

# Reabilitação Cognitiva das Demências

## Cognitive Rehabilitation of Dementia

Vilma Duarte Camara<sup>1</sup>, Simone dos S. Gomes<sup>5</sup>, Flavia Ramos<sup>2</sup>, Sandra Moura<sup>2</sup>,  
Rosângela Duarte<sup>2</sup>, Sheila Alves Costa<sup>5</sup>, Paula Ângelo Ferreira Ramos<sup>3</sup>,  
Jamaci de A. Machado Correa Lima<sup>3</sup>, Izabel C. Gomes Camara<sup>3</sup>, Licínio E. da Silva<sup>4</sup>,  
Anabete Braga da Silva<sup>6</sup>, Martha Camargo Ribeiro<sup>7</sup>, Andréa Alfradique da Fonseca<sup>6</sup>

### RESUMO

*O envelhecimento populacional tem aumentado a prevalência de doenças crônicas degenerativas, especialmente a demência. Considerando que o tratamento medicamentoso tem diversidade de resultados devido a causas básicas de cada doença, o Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia (PIGG) do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, desenvolve e pratica, desde 1987, o método não medicamentoso – Reabilitação Cognitiva individual e em grupo- que inclui o tratamento do paciente com demência e com a ajuda a seus relativos cuidadores. Este trabalho objetiva apresentar a descrição destes métodos terapêuticos e os instrumentos de avaliação utilizados para retenção dos dados obtidos da análise dos resultados, que ampliam focos para futuras pesquisas em demência, que estão sendo desenvolvidas pelo Programa.*

**Palavras-chave:** demência, reabilitação cognitiva, programa interdisciplinar

### ABSTRACT

*Population ageing led to an increase in prevalence of chronic-degenerative diseases, especially dementia. Considering that medication treatment has a diversity of results because of the basic cause of each disease, the Interdisciplinary Program in Geriatrics and Gerontology (PIGG) of the University Hospital Antonio Pedro (HUAP) of Universidade Federal Fluminense (UFF) has developed and uses, since 1987, a non-medication method – Cognitive Rehabilitation both individual and in group – which includes treating the patient with dementia with the help of their relatives and caregivers. This work aims to present the description of these therapeutic methods, and the instruments used to keep data obtained from the analysis of the results, which widen the focus for further researches in dementia.*

**Keywords:** dementia, rehabilitation cognitive, interdisciplinary program

<sup>1</sup> Professora Doutora de Neurologia e Geriatria, Coordenadora do Setor de Neurologia Comportamental e Demências do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF).

<sup>2</sup> Fonoaudióloga do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense (UFF)

<sup>3</sup> Neuropsicólogos do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense

<sup>4</sup> Prof. de Estatísticas do Instituto de Matemática da Universidade Federal Fluminense

<sup>5</sup> Médica-Geriatras do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense

<sup>6</sup> Terapeuta Ocupacional do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense

<sup>7</sup> Psicóloga do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense

Correspondência: Profª Drª Vilma Duarte Camara. Secretária do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, Av. Jansen de Melo, 174 – Centro – Niterói – RJ CEP: 24030-221

E-mail: posgeriatria@vm.uff.br

## Introdução

Independentemente da cultura, classe social, religião e tendências políticas, o envelhecimento, tal como o nascimento, a morte, o enamoramento, a amizade e a sexualidade, é um fenômeno coletivo.

O estudo do envelhecimento é pré-requisito importante na compreensão do desenvolvimento da disfunção intelectual e suas ligações comuns às degenerações orgânicas do cérebro, uma vez que ele é acompanhado do declínio de algumas funções cognitivas.

As reduções mais evidentes têm sido observadas nas funções perceptivo-motoras cujo desempenho começa a declinar já na terceira ou quarta décadas de vida.<sup>4</sup>

Associadas às transformações demográficas, as doenças crônico-degenerativas têm se apresentado em maior número, com correspondente aumento da prevalência das demências.<sup>2</sup> Cerca de 5% da população com mais de 65 anos até 80 anos de idade apresenta quadro demencial. Para o grupo etário com mais de 80 anos e até 85 anos, esse percentual situa-se entre 10% e 40% e cresce para mais de 47% em na faixa etária das idades superiores a 85 anos.<sup>19-23</sup>

O quadro cognitivo agrava-se sempre quando existem problemas emocionais e outros relacionados à alimentação, ao descondicionamento físico, ao uso inadequado de medicamentos, a ambientes estressantes ou com presença de obstáculos a serem transpostos.<sup>21</sup>

Considerando que os tratamentos de base medicamentosa têm indicações e resultados diversificados em função da causa básica da doença, da natureza de cada caso e da presença ou não de outros distúrbios concomitantes da saúde, o Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia (PIGG) do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF), desenvolveu e vem aplicando desde 1987 um método não medicamentoso que inclui no tratamento dos pacientes com presença de demência os seus familiares e cuidadores.<sup>4</sup>

O objetivo do presente trabalho é apresentar o tratamento não medicamentoso praticado pelo PIGG/HUAP/UFF pela descrição de seus aspectos, estrutura e método e pela apresentação dos instrumentos utilizados para retenção dos dados, indicando, ainda, alguns focos de pesquisa que estão sendo abordados pelo Programa, que traçam o perfil epidemiológico das demências, o acompanhamento de pacientes com transtorno cognitivo leve (CDR=0,5), o estudo do

estresse dos cuidadores, o diagnóstico precoce de distúrbios cognitivos, etc.

## Reabilitação cognitiva bio-psico-social

Denomina-se *reabilitação cognitiva de abrangência bio-psico-social* ao tratamento não medicamentoso geriátrico-gerontológico dos pacientes com presença de demência que inclui, dentro de uma concepção holística, os seus cuidadores e os seus familiares.<sup>21-22</sup>

Para qualquer um dos três segmentos envolvidos no tratamento, a prática da reabilitação cognitiva bio-psico-social, referida no presente texto também apenas por reabilitação cognitiva, admite duas modalidades de aplicação: individual e em grupo. Quando individual, as ações da reabilitação cognitiva podem recair sobre os pacientes, sobre os seus cuidadores e/ou familiares; quando em grupo, podem recair sobre grupos, ditos *participativos*, de pacientes, de cuidadores e/ou familiares. Uma terceira modalidade é admitida no tratamento quando os segmentos venham a ser tratados em conjunto (dois a dois).

Na fase inicial do método da reabilitação cognitiva, após as investigações clínica, laboratorial, neuropsicológica, fonoaudiológica e de terapia ocupacional, a equipe multiprofissional do PIGG, reunida especialmente para isso, classifica o tipo de demência mais provável do paciente e define a modalidade de reabilitação cognitiva a ser aplicada ao caso (individual, em grupo ou em ambas as modalidades).<sup>2</sup>

Os critérios para os diagnósticos de demência seguem a classificação da CID-10 da Organização Mundial de Saúde e o DSM-IV da Associação Americana de Psiquiatria.

A reabilitação cognitiva individual é tratada nas dimensões fonoaudiológica e de terapia ocupacional. As sessões ocorrem com periodicidade semanal e têm a duração de duas horas.

A reabilitação cognitiva coletiva é praticada, uma vez por semana, por meio de reuniões de natureza interdisciplinar da equipe multiprofissional do PIGG com os grupos participativos.

Os objetivos gerais dos encontros com os grupos participativos diferem entre si conforme a natureza do grupo: a) estimular os pacientes com demência; b) apoiar a manutenção da integridade dos familiares e dos cuidadores; e c) propiciar a descoberta de possibilidades na nova realidade do paciente e do cuidador. Os grupos participativos têm entre si os

objetivos gerais comuns de gerar independência e instaurar segurança.

O Quadro 1 explicita o foco desses objetivos.

### Referencial teórico-metodológico

As dinâmicas para os tratamentos de reabilitação cognitiva, sejam eles individuais ou coletivos, dirigidas aos pacientes, aos familiares e/ou aos cuidadores, são as cinco seguintes: 1) Técnicas Comportamentais; 2) Terapia de Orientação para a Realidade; 3) Estimulação Cognitiva; 4) Terapia de Reminiscências; e 5) Teoria de Validação.

#### 1. Técnicas comportamentais

As técnicas comportamentais fundamentam-se em trabalhos experimentais que demonstram que o comportamento é influenciado pelas circunstâncias nas quais está inserido.<sup>21-22</sup>

O comportamento é definido como uma resposta a um estímulo ou estímulos, a qual é influenciada por muitas variáveis, inclusive a percepção do indivíduo acerca da situação em que se encontra, do seu aprendizado e das suas experiências passadas, bem como do contexto étnico, cultural, geográfico e educacional.<sup>22</sup>

Estudos revelam que a aprendizagem é possível em pacientes com demência, quando se trata do re-aprendizado com técnicas de aprendizado de tarefas novas, re-treinamento de tarefas antigas e manutenção de tarefas ainda retidas.<sup>22</sup>

As intervenções podem ocorrer nas situações que antecedem ao comportamento, no comportamento em si e/ou nas consequências dele. Devem envolver o reforço positivo e nunca se limitarem à supressão de atitudes indesejáveis.

Segundo essa concepção teórica, as respostas comportamentais e emocionais podem ser condicionadas a certos estímulos, que são indutores de respostas específicas, de modo que um determinado comportamento contém indutores para aquela determinada resposta. As variações das consequências do comportamento (reforço positivo, reforço negativo, não-reforço frustrante e punição) aumentam ou diminuem as chances de um determinado comportamento se repetir.

As técnicas comportamentais são utilizadas para promover a mudança do comportamento não funcional do paciente, após a determinação clara do comportamento-alvo a ser alcançado, obtida pela avaliação das entrevistas com familiares e/ou cuidadores e com o próprio paciente.

**Quadro 1.** Focos da atuação da reabilitação cognitiva nos grupos participativos do PIGG/HUAP/UFF.

Grupos de pacientes	Grupos de cuidadores	Grupos de pacientes com cuidadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da saúde</li> <li>• Conscientização</li> <li>• Estimulação da área não comprometida</li> <li>• Estimulação das atividades da vida diária</li> <li>• Incentivo ao autocuidado e à independência</li> <li>• Reabilitação das funções cognitivas e psicomotoras comprometidas</li> <li>• Integração social</li> <li>• Afetividade</li> <li>• Catarse</li> <li>• Orientação para a realidade</li> <li>• Redução da dependência</li> <li>• Fixação de aprendizado</li> <li>• Despertar interesses variados</li> <li>• Recreação</li> <li>• Persistência de tratamento</li> <li>• Alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimentos sobre a demência</li> <li>• Catarse</li> <li>• Resoluções práticas para questões de dependência</li> <li>• Afetividade</li> <li>• Preservação da identidade</li> <li>• Preparo psicológico para o agravamento do quadro ou para o óbito do paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceber sentimentos na nova situação do paciente</li> <li>• Estímulo da afetividade e redução do estresse relacional</li> <li>• Redução da interdependência</li> <li>• Soluções para os problemas do dia-a-dia</li> </ul>

As técnicas comportamentais a serem aplicadas são decididas no momento de planejamento do processo de reabilitação cognitiva. O planejamento envolve a participação do paciente e seus familiares e/ou cuidadores para o levantamento de dados prévios sobre as experiências de vida do paciente, de modo a inserí-los no contexto de sua história de vida. Envolve também o conhecimento de suas expectativas e a avaliação da situação, com vistas ao aumento da participação dos pacientes em atividades de vida diária e da interação social deles.

O planejamento detalha os objetivos e como alcançá-los, mas não é considerado inflexível. Por isso as interações na reabilitação cognitiva de um paciente envolvem espaço, objetos, família, cuidadores, equipe interdisciplinar e outros pacientes.

As técnicas comportamentais para a reabilitação cognitiva exigem que se volte o foco de atenção para as atividades positivas e desejáveis, que se evite dar atenção às resistências e que se encontre recompensa para cada uma das etapas envolvidas.

Para a obtenção de resultados com essas técnicas necessita-se do uso de materiais relevantes e de interesse do paciente, de modo a aumentar a sua motivação pessoal. Necessita-se ainda que seja ofertado pouco material a cada novo avanço e que o oferecimento de novo material seja realizado apenas quando o anterior já tiver sido retido pelo paciente.

Os comportamentos inadaptáveis podem ser também alterados pela aprendizagem, com o uso de reforço (estímulo).<sup>7 e 22</sup>

A inserção de pacientes em grupos participativos se faz pela constituição de objetivos coletivos baseados nos objetivos individuais previamente traçados para os pacientes no planejamento das técnicas comportamentais. Não se admite a adaptação de objetivos coletivos (dirigidos ao grupo participativo) para alcançar o paciente.

## 2. Terapia de orientação para a realidade

Heidegger (1962) define o homem como um ser temporal vivendo num mundo temporal e a temporalidade como o sentido do existir humano. A noção de tempo nasce de sua relação com as coisas, confundindo-se com a própria consciência. Os eventos são marcados a partir das noções sobre a espacialidade e temporalidade do mundo objetivo, por definição é atemporal.

O tempo vivido é colorido pelas organizações temporais particulares e influenciado pelo ritmo e pela sucessão de nossos pensamentos e atividades. Por isso não é igual para as pessoas em diferentes épocas de suas vidas. Passado, presente e futuro não existem como uma linha temporal, mas como contingências cujos horizontes mudam constantemente em torno dos conteúdos constitutivos do momento. O agora é um estado de fluxo atribuindo significado ao passado e ao futuro.<sup>24</sup>

A Terapia da Orientação para a Realidade foi desenvolvida nos Estados Unidos da América para pacientes hospitalizados. Diferentemente dela, a metodologia do PIGG/HUAP/UFF volta-se para pacientes ambulatoriais, abordagem que permite amenizar a relação paciente-cuidador, pois a temporalidade existencial dos dois está totalmente dissociada. O passado tem de ser evocado, o presente exige independência e o futuro realizações. Para o paciente com demência estes mecanismos estão prejudicados.

A opção de trabalho do PIGG/HUAP/UFF leva em consideração que, para o paciente, o tempo tem de ser estimulado da seguinte maneira: a) Passado – Estímulo à memória de evocação como fonte de prazer e reconhecimento do “self”; b) Presente – Estímulo à memória do reconhecimento, à orientação têmporo-espacial e à redução de dependência no dia-a-dia, além de retirada do paciente do isolamento ao permitir, com a formação de grupos, sua interação com outros pacientes; c) Futuro – estímulo à elaboração de novos projetos de vida.<sup>4-5</sup>

Por outro lado, para o cuidador, a conduta do PIGG/HUAP/UFF quanto ao seu tempo é a seguinte: a) Passado – Revisão dos laços afetivos e história de vida comum; b) Presente – Revisão da nova realidade de vida; c) Futuro – Estímulo à preservação da individualidade e independência, preparo para possíveis agravamentos do quadro patológico do paciente e para a alta do Programa, e estímulo à realização de projetos de vida.<sup>4-5</sup>

Nessa terapia, a escolha das atividades é revestida do maior cuidado. A realidade atual só faz sentido se estiver conectada ao passado. Usam-se dados simples tais como nomes, ambientes, calendário, etc. As repetições são reforçadas para auxiliar o re-aprendizado e a reorientação, buscando não reforçar comunicações erradas. Reforçam-se os sucessos dos pacientes para

que a atenção seja mantida, assim como o bom estado de humor.<sup>7</sup>

### 3. Estimulação cognitiva

Os distúrbios cognitivos são ocorrências observadas após lesões cerebrais de diversos tipos, principalmente na demência.

Para trabalhar o comprometimento das habilidades é importante observar a capacidade de adaptação como chave principal da sobrevivência, melhorar a qualidade de vida e o bem estar do paciente e acreditar que é possível reconstruir o que estiver alterado e compensar o que foi perdido utilizando o que estiver conservado.

A avaliação na reabilitação cognitiva deve incluir tanto medidas neuropsicológicas quanto comportamentais para identificar vantagens e debilidades cognitivas e definir as dificuldades de vida diária decorrentes dos distúrbios da memória. Significa desenvolver as áreas básicas da função mental: atenção, linguagem, memória, capacidade viso-espacial e associação de idéias.<sup>22</sup>

Objetiva-se com a estimulação cognitiva o resgate das funções comprometidas, o estímulo das áreas bloqueadas e o desenvolvimento de potenciais remanescentes do paciente.

As dinâmicas da estimulação cognitiva têm características lúdicas, objetivando estimular as funções cognitivas, fornecer suporte psicológico, dar

informações pelo binômio educação-saúde e socializar o paciente. Praticidade na aplicação da dinâmica é importante: a estimulação deve favorecer os atos da vida cotidiana. É preciso estimular o paciente a estar atento ao que vê e ao que ouve e a reter o fato globalmente. Para tanto é essencial o uso da técnica de memorização utilizando cores, calendários (dias da semana, mês e dias do mês), relógios (hora), etc.

As atividades utilizadas na dinâmica da estimulação cognitiva estão apresentadas no Quadro 2.

Na condução dessas atividades o humor deve ser estimulado, evitando-se, no entanto, criar situações onde o idoso possa se sentir ridicularizado. Temas muito difíceis devem ficar fora das conversações: explore-se os temas do cotidiano.

A prática da estimulação cognitiva indica aos profissionais que a executam a necessidade de estarem atentos às condições de agitação do paciente, de não subestimarem a sua capacidade de executar ações por conta própria quando estiver lento ajudando-o apenas o suficiente, de tentarem ao máximo compreender a comunicação do paciente utilizando formas criativas e diversificadas na inter-relação e de manterem a calma e minimizarem o estresse em situações de labilidade emocional.<sup>4-5</sup>

É fato fundamental descobrir no paciente o seu núcleo afetivo e, por esse viés, trabalhar tanto quanto possível, conteúdos mnêmicos para trazê-lo à realidade.

**Quadro 2.** Atividades utilizadas para estimulação cognitiva no processo de reabilitação cognitiva do PIGG/HUAP/UFF

<b>Atividade</b>	<b>Descrição</b>
<i>Introdução</i>	<i>Toma-se sempre como ponto de partida um aspecto necessário e benéfico: cumprimentos, apertos de mão; uso de nomes para identificar as pessoas, procurando evitar esquecimento dos nomes para evitar embaraços.</i>
<i>Utilização de quadro-negro</i>	<i>Escrevem-se nele as datas, os comentários, os desenhos sobre as estações do ano, etc.</i>
<i>Emprego de letras</i>	<i>Utilizam-se letras bem grandes, em cartões, podendo ter diversas utilidades: passar informações, jogos, etc.</i>
<i>Frutas e flores</i>	<i>Utilizam-se para lembrar as estações do ano e para estimular o olfato, o tato e o paladar.</i>
<i>Relógio grande com ponteiro para orientar</i>	<i>Marca-se o horário das atividades comuns do dia-a-dia.</i>
<i>Culinária</i>	<i>Utiliza-se livro de receitas e discute-se sobre pratos favoritos. O homem pode ser estimulado no sentido de relembrar tipos de comidas que gostava.</i>
<i>Atividades da vida diária</i>	<i>Treina-se nomes de utensílios de cozinha, mobiliário, objetos de uso pessoal, etc.</i>

Importa não adaptar o paciente à técnica, mas sim o contrário, com o objetivo de resgatá-lo ou retardar o processo evolutivo de suas patologias.

Na comunicação é preciso procurar-se compreender e perceber as dificuldades de expressão dos pacientes, criando-se novas referências de significado como, por exemplo, o esfregar das mãos para quando quiser urinar. A comunicação pelo toque também é importante, uma vez que ajuda a manter a qualidade da relação com o paciente e a transmitir sentimento de afeto. É preciso lembrar-se que o paciente responde melhor quando alguém lhe fala olhando no rosto, especialmente, nos olhos, emitindo frases simples.

#### 4. Terapia de reminiscências

Até os anos 60 a técnica de reminiscências era considerada como fator desencadeante de estresse e angústia. Só em 1963, Robert N. Butler destacou a importância de o idoso realizar uma “revisão da vida”; é a técnica, considerada como ocorrência natural do ser humano.<sup>6</sup>

À lembrança do passado dá-se o nome de *reminiscência simples*, enquanto que *reminiscência informativa* é a que ocorre quando se conta uma história a respeito de eventos da sociedade como um todo.<sup>6</sup>

Reminiscências criam novos sentidos para o passado e permitem a vivência da continuidade do sujeito através do tempo.

A terapia da reminiscência valoriza o paciente através do seu conhecimento a respeito do seu passado permitindo a conversação e orientação para o presente. A prática indica ênfase nos contrastes e nas similaridades entre o presente e o passado. Os profissionais não devem corrigir as histórias contadas pelos pacientes.

A concepção de senso comum de que a memória é seletiva explica, em parte, porque o indivíduo junta as referências do passado num processo de permanente reconstrução. Rememorar fatos passados e evocar lembranças faz com que o idoso una um começo a um fim, ordenando no tempo eventos que são significativos para ele.

A prática da terapia da reminiscência se faz com objetos importantes e lembranças significativas da vida do paciente, como por exemplo, canções antigas, cartas, fotos, discos, presente, álbum de família, os quais são solicitados aos pacientes e/ou familiares. Filmes, jornais e músicas são também utilizados como recursos facilitadores.

A reabilitação cognitiva no PIGG/HUAP/UFF utiliza a terapia da reminiscência em sessões individuais e em grupo.

Seja individual ou em grupo, a terapia da reminiscência deve focar lembranças agradáveis aos pacientes e não tratar de tragédias pessoais. Deve também estimular, dentro do tema, atividades explicativas ou recreativas, considerando que podem ser mais expressivas do que palavras em boa parte dos casos.

#### 5. Técnica de validação

Desenvolvida pela assistente social americana Naomi Feil, como resposta à sua insatisfação com os resultados da terapia para a realidade em pacientes com distúrbio da memória, esta terapia tem por objetivo dar sentido e suporte às emoções expressas através do comportamento ou do discurso desses pacientes.

Vários outros autores, tais como Maslow e Erikson, aderiram a esta técnica por acreditarem que o funcionamento cerebral não seria o único regulador do comportamento dos idosos e que também outros fatores são importantes: luto, perdas, distúrbios sensoriais, distúrbio da memória e estratégias para lidar com as frustrações, entre outros.

A terapia da validação visa possibilitar o alívio de desconfortos emocionais e conflitos relacionais. Visa ao aumento da atenção do paciente, ao aumento do autocontrole e da auto-estima e ao envolvimento do paciente no contexto social natural.

Da mesma forma que as demais técnicas, o PIGG/HUAP/UFF aplica a técnica de validação de modo lúdico. Algumas funções desta técnica são realizadas pelos próprios pacientes, como, ao início das sessões, um dos paciente escrever a data do dia no quadro-negro. Outras dinâmicas intrínsecas desta técnica são a auto-apresentação de todos e as boas-vindas dadas aos novos participantes, de modo a estabelecer com estes comunicação mais significativa.<sup>4-5</sup>

#### **Envolvimento dos cuidadores na reabilitação cognitiva**

Os trabalhos realizados tradicionalmente com cuidadores têm seguido um modelo informativo, de apoio. Partindo do pressuposto de que dispensar atenção e/ou tratamento ao cuidador influi diretamente na melhora do paciente, a metodologia de intervenção ampla no tratamento da demência praticada pelo PIGG/HUAP/UFF dispensa ao cuidador não somente

informação e apoio psicológico mas também trata o cuidador em conjunto com o paciente e o envolve nas dinâmicas de grupo e atividades com o paciente.

A atividade com os cuidadores é realizada em reuniões semanais, com a duração de duas horas, nas quais há focos dirigidos à promoção da saúde, às relações interpessoais, à ansiedade, à angústia, às mudanças de vida geradas pela doença do familiar e às dificuldades na convivência do cuidador com o paciente.

O objetivo principal do trabalho com os cuidadores é diminuir o estresse emocional, criando melhores condições de vida para eles e para os pacientes, de forma a propiciar um retorno gradativo, prazeroso e saudável ao convívio familiar e social.<sup>4-5</sup>

Reduzindo o estresse emocional dos familiares, diminui-se a depressão e a possibilidade dos cuidadores adoecerem com hipertensão, diabetes, úlcera, drogadição e outras doenças causadas por uma possível baixa imunológica.

Nos casos de internação ou morte do paciente, o familiar é incentivado a voltar, tanto quanto possível, às suas atividades anteriores, à sua vida diária e a permanecer no grupo o tempo que desejar.

As reuniões semanais dos cuidadores incluem dinâmicas de revisão de sentimentos, de análise das fantasias e de sugestão de formas de gratificação, de modo que a família consiga deslocar a atenção das fantasias negativas e dos sentimentos de raiva e de ódio para depositá-la em objetivos tais como realizar caminhadas, ginástica e outras atividades prazerosas ou mesmo dirigí-la à própria fala catártica em grupo.

A reunião com os cuidadores é coordenada por psicólogo e assistente social, atuando como facilitadores. As técnicas utilizadas no segmento de apoio psicológico são *técnicas dirigidas* e incluem dinâmicas, esculturas e exercícios de relaxamento, assim como *técnicas semidirigidas* quando os cuidadores trazem, espontaneamente, à discussão do grupo, assuntos que, naquele momento, os preocupam ou incomodam. No segmento informativo, os dados transmitidos aos cuidadores surgem a partir das demandas espontâneas apresentadas pelo próprio grupo e são transmitidas pelos profissionais do PIGG (terapeuta ocupacional, neurologista, geriatra, enfermeiro, fonoaudiólogo, dentre outros) que participam dos encontros semanais esclarecendo dúvidas.<sup>4-5</sup>

## Atividades complementares na reabilitação cognitiva

Com vistas à ressocialização dos participantes, mensalmente ocorrem também atividades alternativas  $\frac{3}{4}$  algumas de lazer, outras culturais  $\frac{3}{4}$  onde são comemoradas datas importantes, como a Páscoa e o Natal, festejos juninos e aniversários do mês, além de discussão de temas atuais do panorama social.

Essas atividades são construídas a partir das experiências anteriores dos pacientes e de seus familiares e/ou cuidadores com vistas a integrar terapia e lazer.

São também realizadas visitas domiciliares aos pacientes do grupo por equipe interdisciplinar com a finalidade de observá-los no núcleo familiar, no seu espaço físico, sua autonomia e independência, seu comportamento e sua integração na família. Após a avaliação dessas visitas, ocorrem visitas de retorno com propostas de melhora para os pacientes e/ou seus familiares.

Os familiares e/ou cuidadores que necessitarem são encaminhados para psicoterapia individual, podendo ocorrer também casos de terapia de família, todas supridas pelo PIGG/HUAP/UFF.

## Programa de pós-graduação

Além da metodologia adotada para a reabilitação cognitiva, o PIGG/HUAP/UFF forma recursos humanos na área de neurogeriatria, geriatria e gerontologia, através de curso de pós-graduação em Geriatria e Gerontologia Interdisciplinar e outro de extensão na mesma área, cujos alunos, sob a orientação da equipe do PIGG, participam das dinâmicas aplicadas aos diversos segmentos da população-alvo do Programa.

## Avaliação dos resultados

A avaliação sistemática do desempenho do paciente é essencial para que se possa ter em conta a eficácia do progresso da reabilitação cognitiva. Neste sentido, o PIGG/HUAP/UFF desenvolveu um protocolo para avaliação tanto do paciente quanto do cuidador.

O protocolo dirigido ao paciente (veja Anexo 1) dirige sua atenção para a avaliação da orientação para a realidade, para a participação dirigida, para a participação espontânea, para o comportamento, a afetividade, a dependência psicológica e a dependência física.

O cuidador é avaliado em protocolo específico (veja Anexo 2) pela participação dirigida, pela participação espontânea, pelo comportamento, pela afetividade, pela reação à realidade vivida, pela capacidade de solucionar questões do dia-a-dia na relação com o paciente, pela vivência da individualidade e pelo planejamento futuro.

Tanto no protocolo do paciente, quanto no do cuidador, cada item é avaliado numa escala de 0 a 3 (valores inteiros), quanto a evolução do quadro clínico da demência e quanto a evolução do cuidador em relação a esta vivência, com a valor 0 significando grave, 1 ruim, 2 razoável e 3 bom. O enquadramento na escala se faz com base na frequência da participação do paciente nas atividades de reabilitação cognitiva. Especificamente para o quesito “comportamento” os valores da escala em ambos os protocolos significam 0 – indiferente, 1 – depressivo, 2 – ansioso e 3 – equilibrado.

Para a avaliação das mudanças ocorridas nos segmentos considerados do público-alvo (pacientes, cuidadores e/ou familiares) o PIGG/HUAP/UFF conta, desde o segundo semestre de 2003, com o suporte do Núcleo de Aplicação de Métodos e Técnicas Estatísticas ao Estudo Interdisciplinar da Segurança e Saúde Mental de Segmentos Populacionais Específicos, pertencente ao Departamento de Estatística do Instituto de Matemática da UFF.

Os estudos correntes concentram-se nas hipóteses de que a reabilitação cognitiva permite que os pacientes com demência reversível (particularmente as demências vasculares) recuperem funções cognitivas e que aqueles com demência degenerativa em fase inicial melhorem essas funções. Outras hipóteses que estão sendo trabalhadas são a de que a atividade ambulatorial com abordagem integral por equipe multidisciplinar favorece um maior tempo de vida aos pacientes, assim como a ausência de complicação sistêmica e um aumento satisfatório da qualidade de vida, em que pese as dificuldades inerentes a cada caso.

Têm-se observado para alguns o retorno de algumas atividades de vida diária, socialização e o reatamento de relações afetivas familiares. Têm-se observado também, mesmo com a heterogeneidade de demências e do nível de comprometimento delas, a ocorrência de inter-relacionamento entre os pacientes. Os cuidadores têm mostrado sinais de redução de sua angústia.

Cada uma dessas hipóteses está sendo estudada de modo a produzirem resultados a serem divulgados

através do segmento de pesquisa científica do PIGG/HUAP/UFF recentemente ativado com a colaboração do Departamento de Estatística da UFF.

Há esforço acadêmico de pesquisa também para a demonstração de que não há melhora acentuada de pacientes que não estejam incluídos em programas de reabilitação cognitiva, de que há piora dos pacientes que interrompem o acompanhamento da reabilitação cognitiva e de que resultados mais satisfatórios são alcançados quando os familiares e cuidadores de pacientes com demência são incluídos no tratamento.

## Conclusão

O PIGG tem produzido resultados que se sustentam em virtude da atividade ser ambulatorial, por envolver e tratar os familiares e/ou cuidadores dos pacientes, por praticar uma abordagem interdisciplinar, por manter reuniões semanais dos grupos participativos, por cada profissional conhecer a história de vida de cada paciente.

A abordagem bio-psico-social da reabilitação cognitiva, primeira a ser implantada em âmbito nacional, persiste desde 1987 com a mesma coordenação e equipe básica. Não há relatos na literatura de abordagem semelhante dada a pacientes com demência.

## Agradecimento

Os autores agradecem à equipe multidisciplinar do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF por seu constante suporte ao trabalho desenvolvido e aos pacientes e seus familiares que o procuram acreditando em sua proposta e que, em última análise, são a razão de sua existência.

## Referências

1. ALMEIDA, O. P.; VAISNAN. H.; ALMEIDA, H.M.K. – Abordagens psicoterápicas para o idoso demenciado. In: Depressão e demência no idoso. USP, 1997.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS III – R. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
3. BECK, J.C.; BENSON, D.F.; SCHEIBEL, A.B. – Dementia in the elderly: the silent epidemic. *Ann Intern Medicine*, 97: 2331 – 242, 1928.
4. CAMARA, V.D. e col. – Atendimento interdisciplinar ao paciente com demência e seus cuidadores – arquivos de Geriatria e Gerontologia – SBGG/RJ – P11-21, vol.2, nº 1, 1998.
5. CAMARA, V.D. – Reinserção Social de Pacientes com Demência e seus familiares. In: Cabelos de Neon – ANG, P. 89-95, R.J., 2001.



6. COLEMAN, P.G. – Ageing and reminiscence processes: social and clinical implications. 1ª ed. New York, John Wiley, 1986.
7. HOLDEN, U. & WOODS, R.T. – Positive approaches to Dementia care. 3ª ed., Londres, 1995.
8. JAPIASSU, M. – Interdisciplinaridade de patologias do saber. Imago, R.J., 1976.
9. LEHER, U. – The elderly patient in general practice. P 1 – 58, RUGE, W.M. (ed.). Teacher and training in geriatric medicine. vol. 1, Kager, 1998.
10. MARTINS FONTES – Grupal – Psicologia e pedagogia. 3ª ed. S.P., 1998.
11. MARTIRE, G.O. – Mito da explosão demográfica. Ciência Hoje, 9(51): 25-28, 1989.
12. MEDEIROS, J.C.R. & RAMOS, O.P. – Gerontologia y geriatria clínica. Ed. Ciência Médica, Havana, Cuba, 1992.
13. NERI, A.L. – Envelhecer num país de jovens. P.105-115. Ed. UNICAMP, 1991.
14. NITRINI, R.; CAMELLI, P.; MANSUR, L.L. – Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. (22): 331-345. Clínica Neurologia. Hospital das Clínicas. FMUSP, 1996.
15. RAMOS, L.R. – A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. Gerontologia, 1(1): 3-8, 1993.
16. RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. – Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Ver. Saúde Pública, São Paulo, USP, 21(3): 211-24, 1987.
17. RUGE, W.M. – Clinical and scientific psychogeriatrics. The Holistic Approaches. 1:51 – 65, BERGENER, M. & FINKEL, S.E. (ed.) Springer Pbl. Co. N.Y., 1990.
18. SCHERMAN, E. – Reminiscence and the self in old age. 1 st. Ed., New York, John Wiley, 1986.
19. VERAS, R.A. – Considerações a cerca de um jovem país que envelhece. Cadernos de Saúde Pública, 4(4): 382-397, 1988.
20. WAGNER, E.C.A. & MEDINA, M.C.G. – Como cuidar de pessoas prejudicadas mentalmente. Guia para familiares e outros cuidadores (tr.) Alzheimer's Disease Society. 158-160, Balham High Road, London SW129BN (Inglaterra).
21. WILSON, B.A. – Reabilitação da memória. In: Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. NITRINI, R.; CAMELLI, P.; MANSUR, L.L. – Clínica neurológica, Hospital das Clínicas, (22): 331-345, FMUSP, S.P., 1996.
22. KRASNER, L. BEHAVIOR – Therapy. Ann. Rev. Physical 22:983-532-1971
23. TAMI, S.A.B. E ABREU, V.P. – Reabilitação cognitiva. In Freitas, E.V. et al – Tratado de Geriatria e Gerontologia – Rio de Janeiro – Guanabara Koogan, 2002 – pág. 882-897
24. VERAS, R.A. – A Epidemiologia do Envelhecimento na América Latina. In: Forlenza, O.V. e Caramelli, P. – Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo. Ed. Atheneu, 2000 – 716p cap.2, p.07-22
25. HEIDEGGER, MARTIN – Being and time – Harper & Row Publ., Inc. New York, 1962

**Anexo 1**

PIGG/IIUAP/UFF

*PACIENTES – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário nº \_\_\_\_\_

Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_

Nacion.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_ Escol.: \_\_\_\_\_

Res.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**PACIENTE**

	0	1	2	3
<b>1. Orientação para a Realidade</b> Reconhecimento das pessoas, lugares, etc. Compreensão dos fatos que ocorrem na sessão				
<b>2. Participação Dirigida</b> Resposta aos estímulos oferecidos na sessão Frequência				
<b>3. Participação espontânea</b> Espontaneidade para: Conto Questionamento da sessão Catarse				
<b>4. Comportamento e Psiquismo</b> Indiferente, Depressivo, Ansioso, Equilibrado				

**Anexo 2**

PIGG/IIUAP/UFF

*CUIDADORES – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário nº \_\_\_\_\_

Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_

Nacion.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_ Est. Civil: \_\_\_\_\_ Escol.: \_\_\_\_\_

Res.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**CUIDADOR**

	0	1	2	3
<b>1. Participação Dirigida</b> Resposta aos estímulos oferecidos na sessão Frequência				
<b>2. Participação espontânea</b> Espontaneidade para: Conto Questionamento da sessão Catarse				
<b>3. Comportamento e Psiquismo</b> Indiferente, Depressivo, Ansioso, Equilibrado (0) (1) (2) (3)				
<b>4. Afetividade</b> Com o cuidador Com o grupo Com a equipe técnica				
<b>5. Reação em Relação à Realidade Vivida</b>				
<b>6. Capacidade de solucionar questões do dia-a-dia na Relação com o Paciente</b>				
<b>7. Vivência da Individualidade</b>				
<b>8. Planejamento Futuro</b>				