmo muito complexa e envolvendo uma gama de sentimentos distintos e conflituosos (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004).

Diante do quadro de dependência há a necessidade de supervisão constante originando fator de risco e estresse para o cuidador seja este membro da família (cuidador primário) ou profissional contratado por uma instituição asilar (CRUZ; HAMDAN, 2008).

TRATAMENTOS

Apesar da doença de Alzheimer ser uma síndrome demencial sem cura desenvolvida pode-se observar a existência de diversas formas de tratamento que

buscam melhorias no quadro demencial bem como o desenvolvimento de estratégias que possam aumentar a satisfação de bem-estar tanto do portador da doença como dos familiares e profissionais envolvidos. Destacam-se os tratamentos farmacológicos e as estratégias neuropsicológicas.

Segundo Forlenza (2005) os inibidores da colinesterase são as principais drogas atualmente licenciadas para o tratamento da Doença de Alzheimer. Seu uso baseia-se no *déficit* colinérgico que ocorre na doença e propõe o aumento das sinapses inibindo suas enzimas catalíticas tendo efeito discreto na cognição e é benéfico para certas alterações nas funções cognitivas.

O mercado brasileiro dispõe de três medicamentos licenciados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) com características anticolinérgicas: a Rivastigmina, o Donepezil e a Galantamina. De acordo com Engelhardt et al. (2005) a Tacrina foi o primeiro medicamento utilizado no tratamento do Alzheimer oficialmente aprovado no ano de 1993. Sua dosagem de uso consistia em 40 a 160 mg por dia, meia vida curta de três a quatro horas, sendo tomados quatro comprimidos no decorrer do dia, com metabolismo hepático e eliminação renal.

Ainda segundo Engelhardt et al. (2005) apesar da confirmação dos benefícios da reposição colinérgica na doença o que gerava melhoras na cognição e nos sintomas comportamentais, ajudando o paciente a ter uma leve retomada de sua rotina, foram observados muitos efeitos colaterais, tais como: prisão de ventre, diarreia, gases, perda de apetite, dores musculares, náuseas, nariz entupido, vomito, perda de peso e possível hepatotoxicidade. Devido a todos esses efeitos secundários, a Tacrina deixou de ser comercializada.

Vale et al. (2011) destacam que a Rivastigmina é um carbamato que consegue inibir de forma irreversível a acetilcolinesterase e também a butirilcolinesterase. Sua dosagem consiste em 6 a 12 mg por dia, meia vida de uma a duas horas, dois comprimidos no decorrer do dia, com metabolização sináptica e excreção renal. O medicamento beneficia na recuperação de *déficits* cognitivos ajudando o paciente a retomar sua vida diária, mas pode haver alguns efeitos colaterais como náuseas, vômito, dor de barriga, perda de apetite e perda de peso.

Uma vantagem do Donepezil é ter uma boa penetração através da barreira-hematoencefálica fazendo com que chegue ao cérebro em uma concentração de seis a sete vezes maior que o plasma sendo considerado um inibidor de ação central. Sua ação apresentou uma melhora no valor cognitivo e comportamental, além de estabilização da capacidade funcional, o que ajuda o portador da doença a retomar seus afazeres no decorrer do dia. Entre os efeitos adversos observados, temos: diarreia, tontura, perda de apetite, dores musculares, náuseas, cansaço, problema para dormir, vomito e perda de peso. Sua dosagem consiste em 5 a 10 mg por dia, meia vida de sete horas, dosagem única, com metabolismo hepático e excreção renal (SOUZA; SILVA; SILVA, 2014).

Inouye e Oliveira (2004) descrevem a Galantamina como um alcalóide e um inibidor reversível e competitivo da acetilcolinesterase com pequena atividade inibitória da butirilcolinesterase. O medicamento ajuda no funcionamento cognitivo e em atividades cotidianas como vestir-se, higienizar-se e no preparo de refeições sendo seus efeitos colaterais mais comuns: náuseas, vômito, diarreia, perda de peso, tontura, dor de cabeça e cansaço. Sua dosagem consiste em 12 a 24 mg por dia, meia vida de setenta horas, dois comprimidos por dia, com metabolismo hepático.

Além destes medicamentos, há outra classe, utilizada no tratamento dos sintomas do Alzheimer, os antagonistas de receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA), tendo como único representante disponível no mercado a Memantina responsável por regular a atividade por células danificadas pela doença e, assim que alcança os receptores NMDA nas células superficiais, o cálcio é liberado para dentro das células causando degeneração celular, o que é evitado com a administração da Memantina (FALCO et al., 2015).

Forlenza (2005) aponta que a dosagem de Memantina deve ser de 20 a 30 mg por dia, efeito de três a oito horas, dois comprimidos por dia, metabolização gastrointestinal, eliminação renal. Araújo e Pondé (2006) destacam que o medicamento aumenta a autonomia do paciente em seu cotidiano, o qual se levanta com mais facilidade, toma banho, higieniza-se, cria *hobbies*, o que garante melhora em seu repertório social.

As intervenções direcionadas ao cuidador podem ser de cunho psicoeducacional, psicossocial ou psicoterapêutico e objetivam a compreensão e a aceitação do diagnóstico, a criação de estratégias de enfrentamento e o conhecimento sobre recursos possíveis para o manejo e possibilidade de expressar preocupações e emoções (DOURADO et al., 2005).

Segundo Andrade (2009), a intervenção psicoeducacional é aquela que abarca um componente educacional sobre diagnóstico, curso e progressão da demência, manejo com sintomas neuropsiquiátricos, comunicação com os pacientes, cuidados gerais, busca de recursos comunitários e questões legais. Além desse componente educacional, esse tipo de intervenção abarca apoio mútuo entre os cuidadores e oferece espaço para lidar com questões emocionais e com a sobrecarga. Os programas psicoeducacionais consistem, portanto, em modalidades de intervenção com o propósito de oferecer, em primeiro lugar, informação sobre a doença e seu manejo além de técnicas de enfrentamento e apoio emocional aos cuidadores.

As intervenções categorizadas como psicossociais buscam incentivar que o familiar cuidador mobilize membros da família e recorra a serviços e recursos comunitários a fim de construir uma rede de apoio mais sólida que pode funcionar como um alívio da sobrecarga e tensão advindas da tarefa de cuidar de um idoso com demência além de acarretar numa diminuição dos sintomas neuropsiquiátricos do paciente e num adiamento de sua possível institucionalização (PONCIANO; CAVALCANTI; FÉRES-CARNEIRO, 2010).

Diversas são as técnicas oriundas da Medicina que tem como foco o trabalho com a doença de Alzheimer e, entre elas, destacam-se: a terapia comunitária, a terapia de reminiscência, a terapia assistida por animais, a intervenção terapêutica ocupacional, o tratamento multidisciplinar, a musicoterapia, a técnica de validação e a técnica de aprendizagem sem erros.

A Terapia Comunitária frisa a formação de grupos nos quais são tratados assuntos referentes ao Alzheimer e como enfrentar tal situação através da troca de experiências tanto por parte de cuidadores, familiares, profissionais da saúde envolvidos como pelo próprio portador estando este nas fases iniciais (ROCHA et al., 2009).

Segundo Cunha (2011) a Terapia de Reminiscência tem como objetivo resgatar lembranças e emoções vividas no passado do paciente através de imagens, jogos, músicas, fotos e outros estímulos fazendo com que o mesmo associe tais estímulos a nomes ou características físicas dos entes correlacionados aos estímulos além de ser uma técnica que enfatiza o entretenimento.

A Terapia de Orientação para a realidade visa o auxílio aos pacientes para que mantenham o foco no tempo e espaço atuais através de agendas, calendários, diários, fotos e imagens, apresentando dados de realidade ao paciente de forma organizada e constante, facilitando a orientação e engajamento social do mesmo (BOTTINO et., 2002).

A Terapia Assistida por Animais (TAA) é uma prática com critérios específicos onde o animal é a parte central no tratamento objetivando-se assim promover a melhora social, emocional, física e/ou cognitiva de pacientes, ressaltando-se que o amor e companheirismo entre humano e animal trazem benefícios no tratamento de diversas patologias, dentre elas, o Mal de Alzheimer (MACHADO et al., 2008).

A Intervenção Terapêutica Ocupacional consiste no atendimento individual ao paciente e aos familiares adaptando o ambiente para atender as necessidades do mesmo, enfocando o treinamento para o trato com as adversidades inerentes à doença e a reabilitação cognitiva (CUNHA, 2011).

Pestana e Caldas (2009) apontam que o Tratamento Multidisciplinar parte do pressuposto de que existem vários tipos de profissionais e técnicas que serão necessárias ao longo do tratamento e que a escolha destas será de acordo com o estágio da doença, motivação dos envolvidos e recursos financeiros e ambientais disponíveis. A equipe conta com: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicoterapeutas.

De acordo com Lima (2006) a presença do psicólogo na equipe multidisciplinar deve estimular as habilidades cognitivas restantes do portador, incentivar o convívio social, lazer e atividades geradoras de prazer, tanto para o portador quanto para quem convive com o mesmo. Souza et al. (2008) enfatizam algumas medidas apresentadas pelos psicólogos aos cuidadores, entre elas: dar ordens simples ao paciente (uma por vez), falar como se o paciente entendesse o

que está sendo dito, manter uma rotina, não ter medo de tocá-lo ou abraçá-lo, considerar sua subjetividade, mesmo diante do quadro demencial apresentado.

Na Musicoterapia, acredita-se que o paciente se expressa através dos sons sendo que cada qual representa um significante, referente ao repertório comportamental e, portanto, podendo ser estimulado. Além disso, pode facilitar a comunicação e melhorar a interação social uma vez que a música teria o papel de mediadora da experiência consciente da realidade vivida. A Técnica de Validação foca no alívio ao desconforto emocional através do aumento de sua autoestima, do estímulo ao autocontrole e inserção do indivíduo no contexto social (CAMARA et al., 2009).

Bottino et al. (2002) destacam que na Aprendizagem Sem Erro ocorre o reforço da emissão da resposta correta, através da repetição constante de determinado estímulo. O sucesso na realização desse tipo de tratamento possibilita aumentar a motivação do paciente facilitando o aprendizado e melhorando sua capacidade de memorização.

Algumas pesquisas apontam a Terapia Cognitivo Comportamental como uma forma de tratamento, em quadros demenciais, que auxilia no manejo do sono, resolutividade de situações conflitivas, estresse e psicoeducação dos transtornos. Neste contexto, considera-se importante o trabalho das emoções de familiares e de pacientes, as quais influenciam em como vivenciam e interpretam a situação (OLIVEIRA et al., 2014).

O trabalho interventivo em terapia cognitivo-comportamental (TCC) é baseado no método psicoeducativo. Segundo Charchat-Fichman et al. (2012) no que concerne o tratamento com portadores de Alzheimer a psicoeducação refere-se a uma orientação sobre aspectos relevantes da doença por parte do terapeuta à familiares, pessoas que convivem com o paciente e o próprio. São realizadas sessões nas quais é apresentado o quadro clínico do paciente e são ensinadas estratégias de estimulação cognitiva, registros de pensamentos bem como técnicas que ajudam os envolvidos a se adaptar da forma mais adequada possível a partir de seu repertório comportamental atual ou adquirido no decorrer das sessões. Dessa forma, a Terapia Cognitivo Comportamental abrange tanto as questões inerentes ao paciente, quanto a seus cuidadores, elevando assim o grau de eficácia do método.

Apesar das diversas opções de tratamento não há um modelo que englobe a remissão total da doença. O modelo de tratamento multidisciplinar tem se apresentado como o mais completo no trabalho com o portador do Alzheimer e também com seu cuidador, pois é realizado por diferentes profissionais que têm entrelaçadas suas formas de avaliação e atuação, aumentando assim sua eficácia.

DISCUSSÃO

O estudo do construto “memória” tem sido frequentemente apontado como um dos mais importantes processos cognitivos básicos na atuação do ser humano com sua realidade, pois ela é responsável por atividades relacionada à função executiva e aprendizagem bem como no desenvolvimento de habilidades e de conhecimentos, conforme destacam Izquierdo (2011); Mourão Júnior e Faria (2015); Sternberg (2009).

O Alzheimer tem sido apontado por estudos como o de Baddeley et al. (2011), Inouye e Oliveira (2004); Caldeira e Ribeira (2004) como uma demência neurodegenerativa que se desenvolve em diferentes graus e progressivamente gerando prejuízos significativos nas habilidades aprendidas ao longo da vida. Os autores destacam também que a doença ataca a identidade do indivíduo por afetar os processos cognitivos como um todo como, por exemplo, a linguagem, a atenção, o raciocínio e a memória.

Fisiologicamente, as formações de placas beta-amiloides causam degeneração celular atrapalhando o funcionamento das sinapses como apontam Nordon et al. (2009) e Barreto (2015). Com isso, autores como Allegri (2001), Baddeley et al. (2011) e Forlenza (2000) enfatizam que perdas sociais significativas ocorrem sendo cada vez mais constantes e representativas e afetando a personalidade do indivíduo como comportamentos exibicionistas e antissociais, humor disfórico, apatia, distúrbio alimentar por não se lembrar de ter feito as refeições, redução na capacidade de aprendizagem de novas tarefas, entre outros.

Os estudos de Forlenza (2005) e Souza, Silva e Silva (2014) destacam que, dentre as intervenções medicamentosas, as principais drogas usadas contra o Alzheimer são os inibidores de colinesterase que alimentam as sinapses inibindo as enzimas catalíticas tendo um leve efeito na cognição e beneficiando assim as funções cognitivas. O Donepezil é considerada a droga mais eficaz dentre todas por penetrar mais rapidamente na barreira hematoencefálica chegando em concentração maior ao sistema nervoso central.

Outro modelo medicamentoso de amplo uso são os medicamentos antagonistas de receptores de N-Metil-D-aspartato (NMDA), como a Memantina, responsável por aumentar a autonomia do paciente em suas tarefas de rotina diária o que, conseqüentemente, auxilia na ampliação do repertório social do paciente, conforme indicado por Falco et al. (2015) e Forlenza (2005).

Andrade (2009), Dourado et al., (2005) e Ponciano et al., (2010) destacam a importância de trabalhos focados na psicoeducação não só ao paciente, mas principalmente aos seus cuidadores com a finalidade de aceitar o diagnóstico, ampliar a rede de apoio social, bem como melhorar o manejo de estratégias de enfrentamento. Charchat-Fichman et al. (2012) e Oliveira et al., (2014) ressaltam o trabalho da terapia cognitivo-comportamental com os pacientes enfocando a resolução de conflitos, o manejo de estresse e sono, tornando assim o trabalho conjunto como um modelo mais eficaz de intervenção.

Segundo os estudos de Bottino et al., (2002), Cunha (2011) e Rocha et al., (2009) evidenciam-se também tratamentos focados na formação de grupos sobre o Alzheimer como os realizados na terapia comunitária; técnicas que enfatizem a interação e entretenimento do portador da doença no resgate de antigas lembranças através da utilização de objetos pessoais como a terapia de reminiscência e também modelos de trabalho que enfoquem a manutenção do tempo e espaço da realidade atual do paciente como a terapia de orientação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da memória bem como dos demais processos cognitivos é inerente ao ser humano. Desde os primórdios, o homem utiliza a memória para armazenar informações úteis para sobrevivência e reprodução como os caminhos a serem percorridos, as estratégias de caça e a procura de um(a) parceiro(a), expandindo gradualmente seu repertório comportamental através das gerações e permitindo sua adaptação ao meio.

Apesar das constantes evoluções científicas no estudo dos processos mnemônicos como, por exemplo, na identificação das estruturas responsáveis pela captação e armazenamento de informações, casos nos quais ocorrem anomalias nesse processo, como é o caso da Doença de Alzheimer, ainda geram dificuldades em sua compreensão acadêmica e prática por se tratar de uma doença de diagnóstico laborioso e por ser uma doença incurável mesmo que sejam empreendidos cuidados de cunho farmacológico e neurocognitivo simultaneamente.

No que diz respeito ao tratamento, observa-se avanços no mercado farmacológico através da oferta de medicamentos que possuam fórmulas de ação diferentes. Além disso, a partir das bases de dados pesquisados, fica evidente que o trabalho multidisciplinar realizado com portador da doença e seus cuidadores apresenta-se como um modelo de tratamento mais completo e efetivo em sua atuação. A aproximação entre a compreensão do transtorno, as emoções envolvidas e o desenvolvimento de estratégias sociais e comportamentais no manejo da doença possibilitam o aumento da longevidade do portador bem como a melhora em sua qualidade de vida.

A doença de Alzheimer é agressiva e afeta substancialmente a vida de quem é portador. Compreendê-la em suas múltiplas facetas é necessário para tornar o tratamento e as formas de interação com os portadores de forma mais natural e humana possível. Espera-se que este trabalho possibilite um entendimento mais amplo sobre a gravidade de doença, pois o papel dos estudos em psicologia é essencial nesse aspecto podendo contribuir para que os profissionais atuem de forma mais direcionada.

É fundamental destacar que o presente estudo procurou evidenciar a importância do tema e fomentar a produção de novas pesquisas na área uma vez que fica claro que o mesmo não abarca todos os fatores sobre o tema sendo importante que investigações futuras possam desenvolver estudos que enfoquem também em medicações que não sejam tão agressivas ao paciente, em possibilidades de maior inserção do portador da doença na sociedade apesar de suas limitações e em relação à formação de núcleos de apoio a pesquisas e auxílio ao cuidador e à família do paciente.

REFERÊNCIAS

ALLEGRI, R. F. et al. Perfis Diferenciais de Perda de Memória entre a Demência Frontotemporal e a do Tipo Alzheimer. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 317-324, mai. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n2/7858.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2016.

ANDRADE, A. M. E. Escuela de cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. **Rev. Cub. Salud Publica**, Havana-CUB, v. 35, n. 02, p. 01 - 14, abr./ jun. 2009. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019 Acesso em: 28 jun. 2016.

APRAHAMIAN, I.; MARTINELLI, J. E.; YASSUDA, M. S. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. **Rev. Bras. Clin. Med.**, Campinas, v. 7, p. 27-35, ago. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a27-35.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2016.

ARAÚJO, R. S.; PONDÉ, M. P. Eficácia da memantina na doença de Alzheimer em seus estágios moderado a grave. **J. Bras. Psiq.**, Salvador, v. 55, n. 02, p.148 - 153, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n2/v55n2a09> . Acesso em: 16 de maio 2016.

BADDELEY, A.; ANDERSON, M. C.; EYSENCK, M. W. **Memória**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BARRETO, T. L. D. et al. A doença de Alzheimer e seus efeitos fisiológicos no organismo. **Anais CIEH**, João Pessoa, v. 2, n. 1, p. 01- 07, ago. 2015. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_S_A2_ID3131_27082015133047.pdf . Acesso em: 21 maio 2016.

BOLOGNANI, S. A. P. et al. Memória Implícita e sua contribuição à reabilitação de um paciente amnésico. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 58, n. 3-B, p. 924-930, jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v58n3B/2798.pdf>.. Acesso em: 10 mar. 2016.

BOTTINO, C. M. C. Et al. Reabilitação Cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. **Arquivo Neuropsiquiátrico**, São Paulo, v. 60, n. 01, p. 70 - 79, Mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/8234> . Acesso em: 16 maio 2016.

CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arquivo Ciência Saúde**, São Jose do Rio Preto, v. 11, n. 2, p. 02-06, jun. 2004. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac08-id_27.pdf . Acesso em: 21 maio 2016.

CAMARA, V. D. et al. Reabilitação cognitiva das demências. **Revista Brasileira de Neurologia**, Niterói, v. 45, n. 1, p.25-33, mar. 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2009/v45n1/a003.pdf> . Acesso em: 16 maio 2016.

CARDEAL, C. M. **O efeito da estimulação psicomotora nos processos cognitivos: memória de trabalho e atenção seletiva**, 2007. 124f (Monografia) – Educação Física, Universidade Católica de Brasília, Brasília DF, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000400017&lang=pt . Acesso em: 10 mar. 2016.

CHARCHAT-FICHMAN; H.; FERNANDES, C. S.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Psicoterapia neurocognitivo comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 1, n. 8, p. 06 - 40, jan./jun. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872012000100006 . Acesso em: 16 maio 2016.

CRUZ, M. N.; HAMDAN, A. C. O impacto da Doença de Alzheimer no Cuidador. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p.223 – 229, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a04v13n2> . Acesso em: 16 maio 2016.

CUNHA, F. C. M. et al. Abordagem Funcional e Centrada no Cliente na reabilitação de idoso com demência de Alzheimer avançada- relato de caso. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.145 - 152, ago. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14132> . Acesso em: 21 maio 2016.

DOURADO M. et al. Consciência da doença na demência. **Rev Psiq Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 313- 321, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000100021 . Acesso em: 02 jul. 2016.

ENGELHARDT, E. et al. Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arquivo Neuropsiquiátrico**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p.1104-1112, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n4/a35v63n4.pdf> . Acesso em: 21 jun. 2016.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Cuidar de familiares idosos com a Doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p.777 – 786, out./ dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722009000400018&script=sci_arttext&tlng=pt . Acesso em: 16 maio 2016.

FALCO, A. et al. **Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento**. Quim. Nova, v. XY, n. 00, p. 1-18, 2015.

FORLENZA, O. V. Transtornos Depressivos na Doença de Alzheimer: Diagnóstico e Tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.87-95, jan. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a10v22n2.pdf> . Acesso em: 21 maio 2016.

FORLENZA, O. V. Tratamento Farmacológico da Doença de Alzheimer. **Revista Psiquiátrica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 137 – 148, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a06v32n3> . Acesso em: 21 maio 2016.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. **Ciência Psicológica: mente, cérebro e comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

INOUE, K.; OLIVEIRA, G. H. Avaliação Crítica do Tratamento Farmacológico Atual para Doença de Alzheimer. **Infarma**, Araraquara, v. 15, n. 11, p.80 - 84, jan. 2004. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/84/i08-alzheimer.pdf> . Acesso em: 21 maio 2016.

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

JACOB FILHO, W. NITRINI, R. **Demências – enfoque multidisciplinar - das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, v. 1, p. 143-150, 2011.

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios? Conceitos fundamentais de neurociência** 2. ed., São Paulo: Atheneu, 2010.

LIMA, J. S. Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a Psicologia tem a ver com isso? **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 40, p.469-489, out. 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/17666/16231> . Acesso em: 21 maio 2016.

MACHADO, J. A. C. et al. Terapia assistida por animais (TAA). **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**, Garça, v. 6, n. 10, p. 1-7, jan. 2008. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/yBDakPBzygjaglw_2013-5-28-12-0-12.pdf> Acesso em: 28 maio 2016.

MARTELLI, A.; MARTELLI, F. P. Alterações Cerebrais e análise Histopatológica dos Emaranhados Neurofibrilares na Doença de Alzheimer. **Uniciências**, São Paulo, v. 18, n. 01, p. 45- 50, jun. 2014. Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/uniciencias/article/view/440> . Acesso em: 21 maio 2016.

MATLIN, M. W. **Psicologia cognitiva**. 5. ed. São Paulo: LTC, 2004.

MONTEZUMA, C. A.; FREITAS, M. C.; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 395 - 404, jun. 2008. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a11.pdf . Acesso em: 21 maio 2016.

MOURÃO JÚNIOR, C. A.; FARIA, N. C. Memória. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Juiz de Fora, v. 4, n. 28, p.780-788, nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v28n4/0102-7972-prc-28-04-00780.pdf> . Acesso em: 10 mar. 2016.

NITRINI, R.; TAKADA, L. **Demências - Enfoque Multidisciplinar das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**, cap. 20., 2011. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?q=%22a+prote%C3%ADna+ou+pept%C3%ADdeo+beta-amiloide%22&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5 . Acesso em: 10 mar 2016.

NORDON, D. G. et al. Perda Cognitiva em idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 11, n. 3, p. 5-8, set. 2009. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewArticle/1874> . Acesso em: 10 mar. 2016.

OLIVEIRA, C. R. et al. Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes neurológicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p.54-67, jun. 2014. Disponível em: <http://usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/736> . Acesso em: 16 maio 2016.

PEREIRA, J. R; REIS, A. M; MAGALHÃES, Z. Neuroanatomia funcional. **Acta Médica Portuguesa**. São Paulo, v. 16, n. 01, p. 107-116, fev. 2003. Disponível em: <http://docplayer.com.br/7463011-Neuroanatomia-funcional-anatomia-das-areas-activaveis-nos-usuais-paradigmas-em-ressonancia-magnetica-funcional.html> . Acesso em: 10 mar. 2016.

PESTANA, L. C.; CALDAS, C. P. Cuidados de Enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 583 - 587, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/15.pdf> . Acesso em: 21 maio 2016.

PONCIANO, E. L. T.; CAVALCANTI, M. T.; FÉRES-CARNEIRO, T. Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica. **Rev Psiq Clín.**, São Paulo, v. 37, n. 02, p. 43- 47, abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000200002 Acesso em: 28 jun 2016.

ROCHA, I. A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.

62, n. 5, p. 687 – 694, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/15.pdf> . Acesso em: 21 maio 2016.

SERENIK, A.; VITAL, M. A. B. F. A Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Curitiba, v. 30, n. 01, p.1-17, jan. 2008. Disponível em: <http://www.uesb.br/eventos/farmacologiaclinicasnc/artigo/alzheimer.pdf> . Acesso em: 16 maio 2016.

SHIMODA, M. Y.; DUBAS, J. P.; LIRA, C. A. B. O exercício e a doença de Alzheimer. **Centro de Estudos de Fisiologia do Exercício**, São Paulo, p. 1-10, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/multidisciplinares/alzheimer.pdf>> Acesso em: 21 maio 2016.

SOARES, E. Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas. **Portal dos Psicólogos**, São Paulo, p. 01- 08, ago. 2006. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0302.pdf> .Acesso em: 10 mar..2016.

SOUZA, N. D.; SILVA, C. R.; SILVA, V. B. Donepezil no Tratamento da Doença de Alzheimer. **Estudos**, Goiânia, v. 41, n. 4, p.755 - 766, dez. 2014. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewArticle/3677> . Acesso em: 21 maio 2016.

SOUZA, P. A. et al. Oficinas de Estimulação Cognitiva para Idosos com Demência: uma estratégia de Cuidado na Enfermagem Gerontológica. **Rev Gaúcha Enferm**, Passo Fundo, v. 29, n. 4, p. 588 - 595, dez. 2008. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?q=Oficinas+de+Estimula%C3%A7%C3%A3o+Cognitiva+para+Idosos+com+Dem%C3%AAncia:+uma+Estrat%C3%A9gia+de+Cuidado+na+Enfermagem+Gerontol%C3%B3gica&btnG;=&hl=pt-BR&as_sdt=0,5 . Acesso em: 21 maio 2016.

STERNBERG, R. J. **Psicologia Cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2009.

VALE, L. A. C. et al. **Tratamento da Doença de Alzheimer**. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 5, n. 1, p. 34-48, 2011. Disponível em: http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v5s1a05.pdf?aid2=284&nome_en=v5s1a05.pdf . Acesso em 21 maio 2016.

XAVIER, G. F. A modularidade da memória e o sistema nervoso. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 4, n. 1/2, p. 61-115, fev. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1678-51771993000100005&script=sci_arttext&tlng=en . Acesso em: 10 mar. 2016.

ANEXO A

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Autor Orientando:

Nome completo: Núbia Dayane Martins de Souza

Endereço: Rua Dolor Godinho, 407

Telefone de contato: (34) 996771882

Fax: -

Email: nubiadayane@yahoo.com.br

Autor Orientador:

Nome completo: Arthur Siqueira de Sene

Endereço: Rua Domingos de Freitas, 868.

Telefone de contato: (34) 99208-0527

Fax: -

Email: arthurssene@gmail.com

ANEXO B

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Patos de Minas, 17 de novembro de 2016.

Núbia Dayane Martins de Souza

Prof. Me. Arthur Siqueira de Sene



FACULDADE PATOS DE MINAS



FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas
Portaria de Recredenciamento MEC – DOU N°. 1469 de 10 de Outubro de 2011.

Curso de Graduação em Psicologia

Bacharelado (Formação de Psicólogo)
Portaria de Reconhecido MEC – DOU N°. 371 de 30 de Agosto de 2011.

“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”

(Juramento do Psicólogo – Conselho Federal de Psicologia)

Rua Major Gote, 1901 - Centro - Campus Shopping/ 2º andar - Patos de Minas - MG - CEP 38700-001. Contatos: Tel. (34)3818-2350. www.faculdadepatosdeminas.com / cursopsicologia.fpm@hotmail.com / secretariadpgpsi.fpm@hotmail.com.