

CURSO DE LETRAS

Márcia Denise Dias

**ENVELHECIMENTO COGNITIVO E MEMÓRIA:
A DOENÇA DE ALZHEIMER EM FOCO**

Santa Cruz do Sul

2017

Márcia Denise Dias

**ENVELHECIMENTO COGNITIVO E MEMÓRIA:
A DOENÇA DE ALZHEIMER EM FOCO**

**Monografia apresentada ao Curso de Letras da
Universidade de Santa Cruz do Sul como tarefa
integrante do currículo normal do curso.**

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Gabriel

Santa Cruz do Sul

2017

AGRADECIMENTOS

Às pessoas mais importantes da minha vida, minha família. Meus avós, Helena e Antônio, por estarem comigo nas horas mais difíceis e estarem sempre dispostos a ajudar. Àquela que me criou sozinha com todo amor e carinho e que é a principal responsável pelo meu ingresso na universidade, minha mãe, Lizandra. Muito obrigada por entenderem meus momentos de ausência.

Ao meu companheiro, Cássio, por aguentar meus surtos, momentos de desespero, e pelo apoio incondicional dedicado a mim. Apesar dos momentos difíceis e do pouco tempo disponível na fase final desta monografia, obrigada por não desistir de nós. E aos nossos filhos, gatos, pelos ronrones carinhosos que acalmaram meus nervos.

À Unisc, que me oportunizou realizar o curso na área de Letras, e seu corpo docente, que fez com que eu me realizasse como pessoa. Dentro deste corpo docente, não poderia deixar de citar, apesar de não ter tido envolvimento direto com este trabalho, aquele que fez com que eu me apaixonasse pela literatura no primeiro dia de aula nesta instituição, professor Norberto Perkoski. A ele, agradeço por me fazer enxergar o mundo com outros olhos. Obrigada por me fazer adentrar este universo do mundo literário e nele viajar.

Aos amigos e familiares que estiveram comigo nesta trajetória acadêmica, me incentivando e apoiando em todos os momentos. Ao nosso trio, que se desfez ao longo do curso, mas pela amizade que continuou apesar da distância, Amanda e Jerônimo, amo vocês. Agradeço também às minhas colegas do centro clínico Unimed, Fernanda e Rose, sem vocês eu teria desistido. Fê, o meu muito obrigada pelas palavras de carinho durante toda essa trajetória. Obrigada também à minha colega Sabrine que esteve comigo nesses últimos momentos, sem teu apoio, amiga, e teu alto-astrol eu já teria desistido.

Ao professor Elenor Schneider, o meu profundo agradecimento por todos os ensinamentos para que este trabalho se tornasse realidade, foi muito bom aprender com você.

Para finalizar, um 'obrigada' especial àquela que fez com que isso fosse possível, minha orientadora, professora Rosângela Gabriel, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos. Por ter feito com que eu acreditasse ser capaz de realizar este trabalho, me instigando e mostrando os caminhos a seguir. Obrigada, profe, sem ti eu jamais teria chegado até aqui, sabes que sou tua fã. Aí está, conseguimos.

Alzheimer.
“O teu cérebro enrola linhas de um
 novelo.
E o relógio que bate na tua mente
 Tem o ponteiro dos anos parado
 Como se quisesse fugir a um feio
 presente.
Sem saber, Alzheimer sonha, inventa
 e mente.
Os fios trocados da tua cabeça tecem
 novelas.
 E como um poeta tonto, criam
 bagatelas.
 Mas não é a vida feita de memórias
 E de fios presos a um mundo infantil
 E de imagens fugidias de um mundo
 pueril?
Sim. Alzheimer é apenas um contador
 de histórias.”

(Autor Desconhecido)

RESUMO

Propomos, através do presente trabalho monográfico, um estudo acerca de um dos maiores problemas de saúde do mundo atual, que acomete principalmente a população idosa: a Doença de Alzheimer. Partiremos de uma visão ampla de nosso objeto de estudo, primeiramente analisando o processo de envelhecimento normal, como um processo de transformação do organismo, e conceituando o declínio cognitivo, memória e linguagem. Ao longo de nosso trabalho, abordaremos as formas de demência envolvidas no processo de senescência, seus tipos e características principais, fazendo uma correlação com a Doença de Alzheimer. A partir daí, estreitaremos nosso assunto, fazendo uma análise minuciosa sobre a doença tema de nosso estudo, descrevendo como surgiu, estabelecendo uma distinção entre o Alzheimer de forma comum e de forma hereditária, abordando as principais teorias sobre suas causas, idiosincrasias e estágios deste tipo de demência. Investigaremos, ainda, a relação entre a Doença de Alzheimer e a Síndrome de Down, o comprometimento da linguagem no âmbito da fala, sentido e comunicação e a importância das reservas cognitivas no processo de retardo do início dos distúrbios de memória. Visamos com este trabalho não somente analisar a doença, mas principalmente aprofundar nossos conhecimentos sobre o que acontece com o indivíduo entre a descoberta do diagnóstico e a evolução da doença, visto que receber a notícia é impactante, ainda não existe cura, mas existe um longo período até o estágio final, que deve ser aproveitado da melhor forma possível.

Palavras-chave: Alzheimer. Cognição. Memória. Linguagem. Síndrome de Down.

ABSTRACT

We propose, through the present monographic work, a study about one of the biggest health problems in the world today, which mainly affects the elderly population: Alzheimer's Disease. We will start from a broad view of our object of study, first analyzing the process of normal aging, as a process of transformation of the organism, and conceptualizing cognitive decline, memory and language. Throughout our work, we will address the forms of dementia involved in the senescence process, their types and main characteristics, correlating with Alzheimer's Disease. From there, we will narrow our subject by doing a thorough analysis on the disease theme of our study, describing how it came about, distinguishing Alzheimer's in a common and hereditary way, addressing the main theories about their causes, idiosyncrasies and stages type of dementia. We will also investigate the relationship between Alzheimer's Disease and Down's Syndrome the commitment of language in terms of speech, meaning and communication and the importance of cognitive reserves in the process of delaying the onset of memory disorders. We aim with this work not only to analyze the disease, but mainly to deepen our knowledge about what happens to the individual between the discovery of the diagnosis and the evolution of the disease, since, receiving the news is shocking, there is still no cure, but there is a long period to the final stage, which should be used to the best of our ability.

Keywords: Alzheimer. Cognition. Memory. Language. Down's Syndrome.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1 ENVELHECIMENTO	9
1.1 Cognição, memória e linguagem	9
1.2 Envelhecimento cognitivo e Demência de Alzheimer	16
2 AS DEMÊNCIAS, SEUS TIPOS E CARACTERÍSTICAS	21
3 A DOENÇA DE ALZHEIMER.....	24
3.1 O surgimento do nome da doença de Alzheimer	25
3.2 Teorias sobre as causas da doença	26
3.3 Características e fases da doença	27
3.4 Alzheimer hereditário x Alzheimer associado ao envelhecimento.....	29
4 A RELAÇÃO ENTRE DOENÇA DE ALZHEIMER E SÍNDROME DE DOWN.....	31
5 ENTRE O DIAGNÓSTICO E A EVOLUÇÃO DA DOENÇA.....	33
6 RESERVAS COGNITIVAS	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS	39

INTRODUÇÃO

Antes de iniciarmos, propomos uma rápida reflexão. Imagine-se na seguinte situação: você está em sua casa, recebendo a visita de seus filhos para um almoço de domingo. Vai preparar o almoço e sua filha pede para que faça a sobremesa preferida dela. Você sabe fazer o doce, mas na hora do preparo, surge uma espécie de “apagão” e você não faz ideia dos passos a seguir.

Agora, nesse mesmo ambiente, sua casa, na qual você já mora há um bom tempo. Você sai para a rua para realizar algumas tarefas e de repente sente vontade de ir ao banheiro. Entra na casa, mas tem uma ingrata surpresa: você esqueceu onde se localiza o banheiro da casa. Fica procurando desesperadamente em todas as portas onde possa estar o lavabo, mas, por fim, não encontra, e acaba urinando nas calças.

É arrepiante só de pensar na situação, mas essa cena é comum aos pacientes afetados pela Doença de Alzheimer e foi descrita brilhantemente pela atriz Julianne Moore, no filme “Still Alice”, no qual ela interpreta uma professora com doutorado em linguística bem sucedida, no auge de seus 50 anos, quando descobre padecer da doença, em sua forma hereditária.

Este foi um dos motivos pela escolha do tema. A outra razão foi por minha experiência de trabalho em um consultório médico, com especialidade em geriatria. Este é o único momento em que falaremos em primeira pessoa, pelo motivo da experiência. Enquanto trabalhei no consultório, pude perceber as diferentes maneiras de como a Demência de Alzheimer acomete os pacientes, assim também como o processo evolutivo da doença. Posteriormente, em conversa com a minha orientadora, Rosângela Gabriel, decidimos por abordar o tema. Desde a escolha até o projeto foram várias descobertas, o que nos instigou ainda mais a falar sobre o assunto.

Primeiramente, abordaríamos, no título, a doença do modo como é popularmente conhecida: Mal de Alzheimer. Decidimos, então, substituir pela palavra doença, em razão do peso que a palavra “mal” estabelece no texto. O vocábulo “mal” geralmente se refere a tudo aquilo que não é desejável e que deve ser destruído. Assim, decidimos que essa não era a forma como queríamos abordar a doença. Queríamos retratá-la, de modo que as pessoas pudessem perceber que o indivíduo, apesar de afetado pela enfermidade, ainda tem um longo período de vida pela frente.

Em nosso primeiro capítulo, abordaremos a questão do envelhecimento na sociedade, explorando alguns conceitos como a cognição e o processo de declínio que ocorre com o

envelhecimento cognitivo. Trataremos também sobre as memórias, identificando os tipos afetados pela Demência de Alzheimer, suas características e a questão de como a linguagem é prejudicada no decorrer do processo evolutivo da doença.

No segundo capítulo, abordaremos a questão das demências, exemplificando alguns de seu tipos com suas idiossincrasias. Faremos uma breve distinção entre a Demência Senil e a Doença de Alzheimer.

No terceiro capítulo, começaremos a estreitar nosso assunto, abordando a Doença de Alzheimer, algumas teorias sobre as causas da doença, como a teoria do alumínio que é fortemente divulgada e a questão genética. Analisaremos também as características da doença, assim como seus estágios, caracterizando-os. Considerada uma demência irreversível, apesar de ser mais frequente a partir dos 60 anos, existe outro tipo de Alzheimer, que incide sobre pessoas mais jovens, doença que é mais rápida, mais grave, e geralmente se desenvolve por fator hereditário. Assim, faremos uma análise da forma comum de Alzheimer e da forma hereditária.

No quarto capítulo, faremos uma correlação entre o Alzheimer e a Síndrome de Down, um dos assuntos que mais nos intrigou durante a pesquisa, pelo fato de os indivíduos portadores da Síndrome apresentarem um índice de desenvolver a doença em quase 100% dos casos. Trataremos do assunto não só por sua incidência, mas pelo caráter social da doença e pela interferência que ela traz no núcleo familiar e na sociedade como um todo na relação entre os sadios e o doente.

No quinto capítulo, trataremos sobre a descoberta do diagnóstico, o modo como a doença evolui no paciente e o que pode ser feito para retardar o processo evolutivo dela. Falaremos sobre como o paciente recebe a notícia e de como a família exerce um papel de fundamental importância nesse processo. Afinal, a demência não afeta só a pessoa acometida, os familiares, atendentes e amigos também são afetados pelo comportamento do doente. O paciente, no decorrer do processo demencial, acaba por tornar-se uma carga para a família.

No sexto e último capítulo, trataremos das reservas cognitivas, dentre elas a interação linguística e a leitura, sua importância no processo evolutivo da doença, que faz com que ela progrida de forma lentificada. Abordaremos também a relação entre a escolaridade e a Demência de Alzheimer.

Esta monografia se enquadra na Linha de pesquisa “Estudos Linguísticos e Cognição”, do Departamento de Letras, tendo como intuito aprofundar nossos conhecimentos na área, em

particular, examinando o processo do envelhecimento cognitivo e as alterações da memória provocadas pela Demência de Alzheimer.

1 ENVELHECIMENTO

Atualmente poucos problemas têm merecido tanta atenção da sociedade como o envelhecimento e a incapacidade funcional relacionada a esse processo. O envelhecimento é um processo de transformação do organismo, sendo inevitável e invencível.

Em nossa sociedade, a maioria das pessoas não enxerga o envelhecimento como algo positivo e atribui uma forma bastante estereotipada para distinguir jovem de velho, em que ser jovem é muito bom, mas ser velho é bastante ruim. Na verdade, o envelhecer tem aspectos muito positivos também, representando uma ponte entre o passado e o presente, pois o idoso teve uma vida longa e produtiva adquirindo uma vasta experiência para ser repassada.

Vono (2009, p. 17) explica o conceito de envelhecimento:

O envelhecimento é um processo complexo resultante da ação do tempo que interfere nas estruturas física, fisiológica, psicológica, emocional e social de cada indivíduo. Vários fatores concorrem para o envelhecimento, como herança genética, raça, sexo, condições ambientais e estilo de vida.

Parente (2006, p. 23) explica: “Vários problemas que costumavam ser parte da idade avançada não são, hoje em dia, atribuídos ao envelhecimento propriamente dito, mas a fatores de estilo de vida ou a doenças que podem acompanhar ou não o processo de envelhecimento”.

De acordo com pesquisadores, existiriam dois conceitos de envelhecimento: o primário e o secundário. O envelhecimento primário seria um processo progressivo, inevitável e ao mesmo tempo irreversível de deterioração corporal, com início prematuro e contínuo com o passar dos anos. Já o envelhecimento secundário englobaria as mudanças causadas por doenças, que poderiam ser evitadas com a manutenção de hábitos de vida adequados (PARENTE, 2006).

Conforme cita Vono (2009, p. 19): “Deve-se considerar que a irrigação sanguínea cerebral se mostra diminuída com o envelhecimento, ocasionando a diminuição das funções cerebrais, e, conseqüentemente, da atividade cerebral, a perda da memória para fatos recentes e mudanças de humor [...]”.

1.1 Cognição, memória e linguagem

Nosso cérebro foi feito para aprender. Nossa memória é uma função dependente de atividades nervosas para funcionar. Essa função é realizada pelas células nervosas que são os neurônios. Quando fazemos sempre a mesma coisa, vamos matando sinapses, que são as junções entre as terminações de axônios e os dendritos. Esses últimos citados são os dois tipos principais de prolongamentos dos neurônios. Os dendritos são os prolongamentos mais finos por onde os neurônios recebem a informação. Já ao axônio cabe emitir a informação

proveniente do neurônio, como consequência daquilo que chega pelos dendritos e se comunicar com os demais neurônios ou órgãos periféricos, como, por exemplo, glândulas e músculos. Izquierdo (2004, p. 27) explica, através de uma comparação com as plantas, o processo de formação dos neurônios:

A forma dos neurônios com seus múltiplos prolongamentos foi comparada à forma das árvores. Nos maiores, o corpo celular é o tronco, os galhos e as folhas são os dendritos, e suas raízes ramificadas, o axônio e suas ramificações. Nos neurônios menores, seu aspecto é comparável ao de uma planta de cebola, por exemplo: um corpo celular pequeno e arredondado, com folhas para cima: os dendritos, e raízes para baixo: os axônios ramificados.

Os neurônios são as células com atividade nervosa, que recebem e emitem informação a outros neurônios ou a outros órgãos. Ou seja, comunicam-se entre si transmitindo impulsos elétricos. São eles os que fazem, armazenam, evocam e modulam a memória. Estima-se que existam no cérebro humano aproximadamente 80 bilhões de neurônios (IZQUIERDO, 2011). Conforme cita Silva (2014, p. 51): “A princípio em pessoas com Doença de Alzheimer, os neurônios em certas localizações do cérebro começam a perder os neurotransmissores e a morrer mais rápido do que na pessoa idosa normal”.

Quanto mais aprendemos, mais conexões realizamos. Diz Izquierdo (2011, p. 12): “O conjunto das memórias de cada um determina aquilo que se denomina personalidade ou forma de ser”. Toda memória quanto maior for sua carga emocional, fará com que melhor ela seja gravada. Toda nossa essência está na memória, ela é uma representação da realidade dentro do nosso cérebro.

Diz Marcuschi (2007, p. 33): “A cognição diz respeito ao conhecimento, suas formas de produção e processamento [...] Reporta-se à natureza e aos tipos de operações mentais que realizamos no ato de conhecer ou de dar a conhecer”.

A cognição é moldada pelas experiências que são individuais. As emoções fazem parte da cognição. Ela envolve tanto os processos mais conscientes como os inconscientes. Atenção e consciência são dois termos que estão muito ligados. Nem tudo o que aprendemos é de forma consciente, pois nós inconscientemente apreendemos aquilo que está ao nosso redor.

O processo de aprendizagem da escrita, por exemplo, se dá de forma consciente e depois se transforma em inconsciente. Ao lermos um texto, também estamos aprendendo estruturas sintáticas, ortografia e enriquecemos o léxico mental. Assim podemos apreender que a aprendizagem ocorre de duas formas: consciente e inconsciente. A aprendizagem é a construção de memórias.

Percebemos, assim, a noção de tipos de memórias, pois elas podem ser explícitas e implícitas. As memórias explícitas são aquelas das quais nós temos consciência. Desse modo,

primeiro a memória é adquirida de forma explícita e, à medida que ela se consolida, transforma-se em memória implícita, pois foi automatizada. Como exemplo, podemos citar o processo para aprender a dirigir, a aprendizagem da leitura ou também a aprendizagem de outra língua. Já quando vamos ensinar alguém, temos que desautomatizar, trazer para a consciência aquilo que no nosso inconsciente está implícito. Por exemplo, o movimento dos nossos olhos durante a leitura está automatizado em leitores alfabetizados, mas não em analfabetos. Por outro lado, assistir a filmes em inglês auxilia na aprendizagem da língua de forma inconsciente, pois estamos incorporando o vocabulário e as expressões da língua inglesa.

Izquierdo (2011, p. 11) define o conceito de memória:

“Memória” significa aquisição, formação, conservação e evocação de informações. A aquisição é também chamada de aprendizado ou aprendizagem: só se “grava” aquilo que foi aprendido. A evocação é também chamada de recordação, lembrança, recuperação. Só lembramos aquilo que gravamos, aquilo que foi aprendido.

Pensando o que diz Izquierdo na referência anterior, percebemos a memória como a aquisição, quando pegamos algo de fora do mundo e transformamos numa representação para o cérebro, com uma imagem, suas características, para que serve, etc. Já a conservação das memórias é o modo pelo qual nós as mantemos armazenadas no cérebro, e a evocação é quando recuperamos uma memória da qual precisamos, trazemos para a consciência aquilo que queremos evocar.

A memória geralmente é entendida como o processo de armazenamento das informações. Ela é responsável por nos dar a sensação de identidade, uma vez que nos permite fazer uma cronologia de toda a vida. Podemos pensá-la como um computador, no qual só gravamos no HD aquilo que de algum modo é importante para nós. Segundo Kandel (apud SILVA, 2014, p. 20), a memória é o meio pelo qual retemos conhecimentos e o que sustenta nossa vida mental.

As memórias não nascem conosco, elas são adquiridas. Para relacionar a memória com Alzheimer podemos exemplificar pensando em uma cômoda, na qual temos várias gavetas para separar aquilo de que precisamos. Nossa memória também é assim. Possuímos vários compartimentos onde nossas recordações ficam devidamente guardadas. Nossas recordações mais remotas, ou seja, nossas recordações mais antigas são mantidas nas gavetas mais resistentes, enquanto que as memórias mais recentes são mantidas em gavetas menos resistentes.

Se as funções cognitivas são prejudicadas, a memória também acaba sendo comprometida, e a sua própria aquisição se tornará deficiente. O déficit de memória que

acontece na Doença de Alzheimer surge inicialmente no tipo de curta duração. Já os danos na memória de longo termo acabam aparecendo mais tarde. É por isso que os pacientes afetados pela Doença de Alzheimer conseguem lembrar episódios de sua infância, mas não se recordam do que comeram no dia anterior, ou de quem os visitou na última semana, pois apenas o compartimento das memórias remotas ainda está preservado.

Segundo Marcuschi (2007, p. 38), “tomamos a expressão ‘linguagem’ para designar uma habilidade (faculdade) humana que constitui os sujeitos como seres sociais, históricos e cognitivos”. As pessoas afetadas pela Doença de Alzheimer apresentam dificuldades na emissão e na compreensão da linguagem. Além disso, muitos pacientes também perdem a capacidade para ler e até para interpretar sinais, portanto, os doentes são afetados em várias dimensões, tanto sociais quanto cognitivas.

Durante o processo de avanço da Doença de Alzheimer, é possível que o indivíduo apresente dificuldade para lembrar-se de palavras, de como usá-las e até mesmo de compreendê-las. Por isso, não podemos falar sobre a linguagem sem considerar o papel que a memória exerce nesse processo. Entretanto, devemos considerar que, apesar da forte aproximação entre a memória e a linguagem, principalmente quando falamos na questão da funcionalidade, não podemos esquecer que são processos distintos na mente humana.

O agravamento dos distúrbios de linguagem vai estar relacionado à intensificação do acometimento cognitivo, ou seja, quanto mais a Doença de Alzheimer tiver se alastrado no cérebro, maiores serão as perdas linguísticas. Um fato interessante relativo à doença é o que explicam Bayles, Tomoeda e Trosset (apud MANSUR, 2005, p. 303), de que a leitura em voz alta tem sido considerada uma função cognitiva que resiste ao processo demencial, persistindo intacta mesmo depois de perdida a capacidade de compreender o material lido, por se tratar de uma memória procedural, distinta da memória semântica.

Já os estudos sobre as habilidades de escrita na Demência de Alzheimer, segundo Horner, Heyman, Dawson e Rogers, citados por Mansur (2005, p. 304), têm demonstrado:

Que a agrafia é uma manifestação frequente de instalação precoce na doença e que esses pacientes podem apresentar tanto déficits ortográficos quanto práticos e motores da escrita. Essas alterações são geralmente mais graves que as da linguagem oral, podendo inclusive anteceder-las.

É devido a este motivo que se aconselha aos pacientes afetados pela doença, logo em sua descoberta, que indiquem um procurador ou algum familiar com antecedência, antes que a doença os deixe impedidos de tais escolhas. Considerando os estágios da doença, que são inevitáveis, o indivíduo deve fazer essa escolha, enquanto ainda estiver apto e em plena posse de suas faculdades mentais. Conforme a referência acima citada, consideramos “prático”

como um ser humano que é ativo e se revela crítico na tomada de decisão e resolução de problemas.

Dados sobre a evolução do distúrbio de escrita em indivíduos com Demência de Alzheimer leve e moderada foram identificados por Platel e colaboradores citados por Mansur (2005, p. 304):

Identificaram um curso lógico da progressão do distúrbio de escrita em três fases: 1) fase do déficit leve: na qual ocorrem poucos erros, do tipo regularizações e durante a qual há um grau leve de demência. Distúrbios léxico-semânticos podem ser observados nessa fase; 2) intermediária: em que se nota predomínio de erros fonologicamente não plausíveis (grafêmicos) e plausíveis (regularizações), que ocorrem em palavras irregulares e pseudopalavras; e, (3) fase avançada: envolve desordens extremas que afetam todos os tipos de palavras. São frequentes erros mistos, principalmente do tipo grafêmicos, assim como dificuldades grafomotoras. Quando são muito graves, o paciente pode ser incapaz de escrever, o que acontece em paralelo ao acometimento geral do quadro.

Morato, citado por Freitas (2012, p. 45), também pesquisa as alterações neurocognitivas na Demência de Alzheimer e descreve as três fases evolutivas da doença envolvendo o processo da linguagem:

i) a forma leve, em que os problemas de memória são constantes, havendo, no que tange à linguagem, relativa preservação dos aspectos fonológico-sintáticos e alterações nas habilidades semântico-lexicais-pragmáticas, as quais são sutis e, por isso, frequentemente passam despercebidas; ii) a forma moderada, na qual os problemas mnésicos já chegam a ser incapacitantes, com desorientação têmporo-espaçial e linguística. Nessa fase, os problemas de linguagem, ainda não claramente observáveis na fase anterior, passariam a ser frequentes e prontamente perceptíveis. Somados a eles, os problemas práxicos e gnósicos configurariam o que é chamado por muitos autores de síndrome afásico-aprático-agnósica; iii) a forma severa, durante a qual a memória se encontra gravemente alterada e a linguagem apresenta-se significativamente prejudicada. No estágio mais avançado da doença, as habilidades linguísticas gerais ficam sensivelmente comprometidas, podendo o sujeito acometido pela Doença de Alzheimer chegar ao mutismo.

Convém explicarmos os conceitos da citação anterior. A desorientação têmporo-espaçial referida é a incapacidade de autorreferenciação em relação ao tempo e ao espaço, os sentidos do tempo, direção e reconhecimento ficam difíceis de ser distinguidos. Consideramos afasia como uma alteração da função da linguagem, causada por uma lesão no sistema nervoso central que afeta a capacidade de comunicação do indivíduo. Já os problemas gnósicos são aqueles que interferem na percepção e reconhecimento dos objetos e sensações.

Não podemos considerar a linguagem apenas pelo elemento verbal, mas também na busca por imagens e associações que a memória realiza nesse processo. Silva (2014, p. 53) diz que a relação entre memória e linguagem se inicia na mente e comenta esse processo:

Num *recall* de um episódio, a linguagem vai se formando ao mesmo tempo em que a memória lança na mente a imagem mental. Em outras palavras, acreditamos que na lembrança de um episódio, imagem e palavra são evocados simultaneamente. Nessa perspectiva, podemos inferir que algum ‘processador’ seja capaz de realizar essa tarefa e podemos pensar que a evocação é apenas o resultado de uma correlação já iniciada na mente.

Pensando na relação entre memória e linguagem, podemos exemplificar através das palavras. Estas são como uma chave para acessar as memórias, como se fossem a senha de um cofre. Às vezes nos perguntamos por que não conseguimos lembrar-nos de episódios de quando éramos crianças. Isso se explica pelo fato de que, até pelo menos os três anos de idade, ainda não temos uma língua consolidada. Por isso, as memórias não têm associação, assim não conseguimos chegar até essas memórias, pois não possuímos a senha de acesso a elas (IZQUIERDO, 2002).

Para Corrêa, citado por Silva (2014, p. 60), podemos aumentar as chances para uma boa lembrança quando nos colocamos, tanto na realidade como na imaginação, no mesmo estado e na mesma situação que quando memorizamos o acontecimento. Podemos explicar esta fala do autor, pensando na seguinte situação: decidimos sair de casa e quando chegamos à porta, esquecemos onde deixamos as chaves do carro. Neste momento, repassamos na nossa memória toda a sequência de ações que realizamos no momento anterior à perda, para que possamos encontrar as chaves. Assim, podemos concluir que a lembrança é o meio pelo qual a mente realiza o sistema de busca de um objeto, que pode ser concreto ou não.

Ao falarmos de memória, devemos falar também de percepção, pois esta é o modo de como percebemos as coisas. Arnheim, citado por Silva (2014, p. 58), diz que as imagens da memória servem para identificar, interpretar e complementar a percepção. [...] A percepção da familiaridade com o objeto está relacionada às imagens que temos desses em nossa memória. Se analisarmos indivíduos afetados pelo Alzheimer, já num processo moderado da doença, perceberemos que estes, por várias vezes, repetem a expressão: “voltar para casa”. Mesmo estando em sua própria casa, eles não conseguem reconhecê-la como sua. Isso se explica pelo fato de a memória recente já ter sido comprometida, esta falha da memória interfere na percepção da própria casa onde a pessoa mora. Assim, como a memória remota é a que demora um período maior de tempo para ser deteriorada, esse indivíduo imagina que a sua casa seja aquela de quando era criança e vivia com seus pais, e não essa onde criou a sua nova família, com cônjuge e filhos.

De acordo com Izquierdo (2004, p. 19), “podemos dividir a memória em tipos de acordo com sua duração e de acordo com sua função”. Se analisarmos pela questão da duração, temos a memória imediata, a memória de curta duração e a de longa duração. A

memória imediata é também chamada comumente como memória de trabalho. Ela é limitada e funciona como um organizador das nossas memórias, guardando-as por um tempo muito curto.

A memória de trabalho diferencia-se das demais porque não deixa traços e não produz arquivos. Muitos não a consideram como um tipo de memória e sim como uma espécie de gerenciador central que mantém a informação por tempo suficiente até decidir se esta deverá entrar na memória de longo prazo ou não (IZQUIERDO, 2011, p. 26-27).

Já as memórias de curta e de longa duração, conforme cita Izquierdo (2004, p. 21), “se iniciam ao mesmo tempo, imediatamente depois de adquirida cada experiência ou de acontecido um insight”. A existência da memória de curto prazo vai depender do modo como é usada, podendo desaparecer ou se tornar de longo prazo. Um exemplo é o que comemos no almoço de ontem, lembramos eventualmente porque faz poucas horas, mas depois a memória se perde porque é irrelevante.

Diz Izquierdo (2004, p. 22): “[...] muitos denominam de memórias remotas as memórias de longa duração, que duram décadas; as que uma pessoa de 65 anos pode ter de sua infância”. Essas memórias são o nosso tesouro, é aquilo que nós somos. Se nós perdermos essas memórias, não somos mais nós mesmos. É isso que acontece com o indivíduo afetado pela Demência de Alzheimer.

Diz Izquierdo ainda (2004, p. 23): “Do ponto de vista de seu conteúdo, as memórias classificam-se em memória de trabalho (que não deixa arquivos permanentes), memórias declarativas e memórias de procedimentos ou procedurais”. As memórias declarativas são aquelas sobre as quais podemos fazer uma declaração, podemos mostrar que as possuímos. Elas são chamadas declarativas porque podem ser retomadas por meio da linguagem, ou seja, podemos falar sobre elas. As memórias declarativas se dividem em semânticas e episódicas ou autobiográficas.

As memórias semânticas são aquilo que nós aprendemos, como uma palavra, referência, conceito, significado, conhecimento de mundo. Já as memórias episódicas são aquelas que nos marcam, nossas experiências. Recordamos delas como se estivéssemos vendo uma fotografia ou um filme. Como exemplo, podemos citar o ataque das torres gêmeas do 11 de setembro. Como foi um episódio marcante, faz parte desse tipo de memória. Algumas pessoas, quando afetadas pela Doença de Alzheimer, têm dificuldade em lembrar-se de palavras, isso significa que esse tipo de memória já se deteriorou.

Os indivíduos afetados pela Demência de Alzheimer, logo quando da descoberta da doença, parecem não ter dificuldades em lembrar acontecimentos distantes, mas esquecem, por exemplo, aquilo que fizeram recentemente. As lembranças mais antigas, apesar de serem as últimas a serem perdidas no decorrer da doença, acabam interferindo com as atividades atuais.

As memórias procedurais ou hábitos, lembra Izquierdo (2004, p. 23), “provêm da aquisição de habilidades sensoriais e/ou motoras (andar de bicicleta, usar um teclado) e não são fáceis de explicar de maneira declarativa”.

Esta é uma das memórias afetadas durante o curso da Doença de Alzheimer. É a memória que conduz nossos atos, por exemplo, como usar uma faca e um garfo, como jogar xadrez. A perda dessa memória pode resultar em dificuldades para efetuar rotinas, como vestir-se, cozinhar, lavar-se. SILVA (2014, p. 78) comenta esse processo:

Na doença de Alzheimer, é possível perceber que, mesmo tendo os demais tipos de memória comprometidos, a pessoa ainda é capaz tanto de manter as atividades motoras, dependendo do estágio da doença, quanto relembrar procedimentos, inclusive demonstrar a preservação de uma leitura meramente motora, isto é, leem em voz alta ou de forma silenciosa, mas não conseguem ‘absorver’ o conteúdo da leitura. Isso acontece pelo fato de a memória procedural ser de longo termo, sendo, portanto, mais difícil de ser afetada pela demência de Alzheimer.

1.2 Envelhecimento cognitivo e demência de Alzheimer

Com o passar dos anos, o declínio cognitivo com o aumento da idade acaba por tornar-se uma das grandes preocupações do ser humano que envelhece. As funções executivas, a memória, a linguagem e a atenção, mecanismos da cognição humana, são seriamente afetadas no processo de envelhecimento. Parente (2006, p. 15) esclarece que essas funções possuem certa independência, sendo que algumas acabam realmente por sofrer o declínio pela idade, enquanto outras ficam mantidas ou até melhoram seu desempenho em função da experiência de vida.

Muitas pessoas, quando começam o processo de envelhecimento, percebem que sua memória já não é mais o que costumava ser. Começam esquecendo nomes de pessoas, dos itens que precisam ser comprados no mercado, ou até mesmo daquilo que iriam fazer no momento. Mas isso não quer dizer que o indivíduo esteja com a Doença de Alzheimer.

Se o coração é o órgão que nos deixa vivos, o cérebro é aquilo que nos torna humanos. No processo de envelhecimento é normal que o cérebro atrofie lenta e progressivamente, mas para o portador de Alzheimer há uma maior intensidade nesse grau de atrofia. O cérebro saudável é aquele que preenche todo o crânio. Este último é a armadura que protege o cérebro.

Se a pessoa se esqueceu de algum fato e consegue lembrar-se de detalhes associados, significa que ela apenas está um pouco esquecida, talvez em razão do estresse do dia a dia ou em decorrência de uma vida com uma rotina agitada. Já os indivíduos acometidos com a Demência de Alzheimer esquecem não somente esses pequenos detalhes, mas o contexto inteiro.

Há uma distinção clara entre o déficit associado ao envelhecimento normal, ou senescência, e aqueles associados à manifestação de demências, mesmo que em fase inicial. A diferença mais importante é que pessoas idosas saudáveis são capazes de reter novas informações, embora possam apresentar dificuldade ou lentidão para memorizá-las. [...] Nos casos patológicos, em que ocorre perda substancial de neurônios, como no mal de Alzheimer e em outras demências senis, há incapacidade progressiva e irreversível de memorizar informações recém-adquiridas. (VONO, 2009, p. 20).

Entre as várias funções mentais diminuídas ou perdidas no processo de envelhecimento, a memória acaba destacando-se, sendo que ela é uma função fortemente estimulada pelo uso. Cita Izquierdo (2002, p. 81): “Somos aquilo que recordamos. Quando perdemos aquelas memórias que fazem com que cada um de nós seja um indivíduo, encontramos-nos frente a um quadro desolador”.

Alzheimer é uma doença que em geral se desenvolve nas pessoas mais velhas e começa com uma perda gradativa da memória. Com o passar do tempo, esse déficit de memória vai se acentuando cada vez mais. O indivíduo passa a não entender mais o que se passa ao seu redor, ficando confuso e muitas vezes os familiares não percebem as sutis alterações que vão ocorrendo, pensando ser apenas uma distração do indivíduo e assim a doença vai progredindo silenciosamente. Conforme a Doença de Alzheimer vai avançando, inicia-se uma dificuldade crescente de lembrar-se de fatos recentes e começa a aparecer uma surpreendente clareza para rememorar fatos do passado.

Para exemplificar, criamos um quadro que nos permite perceber o que acontece no cérebro de uma pessoa no processo de envelhecimento normal, e no cérebro de um indivíduo acometido pela Doença de Alzheimer.

Quadro 1 – Paralelo entre o envelhecimento normal e a Doença de Alzheimer

ATIVIDADE	NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NORMAL	NA DOENÇA DE ALZHEIMER
COZINHAR	Consegue preparar sua própria comida, inclusive para as demais pessoas da família. Pode apresentar dificuldade para deambular, mas mesmo assim lembra	Não consegue preparar a sua alimentação, inclusive se torna um risco para si e para os familiares, pois pode até esquecer-se do fogo ligado.

	todo o processo de preparo dos alimentos.	
SAIR	Sai sozinho ou com familiares.	Não deve sair sozinho, pois corre o risco de perder-se e não saber explicar quem é ou como voltar para casa, pode até mesmo perder-se em lugares familiares.
GERENCIAR FINANÇAS	Cuida de seus gastos com total independência e quando necessita de ajuda, solicita aos familiares.	Não consegue controlar suas contas, acaba fazendo compras desnecessárias. Quando o familiar percebe, na maioria das vezes, os gastos são altos, com compras inúteis.
ESQUECER COISAS	Esquece detalhes de um evento, onde possa ter deixado suas chaves. Pode esquecer-se do nome de um vizinho, mas mesmo assim sabe quem é a pessoa com quem está falando.	Esquece todo o evento. Esquece onde deixou as coisas e na maioria das vezes coloca em lugares totalmente diferentes, como guardar chaves ou telefone na geladeira. Esquece o nome das pessoas e também deixa de reconhecê-las.
TOMAR MEDICAMENTOS	Administra o controle de seus remédios sozinho ou pede ajuda de familiares, mas tem noção do objetivo do uso do medicamento, ou seja, para que serve e os horários em que tem de tomar.	Não tem controle nenhum sobre os remédios, às vezes até recusando-se a tomá-los por achar que não há necessidade, pois não tem noção da doença. Se o indivíduo não tem alguém que o cuide pode fazer uma superdosagem de medicamentos, causando perigo para si mesmo.
CUIDAR DA HIGIENE PESSOAL	Faz suas atividades de asseio pessoal sozinho ou se tem dificuldades solicita ajuda aos cuidadores, pois sabe da importância da higiene.	Precisa de assistência com a higiene pessoal, incluindo ir ao banheiro e tomar banho, pois vai se tornando gradualmente incapaz e não vê necessidade no asseio, ou em manter-se limpo.
VESTIR-SE	Consegue escolher suas roupas sozinho e se há dificuldade para vestir-se pede ajuda, mas geralmente consegue fazê-lo.	Não consegue escolher suas vestimentas, tem dificuldade em distinguir o tom das cores e precisa de ajuda para vestir-se. Por vezes, em momentos de alucinação, que acontecem em alguns casos, o indivíduo pode andar nu,

		pois não tem noção do que é certo ou errado.
ALIMENTAR-SE	Consegue alimentar-se na maioria das vezes sozinho, mas, se necessário, pede auxílio. Tem noção daquilo que está comendo e da importância da alimentação para a sua saúde.	Apresenta dificuldades para comer e aos poucos vai esquecendo até o modo de usar os talheres. Em função da perda de memória, pode recém ter se alimentado e esquecido disso. Pessoas diabéticas que sofrem da doença e não tem um cuidador, podem ter sérios problemas pela alta taxa de insulina, justamente por essa questão. Eles esquecem que já comeram e acabam alimentando-se novamente por várias vezes durante o dia. Além disso, gradativamente vão perdendo sua capacidade de deglutição.
CONTROLAR A BEXIGA E O INTESTINO	Conseguem ir ao banheiro sozinhos ou com ajuda de familiares. Se por ventura, em razão da idade tiverem de fazer uso da fralda geriátrica, conseguem avisar quando precisam ser trocados.	Não tem essa noção de controle, ou quando tem, no momento em que precisam fazer suas necessidades fisiológicas, podem até esquecer-se onde encontra-se o banheiro da casa.
CONTROLAR A NOÇÃO DE TEMPO E ESPAÇO	Conseguem se orientar no tempo e espaço, sabendo o dia e ano em que estão.	Não conseguem orientar-se no tempo e na maioria das vezes, nem lembram onde vivem.

Fonte: Dados da autora baseados em Cayton (2000), Lucchese (2012), Poirier e Gauthier (2016), Vono (2009).

Através do quadro comparativo é possível perceber que a Doença de Alzheimer age de forma progressiva, destruindo lentamente a memória e a habilidade de raciocinar, diferentemente do processo normal de envelhecimento, no qual ocorre apenas um declínio das funções cognitivas em decorrência da senescência. Por ser a instauração da doença um processo gradual, torna-se difícil identificar exatamente quando ela começa. Aos poucos ela vai limitando o indivíduo até de realizar as tarefas mais simples, como tomar banho, comer e caminhar. O grau de risco da doença varia de um indivíduo para outro, dependendo de sua

herança genética e daquilo que acontece com a pessoa ao longo da vida. No capítulo a seguir, abordaremos os demais tipos de demências, envolvidos no processo de envelhecimento.

2 AS DEMÊNCIAS, SEUS TIPOS E CARACTERÍSTICAS

As demências são um conjunto de doenças normalmente caracterizadas pela perda de habilidades intelectuais como a memória, a linguagem, o juízo crítico, a racionalidade e, na maioria dos casos, estão relacionadas com transtornos emocionais e de comportamento (LUCCHESI, 2012).

Não podemos caracterizar demência como uma alteração normal no processo de envelhecimento, mas sim, como um distúrbio degenerativo do cérebro. Os sintomas também podem incluir mudanças no comportamento, na personalidade e no temperamento como agressividade, insônia e alucinações.

Izquierdo (2011, p. 113) exemplifica o que ocorre nas demências:

Nas demências ocorre perda das funções cerebrais, incluindo as mentais e, dentro destas, das funções cognitivas, especialmente a memória. Embora esta última seja a mais grave desde o ponto de vista da manutenção da personalidade ou da individualidade do sujeito, muitas vezes não constitui o sintoma mais saliente nem o motivo primário de queixa dos pacientes, à exceção da doença de Alzheimer, na qual depois de seus primeiros estágios a amnésia é o sintoma mais destacado.

Demência é um termo usado para descrever várias alterações cerebrais que causam uma severa e progressiva perda da memória, sendo que a Doença de Alzheimer é o tipo mais comum encontrado, aparecendo em quase 50% dos casos (CAYTON, 2000). Neste capítulo, abordaremos de forma sucinta alguns dos principais tipos de demência conhecidos, visto que nosso objetivo tem como foco a Demência de Alzheimer.

Demência Senil

Há uma grande dificuldade em se realizar o diagnóstico na fase inicial da Demência Senil, pois, com o envelhecimento, diferentes padrões de normalidade mudam em relação à atividade do corpo humano, assim podendo ser confundida com o processo normal do envelhecimento.

Olszewer (1994, p. 20) informa: “No Brasil as estatísticas são incompletas e pouco estudados os dados epidemiológicos em relação a esta doença, acreditando-se que aproximadamente 6% da população acima de 65 anos seja portadora de Demência Senil”.

Olszewer (1994, p. 17) explica o que significa a demência:

Demência é o resultado de uma deterioração crônica da capacidade intelectual, suficientemente severa para interferir nas atividades diárias. As alterações apresentadas pelo paciente acometido de demência senil vão do simples estado de confusão senil até o desconhecimento dos seres mais íntimos, de dificuldades na orientação no tempo e espaço até a perda do controle dos esfíncteres; [...] de perdas da memória recente, até um estado de prostração definitiva em posição fetal, sem capacidade de reconhecer pessoa alguma.

Conforme cita Izquierdo (2011, p. 102): “A senilidade é acompanhada de um enfraquecimento geral dos diversos tipos de memória. Isso se deve à perda neuronal que [...] se manifesta através de uma perda de função só quando ultrapassa certo limiar mínimo e necessário para o desempenho”.

Demência de Alzheimer

A Demência de Alzheimer, foco de nosso estudo, é considerada a demência mais comum no mundo. A doença é considerada um distúrbio cerebral degenerativo que ataca o cérebro da pessoa afetada e altera sua estrutura, causando déficit de memória e de outras funções intelectuais, além de mudanças comportamentais. Sua menção neste momento do trabalho justifica-se para colocá-la no contexto das demências, uma vez que o aprofundamento da sua semiologia se dará ao longo do trabalho.

Demência Vascular

Segundo Cayton (2000, p. 32), “demência vascular (também chamada demência de multi-infartos) é um tipo de demência causado por uma série de ‘miniderrames’ (infartos). É o segundo tipo mais comum de demência, depois da Demência de Alzheimer”.

Os principais sintomas da Demência Vascular são a perda da memória imediata e o declínio de outras capacidades. Diferentemente da Doença de Alzheimer, na Demência Vascular o indivíduo consegue ter uma consciência muito maior da sua incapacitação e também consegue manter uma maior preservação da sua personalidade (CAYTON, 2000, p. 33).

A evolução deste tipo de demência é muito rápida, tendo como fatores de risco: doença vascular por aterosclerose, hipertensão, diabetes e colesterol alto. Seu diagnóstico é possível através de exames neurológicos e de imagem do cérebro. Não há possibilidade de cura, mas mantendo-se o controle dos fatores de risco pode-se evitar que a doença progrida (LUCCHESI, 2012, p. 24).

Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson, conforme diz Lucchese (2012, p. 24), “é uma patologia progressiva do sistema nervoso central. [...] Esta doença se caracteriza por tremores nas mãos, falta de força em membros e juntas, problemas na fala e dificuldade para iniciar movimentos físicos”.

Demência de corpos de Lewy

Seu nome é em razão das coleções anormais de proteínas, chamadas de corpos de Lewy, que aparecem nas células nervosas do cérebro (CAYTON, 2000, p. 36). Cita Lucchese

(2012, p. 25): “Acomete pessoas com idade entre 60-80 anos. A duração média é de 6-8 anos. [...] Causa perda de memória, confusão e dificuldade de comunicação. Alucinações e paranoia podem também se desenvolver [...]”.

Doença de Huntington

De acordo com o que afirma Lucchese (2012, p. 25), “é uma doença degenerativa do cérebro geneticamente transmitida. Gera incapacidades física e mental. [...] Os primeiros sintomas variam, mas incluem movimento involuntário dos membros ou músculos faciais, dificuldade de concentração, depressão [...]”.

Doença de Creutzfeldt-Jacob

É uma doença hereditária muito rara na qual a deterioração é acompanhada por problemas em controlar os movimentos do corpo. A doença manifesta-se por volta dos trinta ou quarenta anos do indivíduo por sintomas físicos ou mentais. Não existe um tratamento, mas a medicação ajuda a controlar os sintomas.

Demência Senil x Demência de Alzheimer

A Doença de Alzheimer é uma forma de demência. Mas, embora todos os pacientes acometidos pela Doença de Alzheimer tenham demência, não significa que todos os pacientes que são atingidos por demência venham a ter a Doença de Alzheimer, pois existem várias outras formas de demência.

Segundo Vono (2009, p. 18), “senilidade é o envelhecimento patológico ou com doença, no qual há comprometimento da autonomia do idoso e de sua independência para as atividades da vida diária”.

Cayton (2000, p. 17) explica as diferenças entre os dois termos:

O termo demência senil era antigamente usado quando as pessoas “perdiam sua memória” numa idade avançada. Esta perda de memória era tida como parte integrante do processo de envelhecimento. No entanto, sabe-se agora que a maioria das pessoas não desenvolve demência mesmo em idades muito avançadas. Na maioria das vezes o que se chamava de demência senil era de fato doença de Alzheimer.

Conforme vimos até aqui, as demências caracterizam-se pela perda das atividades intelectuais, sendo um conjunto de sintomas que acompanham determinadas doenças. Os danos cerebrais alteram a capacidade mental, produzindo deterioração intelectual, afetando a capacidade funcional e interferindo no comportamento do indivíduo. A disfunção é ampla e envolve a memória, a habilidade para julgamento do certo e errado, a linguagem, as relações espaciais, pensamento abstrato, entre outras funções do executivo. Dentre as principais demências citadas acima, abordaremos no capítulo seguinte, em específico, a Demência de Alzheimer, suas principais características e fases da doença.

3 A DOENÇA DE ALZHEIMER

Receber o diagnóstico da doença de Alzheimer pode ser considerado um “golpe de punhal” tanto para o diagnosticado, quanto para a família. É assistir à derrocada da inteligência sem reagir. Explicando de uma maneira simples, é uma doença na qual acumulamos uma proteína chamada beta amiloide, de maneira anômala, ou seja, em grande quantidade no cérebro. Com esse acúmulo da proteína, perdemos algumas funções cerebrais, sendo que a principal atingida é a memória. O quadro evolutivo da doença é inexorável e a degradação do paciente é inevitável.

Descoberta há mais de cem anos, a doença neurodegenerativa é uma das principais causas de demência em idosos, porém, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento da doença, ela continua incurável por mais de um século, ou seja, desde a sua descoberta.

As lesões características da Doença de Alzheimer envolvem, de acordo com Izquierdo (2011, p. 109),

hipersecreção de uma proteína chamada substância β -amiloide pelas células afetadas. Esta proteína é produzida normalmente pelas células nervosas, mas na Doença de Alzheimer isso ocorre de forma exagerada, causando vacúolos de tamanho crescente que, ao se juntarem, determinam a morte de todos os neurônios que as rodeiam. E, formação de emaranhados neurofibrilares, produto de anomalias estruturais de uma proteína chamada Tau, componente natural das neurofibrilas dos axônios, que também, por volume, e pela interrupção do trânsito de potenciais de ação pelos axônios afetados, causam morte celular e disfunção.

Conforme O Instituto Alzheimer Brasil (IAB), a Doença de Alzheimer é a principal causa de demência no mundo, representando cerca de 50 a 80% dos casos. Ela afeta o funcionamento do cérebro de modo lento e progressivo, comprometendo suas funções cognitivas. Dentre estas funções comprometidas, podemos citar: memória, linguagem, atenção, raciocínio lógico, julgamento, planejamento, habilidade visual e espacial que vão tornando-se comprometidas o suficiente para interferir nas atividades diárias das pessoas afetadas pela doença (IAB, novembro 2017).

Dessa maneira, o indivíduo vai perdendo sua capacidade para pensar, aprender, lembrar, comunicar-se e realizar suas atividades diárias de modo eficiente e independente, perdendo a sua autonomia. Isso acaba convertendo o paciente uma carga para a família, que acaba tendo que observar com impotência a degradação e principalmente a involução do paciente afetado pela doença.

A doença é irreversível e, à medida que ela progride, vai comprometendo a memória e a cognição. É uma doença que se instala em geral em pessoas mais velhas, e começa com uma

perda gradativa da memória recente. O indivíduo com Alzheimer perde a noção de refrear determinados impulsos e até mesmo de se conter.

Izquierdo (2011, p. 109) explica a importância para o indivíduo da perda de memória nesse processo:

Entre as muitas funções diminuídas ou perdidas, destaca-se a memória. Em primeiro lugar, porque sua perda é muitas vezes incapacitante e é notada tanto pelo paciente como por seus familiares e companheiros. Segundo, porque envolve um grau de despersonalização que, em casos severos, é trágica [...].

“De acordo com os dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), um novo caso de Alzheimer ocorre a cada sete segundos em todo o mundo”, lembram Poirier e Gauthier (2016, p. 31).

3.1 O surgimento do nome da Doença de Alzheimer

A Doença de Alzheimer tem esse nome em razão do Dr. Alois Alzheimer, um neurologista alemão que, em 1906, percebeu alterações no tecido cerebral de uma mulher que consideravam ter falecido por uma doença mental rara, que eram na realidade sintomas da Demência de Alzheimer (CAYTON, 2000, p. 16).

Alzheimer é uma doença neuropsiquiátrica, que acomete principalmente idosos, mas também algumas vezes, mais raramente, pessoas mais jovens, comprometendo o cérebro. Caracteriza-se por uma perda da memória e das atividades cognitivas, além de alterar o comportamento humano (OLSZEWER, 1994, p. 38).

Conforme a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), a doença é uma enfermidade incurável, que se agrava ao longo do tempo, mas quando é detectada no início, é possível retardar o seu avanço e ter um maior controle sobre os sintomas, para possibilitar uma melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares (ABRAZ, abril 2017).

Ainda segundo a ABRAZ, as áreas mais comuns a serem atingidas são os neurônios, responsáveis pela memória e pelas funções executivas que envolvem planejamento e execução de funções complexas. Estima-se que existam no mundo cerca de 35,6 milhões de pessoas com a doença. Já no Brasil a estimativa é de 1,2 milhão de casos, mas a maior parte deles ainda sem diagnóstico.

Esclarece Izquierdo (2004, p. 71): “O sintoma primordial é a perda de memória. Muitas vezes, isto vem junto com alguma alteração do ânimo e com irritabilidade, em parte de forma inconsciente: o indivíduo percebe que ‘já não é o mesmo de antes’ e não vê como evitá-lo”.

3.2 Teorias sobre as causas da doença

Desde a descoberta da doença pelo professor Alois Alzheimer, em 1906, há mais de cem anos, muitas pesquisas foram feitas para descobrir o que a causaria, para que fosse possível encontrar uma possibilidade de cura. Mas, mesmo com o avanço da ciência, ainda não foi possível achar uma solução.

Existem muitas causas possíveis relacionadas com a Doença de Alzheimer, entre as quais podemos destacar a “teoria de intoxicação por metais pesados” que chegou a ser uma das mais difundidas pela alta concentração de alumínio no cérebro das pessoas afetadas pela doença. Acreditava-se que o alumínio era transmitido para o alimento durante o cozimento, através das panelas e depois seria absorvido via gastrointestinal e depositado no córtex cerebral (OLSZEWER, 1994).

Publicações mais recentes divergem dessa teoria. É o caso de Poirier e Gauthier (2016, p. 82), que relatam estudos científicos baseados na relação entre Alzheimer e alumínio que não foram confirmados, mas que ainda hoje aparecem algumas publicações propondo uma relação entre eles, entretanto não são apresentadas evidências científicas comprobatórias. Por essas razões, os autores também sugerem que não há necessidade de se livrar de panelas de alumínio ou não fazer uso dos antipirantes que têm como ingrediente o sal de alumínio.

Outra hipótese seria a da teoria genética. Cayton (2000, p. 20) explica:

Uma outra forma pela qual os genes podem exercer seu efeito é através de sua influência sobre o fator de crescimento neural. Acha-se que os genes podem interferir na forma pela qual este fator normalmente ressalta o crescimento do funcionamento das células nervosas, a fim de compensar a morte de outras células.

Pesquisas mais recentes identificaram um gene chamado apolipoproteína E4 que seria o gene com fator de risco mais importante na forma comum da demência de Alzheimer. Diz Cayton (2000, p. 20): “Existem três tipos de ApoE – E2, E3, E4. Cada pessoa herda um gene ApoE de cada um dos pais. Parece que as pessoas que herdam um gene ApoE4 correm maior risco de desenvolver a doença”.

Outra dessas hipóteses chama-se a teoria do trauma, segundo exemplifica Lucchese (2012, p. 39): “Pacientes que tiveram durante a vida um traumatismo cerebral com perda de consciência parecem estar mais propensos à doença”.

Uma teoria também considerada é a nutricional, pois nas últimas pesquisas, houve um índice de aumento nas evidências daquelas pessoas que seguem uma dieta rica em peixes e pobre em gorduras trans e saturadas. Essas pessoas testadas desenvolveram menos a Demência de Alzheimer (LUCCHESE, 2012, p. 38).

É conhecida também a teoria dos radicais livres, conforme explica Olszewer (1994, p. 44):

Denomina-se de radical livre (RL) toda molécula que tem um elétron ímpar na órbita externa e a característica de multiplicar-se rapidamente. [...] Os RL já foram relacionados como causa ou consequência de quase todas as doenças degenerativas crônicas, pela sua capacidade de alterar a integridade das paredes celulares, deformando a semipermeabilidade das membranas e condicionando alterações estruturais nos componentes celulares até a morte das mesmas. Os RL têm como fonte principal o oxigênio que respiramos, que, em contato com as estruturas lipídicas da membrana celular, vai determinar a produção dos peróxidos lipídicos que podem vir a deformar a célula.

3.3 Características e fases da doença

A Doença de Alzheimer tem estágios de duração muito variáveis sendo que em alguns indivíduos os sintomas evoluem lentamente, possibilitando a conservação da memória por um período maior de tempo, e em outros, a deterioração se mostra mais rápida, afetando vários aspectos do sistema cognitivo do paciente afetado.

Cayton (2000, p. 22-24) diz que há três estágios de desenvolvimento da Doença de Alzheimer: inicial, intermediário e avançado. O primeiro estágio às vezes é confundido com o processo de envelhecimento, pois é difícil identificar o início da doença. O paciente pode apresentar dificuldade de linguagem, ter perda significativa da memória, ficar desorientado no tempo e perdido em lugares familiares, mostrar sinais de depressão e agressividade, além de falta de iniciativa e motivação.

No estágio intermediário, a doença progride e os problemas tornam-se mais evidentes. O doente começa a ter dificuldades com as tarefas diárias, pode se tornar extremamente dependente, incluindo assistência com a higiene pessoal, tem cada vez mais dificuldade com a fala, podendo apresentar inclusive alucinações.

Já no estágio avançado a pessoa apresenta total dependência, com alterações da memória muito graves e o aspecto físico da doença começa a se tornar mais evidente, podendo ter dificuldades em comer, não reconhecer parentes e amigos, ter dificuldade para deambular, além de ficar confinada a uma cadeira de rodas ou a uma cama.

Já Poirier e Gauthier (2016) e Vono (2009), embora considerem as três fases da doença, acreditam que elas podem ser subdivididas em sete etapas ou estágios. Para exemplificar melhor, criamos um quadro para demonstrar o que acontece em cada estágio:

Quadro 2 – Estágios da Doença de Alzheimer:

ESTÁGIO 1	Aplica-se a todos que passam pelo processo
-----------	--

Pré-clínica	de envelhecimento. Seu grau de risco vai depender de sua herança genética e das escolhas que fez ao longo de sua vida. Neste momento ainda há ausência de sintomas. É o tipo de paciente silencioso, não há perda cognitiva possível de observação.
ESTÁGIO 2 Transtorno cognitivo leve	Nesse estágio já há um comprometimento cognitivo subjetivo, ou seja, já começam a aparecer as primeiras evidências de perda cognitiva. Pode aparecer lentidão no trabalho ou em atividades que requerem uma maior complexidade. Aparecem sintomas leves como lapsos de memória de curto prazo e dificuldade em tomar decisões.
ESTÁGIO 3 Forma leve	Nessa fase, é possível o início do tratamento para refrear a progressão da doença. Geralmente nessa fase é onde os familiares e amigos percebem os esquecimentos.
ESTÁGIO 4 Forma Moderada	É nessa fase que a doença é percebida por todos, embora o indivíduo não se sinta doente. O paciente pode apresentar sintomas de confusão mental, agitação, apatia e ansiedade.
ESTÁGIO 5 Forma moderadamente grave	Nesse estágio, fica evidente a necessidade de cuidados pessoais. O paciente não consegue vestir-se sozinho, não consegue lidar com os afazeres pessoais, fica desorientado no tempo e espaço, tornando-se dependente.
ESTÁGIO 6 Forma Grave	As habilidades funcionais vão se tornando cada vez mais comprometidas. O paciente precisa de cuidados em tempo integral, podendo se tornar agressivo e agitado, deixa de reconhecer as pessoas, pode apresentar

	incontinência urinária e fecal, delírios e obsessões. Às vezes, dependendo da situação acaba sendo necessária a internação.
ESTÁGIO 7 Forma muito grave	É o estágio terminal da doença, caracterizado pela dependência total em todos os aspectos. Ocorre a perda da fala, mas a comunicação não verbal pode permanecer por algum tempo, ocorrem alterações graves na capacidade motora, restringindo, na maioria das vezes, o paciente ao leito ou à cadeira de rodas. O paciente apresenta dificuldade para engolir e se engasga com facilidade. Pode ocorrer também a perda de consciência.

Fonte: Dados da autora baseados em ABRAZ (2017), Cayton (2000), Lucchese (2012), Poirier e Gauthier (2016), Olszewer (1994), Vono (2009).

3.4 Alzheimer hereditário x Alzheimer associado ao envelhecimento

A Doença de Alzheimer está dividida em dois tipos principais: a forma genética que é transmitida aos descendentes, na qual a porcentagem é de 50% de chance de os filhos herdarem a doença e não há como evitá-la. Esta forma é considerada bem mais agressiva e progride rapidamente no indivíduo. Estima-se que a proporção de pacientes afetados por este tipo seja de 5%. Os outros 95% restantes seriam considerados como a outra forma da doença, que é a comum ou também chamada de esporádica. Essa forma vai progredindo lentamente no indivíduo tornando-se mais comum com o aumento da idade (POIRIER; GAUTHIER, 2016, p. 80-87).

Izquierdo (2011, p. 110) também considera a Doença de Alzheimer a partir de dois grandes subgrupos:

Há dois grandes subgrupos de pacientes com doença de Alzheimer: aqueles que apresentam prejuízo entre os 50-60 anos, e aqueles em que a doença se manifesta a partir dos 65-70 anos. A primeira forma costuma ter um curso mais rápido. O primeiro caso descrito por Alois Alzheimer, descobridor da doença, era uma mulher de 51 anos. Ambas as formas da doença se acompanham de alterações cromossômicas diferentes, o que indica que obedecem a pelo menos dois transtornos genômicos distintos. Porém, estudos em numerosos gêmeos univitelinos, cuja carga genética é idêntica, demonstraram que muitas vezes só um dos dois manifesta a doença. Isso indica que, além dos fatores genéticos, há também outras causas ou fatores desencadeantes da doença. Estes podem ser tóxicos, ambientais, psiquiátricos ou até medicamentosos: não há evidências em favor de um ou outro fator.

Lucchese (2012, p. 175) esclarece: “Há duas formas da doença: a genética e a esporádica. A genética tem baixa incidência, em torno de 5%. É dominante, o que significa que um filho pode ter 50% de chances de ter a doença do pai”.

4 A RELAÇÃO ENTRE DOENÇA DE ALZHEIMER E SÍNDROME DE DOWN

No decorrer de nossa pesquisa, deparamo-nos com essa questão: Qual seria a relação entre a Doença de Alzheimer e a Síndrome de Down? A partir de nosso estudo, percebemos que a probabilidade de os indivíduos portadores da Síndrome de Down desenvolverem a Doença de Alzheimer, era de quase 100% dos casos. Um número simplesmente alarmante. Diante disso, fomos em busca de estudos feitos recentemente, que estabelecessem uma possível relação entre as duas doenças.

Schwartzman (1992, p. 15) explica: “A Síndrome de Down (SD) é uma condição clínica caracterizada por retardo mental, baixa estatura, alterações esqueléticas, imunológicas, vários estigmas fenotípicos, bem como anormalidades em outros sistemas e órgãos”.

Segundo Wisniewski (apud SCHWARTZMAN, 1992, p. 17), existem grandes diferenças entre os pacientes com Síndrome de Down abaixo e acima dos 35 anos. Conforme o autor, nos indivíduos mais velhos são observadas alterações de personalidade, deterioração mental e emocional, apatia ou excitação, redução no vocabulário, irritabilidade, crises de birra, alterações súbitas de humor, perda de afetividade prévia e descuidos na higiene pessoal.

A Síndrome de Down é um distúrbio genético causado devido a um erro biológico. Num indivíduo normal, temos a presença de 23 pares de cromossomos, sendo que, de cada par, um membro é herdado da mãe e o outro do pai. Numa pessoa com Síndrome de Down acontece uma trissomia no cromossomo 21, ou seja, a presença de um cromossomo extra neste par. Esta condição causa problemas no desenvolvimento corporal e cognitivo, além de características típicas e deficiência intelectual de diferentes graus. Um dos maiores fatores de risco para a doença é a gravidez acima dos 35 anos de idade.

Segundo Izquierdo (2011, p. 110), os pacientes com Síndrome de Down apresentam algumas alterações cromossômicas que são semelhantes àquelas que aparecem na Demência de Alzheimer, como um quadro demencial semelhante ao da doença e lesões cerebrais do mesmo tipo. Cita, também, que os portadores da Síndrome de Down acabam morrendo relativamente cedo, em torno dos 40 anos de idade.

Cayton (2000, p. 20) explica por que as pessoas que têm Síndrome de Down desenvolvem a Doença de Alzheimer:

As pessoas com síndrome de Down, geralmente, têm um cromossomo 21 extra. Um gene no cromossomo 21 codifica a proteína precursora amiloide (APP). A deposição anormal do amiloide no cérebro ocorre na doença de Alzheimer. Parece que o gene extra resulta em um excesso de amiloide. Consequentemente, quase todas as pessoas acima de quarenta anos com síndrome de Down desenvolvem as alterações características da Doença de Alzheimer no tecido cerebral.

A Associação portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer esclarece de uma maneira mais simples essa questão, explicando que essa proteína amiloide característica da Doença de Alzheimer está codificada exatamente no cromossomo 21. Sendo assim, uma vez que as pessoas com Síndrome de Down possuem uma cópia extra do referido cromossomo, elas produzem 1,5 vezes mais a proteína precursora amiloide do que as outras pessoas comuns. Dessa maneira, os indivíduos afetados pela Síndrome de Down acabam produzindo uma formação excessiva da proteína amiloide. Calcula-se que a incidência de Alzheimer na população com Síndrome de Down seja de 3 a 5 vezes maior do que na população em geral (ALZHEIMER PORTUGAL, novembro 2017).

Schwartzman (1992, p. 17) sugere que o Alzheimer em pacientes com Síndrome de Down pode também estar relacionado ao baixo estímulo cognitivo a que esses pacientes são submetidos, pelo menos em uma perspectiva histórica. Lembra que, em geral, esses indivíduos, em alguns casos, vivem em ambientes protegidos e isolados do convívio social e as suas demandas intelectuais são pouco exigidas. A inclusão de crianças com Síndrome de Down nas escolas e a estimulação precoce são práticas bastante recentes e as consequências dessa nova maneira de tratar socialmente os portadores da síndrome poderão ser avaliadas daqui a algumas décadas.

5 ENTRE O DIAGNÓSTICO E A EVOLUÇÃO DA DOENÇA

O importante da vida não é só envelhecer, mas sim o modo como chegamos até lá, as escolhas que fazemos, para podermos envelhecer com qualidade de vida. É de suma importância pensarmos o que significa receber o diagnóstico de Alzheimer para o paciente.

Lucchese (2012, p. 175) faz um breve relato do que significa a perda da linguagem para um paciente com Demência de Alzheimer:

Comunicar-se com uma pessoa com demência de Alzheimer pode ser uma tarefa extremamente difícil. Frequentemente, nos estágios iniciais, as pessoas têm dificuldade em encontrar palavras para expressar seus pensamentos ou podem estar incapazes de lembrar o significado de palavras ou frases simples. Em estágios mais adiantados da doença, a comunicação pode se tornar bem mais difícil, pois as habilidades de linguagem estão muito prejudicadas, resultando em fala sem nexo, difícil de entender. Quando a pessoa não consegue compreender o que está sendo dito ou não acha palavras para expressar seus pensamentos, é embaraçoso, doloroso, frustrante para qualquer um.

O envelhecimento é acompanhado por alterações regulares na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais dos indivíduos. Viver mais sempre foi o intuito do ser humano, assim o maior desafio é obter uma melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais.

Como a Doença de Alzheimer é conhecida popularmente devido ao esquecimento, geralmente é esse primeiro sintoma que faz com que os familiares se preocupem e levem o idoso ao médico. Mas, na maioria das vezes, quando esses sintomas visíveis de memória e alterações no humor aparecem, é sinal de que o Alzheimer já está instalado há vários anos no cérebro do indivíduo.

É importante salientar que a pessoa com Alzheimer consegue captar o estado emocional de quem está ao seu lado. Por ser uma doença de lenta evolução, os sintomas da Doença de Alzheimer podem ser facilmente confundidos com o processo natural de envelhecimento, por isso muitos pacientes demoram para receber o diagnóstico.

Apesar de ainda não haver cura para Alzheimer, muito se pode fazer para auxiliar o paciente para que possa viver com mais conforto e dignidade durante o transcorrer da doença. As medicações, embora não curem a doença, são essencialmente úteis para a lentificação de sua progressão e na prevenção dos sintomas. Com estratégias terapêuticas, muitos pacientes podem permanecer com a doença estabilizada, do ponto de vista cognitivo e comportamental por muitos anos, por isso destacamos a importância do diagnóstico precoce.

Uma das formas de prevenção é manter a mente em forma com passatempos como jogos, palavras cruzadas, quebra-cabeças, trabalhos artísticos e quaisquer atividades que a

obriguem a pensar, pois, assim, ocorre um aumento no número de conexões neurais de que dispomos, ajudando o nosso cérebro a se manter saudável e mais equipado. Esclarece Izquierdo (2004, p. 85):

Mas de longe, e por enorme diferença, o melhor exercício para preservar a memória é a prática da leitura. Ou nos deficientes visuais pedir que alguém leia para eles; [...] A leitura envolve, por definição, a memória visual e a verbal: nos deficientes visuais, a memória auditiva e a verbal. Os dois sentidos mais importantes para os humanos são a visão e a audição. Além da memória visual ou auditiva e a verbal, a leitura envolve a memória de imagens. Impossível ler a palavra árvore sem que desfilem pela mente algumas das muitas árvores que conhecemos ao longo de nossa vida. [...] Aliás, impossível é ler sem estar recriando imagens e também classificações das coisas do universo.

Uma simples visita ou até mesmo um telefonema dos membros da família ou amigos podem ter uma influência positiva no humor e comportamento do paciente, mesmo que ele possa logo esquecer-se disso. Pesquisas apontam que isso traz um efeito muito benéfico ao paciente, a lembrança da visita ou telefonema é esquecida, mas os sentimentos bons e quentes provocados por ela permanecem.

Todo amor e carinho são necessários para superar cada fase da doença, pois ela chega para desafiar os limites de cada um.

6 RESERVAS COGNITIVAS

As pessoas, atualmente, têm a expectativa de chegar a uma idade muito avançada. Isso se deve principalmente ao avanço das pesquisas médicas, sobretudo do último século, pois a descoberta de vacinas e antibióticos, além da melhora de higiene e alimentação, fez com que houvesse um aumento significativo na expectativa de vida da população.

Nos últimos anos, percebemos grandes mudanças no modo de entendermos o envelhecimento normal e o patológico. A terceira idade vem ganhando espaço e visibilidade, além de direitos e qualidade de vida. Assim, a Doença de Alzheimer deixa de ser associada ao envelhecimento e passa a ser considerada uma patologia com causas e tratamentos. Deixa de ser compreendida apenas como uma doença neurológica, e sim passa a ser uma doença multifatorial.

Além disso, hoje, com o grande avanço da ciência, a Doença de Alzheimer não precisa ser vista como uma sentença de morte e sim como uma doença que pode ser atenuada com o uso de medicamentos e terapias. Cada vez mais, estudos comprovam a teoria de que determinados hábitos e atitudes são extremamente importantes para manter a saúde não somente do corpo, mas também para conservar seu cérebro saudável. Exercitar o cérebro faz bem, o aprendizado estimula o cérebro a continuar funcionando bem por muito mais tempo.

No momento em que surge a demência, a situação pode ser devastadora. Com o passar do tempo, a doença sequestra as memórias, o uso da linguagem, a atenção e a independência do indivíduo. O grau de escolaridade exerce um papel extremamente importante no risco para se desenvolver a Doença de Alzheimer. Conforme cita Izquierdo (2004, p. 87):

Com a linguagem lida ou ouvida, podemos fazer os seguintes milagres: gerar ideias, entender ideias, fazer e desfazer conceitos, opiniões, leis, normas e regras, mudá-las etc. [...] a leitura ou a audição de uma leitura coloca em jogo mais um tipo de memória: a memória motora.

Sabemos que ainda não existe cura para a doença, mas podemos aplicar aquilo que sabemos sobre o fortalecimento do cérebro para chegarmos bem à velhice. Na maioria das vezes, o declínio cognitivo não ocorre numa velocidade constante. Ele começa num ritmo e, depois de certo ponto, acelera. Quando temos mais escolarização ou uma vida intelectual mais ativa, temos uma reserva cognitiva, esse ponto de mudança em que o declínio cognitivo acelera, acaba ocorrendo mais tarde na vida.

Entendemos por reserva cognitiva a resistência da mente às lesões que vão ocorrendo no cérebro. É a capacidade que o cérebro tem de armazenar por um período prolongado aquelas habilidades que foram adquiridas ao longo da vida, e de resistir aos prejuízos caso

uma demência se instale. Assim, a reserva cognitiva faz com que o progresso da doença evolua de forma mais lenta que o habitual.

Izquierdo costuma comparar as memórias na Doença de Alzheimer com uma reserva em dólares. Na Doença de Alzheimer, perdemos diariamente um certo número de neurônios. Ele cita como exemplo uma situação imagética, na qual duas pessoas que padecem da mesma doença percam, em razão dela, cinco mil dólares por dia. Um desses indivíduos possui cinco milhões de dólares, enquanto que o outro apenas cinco mil. O indivíduo que tem mais dólares levará muito tempo para que ele ou sua família percebam que ele está perdendo dinheiro. Já o outro indivíduo não, perde tudo no primeiro dia e fica miserável. Assim também é a Doença de Alzheimer, aquele que possui muitas memórias guardadas pode se dar ao luxo de perder algumas, sem que os familiares percebam, já aquele que aprendeu pouco durante a vida perde muito rápido suas memórias (IZQUIERDO, 2004, p. 74-75).

Podemos comparar também o agravamento da Doença de Alzheimer com um álbum de fotografias. É como se perdêssemos as páginas das fotos de modo cronológico, de trás para a frente, nas quais as recordações da infância são as últimas a serem perdidas.

O que ocorre nesses exemplos citados acima é que o exercício intelectual parece postergar os efeitos do avanço da Doença de Alzheimer nas capacidades cognitivas. Assim, podemos perceber que o grau de escolaridade parece exercer papel importante no risco de desenvolver a Doença de Alzheimer, retardando o início dos distúrbios de memória. Poirier e Gauthier (2016, p. 103) explicam esse fenômeno:

A explicação oferecida é que a educação continuada por muitos anos demanda bastante do cérebro e cria uma espécie de proteção eficaz contra os efeitos deteriorantes da doença de Alzheimer. O cérebro fica mais bem equipado para compensar os danos causados pelo processo neurodegenerativo, o que lhe permite continuar funcionando apesar da deterioração natural. Essa explicação é conhecida como 'teoria da reserva sináptica' (ou da 'reserva cognitiva'): o cérebro estimulado por uma atividade cerebral sustentada ao longo dos anos cria uma rede ampliada de conexões neurais que resiste melhor aos danos causados pelo envelhecimento normal ou patológico.

Embora a variedade de tratamentos hoje em dia disponíveis para os que padecem da doença torne possível controlar melhor os sintomas, bem como os problemas comportamentais que surgem durante a demência, percebemos que é de grande importância criar essas reservas cognitivas para envelhecermos com qualidade de vida. Um maior tempo de estudo, por exemplo, ajuda a garantir a saúde do cérebro à medida que envelhecemos. Falar mais de uma língua também contribui para que os sintomas da demência surjam mais tardiamente.

Além disso, a manutenção de hábitos saudáveis pode reduzir o risco de perda da cognição e desenvolvimento da Doença de Alzheimer, como: fazer exercícios físicos regularmente, incluir na rotina atividades como leituras e jogos que exijam raciocínio, aprender música e, principalmente, manter e fortalecer os vínculos sociais, pois o convívio com as pessoas contribui para manter a mente saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços das ciências nos últimos anos promoveram um aumento significativo na expectativa de vida da população. Apesar disso, de que adianta envelhecer tardiamente, se não for dispendo de boa saúde?

No mundo inteiro, são realizadas pesquisas a respeito da Doença de Alzheimer, pois o número de pessoas afetadas pelos quadros demenciais está aumentando cada vez mais. Ao longo deste trabalho, observamos os efeitos da Doença de Alzheimer sobre os pacientes. Os estudos comprovam, cada vez mais, que determinados hábitos e atitudes são de extrema importância para manter a saúde não só do corpo, mas também do cérebro.

É importante salientar que o Alzheimer se manifesta de forma muito diversa de uma pessoa para outra, mesmo que sejam do mesmo núcleo familiar, pois vai depender das áreas do cérebro que foram atingidas e danificadas. A partir da análise das teorias, confirmamos a hipótese de que há uma correlação entre memória, linguagem e leitura e de como estas são influenciadas e deterioradas durante o decurso da Doença de Alzheimer.

Através do estudo das memórias, percebemos que, durante o curso da Doença de Alzheimer, são afetadas inicialmente as memórias mais recentes o que faz com que a habilidade para aprender coisas novas, ou reter novas informações, seja prejudicada. Já as memórias mais antigas costumam ficar preservadas por mais tempo.

Quanto à doença, infelizmente, sabemos que ainda não existe cura. Apesar disso, conseguimos retardar ou amenizar os sintomas iniciais. Por isso, quanto mais estimularmos nossa memória ao longo da vida, mais saudável nosso cérebro chegará à velhice.

REFERÊNCIAS

- A DOENÇA DE ALZHEIMER. ALZHEIMER PORTUGAL. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-30-14-a-doenca-de-alzheimer>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- ALZHEIMER E SÍNDROME DE DOWN. SCHWARTZMAN. Disponível em: <http://schwartzman.com.br/alzheimer-e-sindrome-de-down/>. Acesso em: 3 nov. 2017.
- CAYTON, Harry et al. *Tudo sobre doença de Alzheimer*. Traduzido por José Ricardo Amaral de Souza Cruz. São Paulo: Organização Andrei, 2000.
- FREITAS, Nathália Luiz. *Revista Domínios de Linguagem*, Minas Gerais, v. 6, n. 1, jan-jun. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/dominiosdelinguagem/article/viewFile/14250/9568>. Acesso em: 15 nov. 2017.
- IZQUIERDO, Iván. *Questões sobre memória*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2004.
- IZQUIERDO, Iván. *Memória*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- IZQUIERDO, Iván. *Memória*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- LUCCHESI, Fernando. *Desembarcando o Alzheimer*. Porto Alegre: L&PM, 2012.
- MANSUR, Letícia Lessa et al. Linguagem e cognição na doença de Alzheimer. *Revista Psicologia: Reflexão e crítica*, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 3, set-dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a02v18n3.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.
- MARCUSCHI, Luiz Antônio. *Cognição, linguagem e práticas interacionais*. Rio de Janeiro: Lucerna, 2007.
- OLSZEWER, Efrain. *Como enfrentar a demência senil*. São Paulo: Ícone, 1994.
- O QUE É ALZHEIMER. ABRAZ. Disponível em: <http://www.abraz.org.br/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer>. Acesso em: 9 abr. 2017.
- O QUE É DOENÇA DE ALZHEIMER. IAB. Disponível em: http://www.institutoalzheimerbrasil.org.br/demencias-detalhes-Instituto_Alzheimer_Brasil/31/o_que_e_doenca_de_alzheimer. Acesso em: 5 nov. 2017.
- PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta et al. *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- POIRIER, Judes; GAUTHIER, Serge. *Doença de Alzheimer: o guia completo*. São Paulo: MG Editores, 2016.
- SILVA, Priscilla Chantal Duarte. *Alzheimer, memória e leitura*. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2014.

VONO, Zulmira Elisa. *O bem no mal de Alzheimer*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2009.