

Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática

Non-pharmacological treatments that improve the quality of life of elderly with Alzheimer's disease: a systematic review

Paula Danielle Palheta Carvalho¹, Celina Maria Colino Magalhães¹, Janari da Silva Pedroso¹

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão sistemática sobre quais são os tratamentos não farmacológicos que ajudam a melhorar a qualidade de vida (QV) de idosos com doença de Alzheimer (DA) mais descritos na literatura nos últimos dez anos (2006-2016). **Métodos:** Revisão sistemática da literatura realizada nas três primeiras semanas de janeiro de 2016, nas bases: Capes, SciELO, Web of Science, PubMed, Lilacs e Scopus. Foram utilizadas duas combinações de termos: (1) *predictors AND quality of life AND elderly AND Alzheimer's disease* e (2) *non-pharmacological treatment AND quality of life AND Alzheimer's disease*. Foram encontrados 240 artigos e analisados o título e o resumo dos artigos e, quando necessário, o próprio texto. Do total de 240 artigos, apenas quatro trabalhos preencheram os critérios de inclusão e foram selecionados. **Resultados:** Os resultados mostraram que os tratamentos não farmacológicos mais descritos, no referido período, visando melhorar a QV de idosos com DA, foi a reabilitação, tanto cognitiva quanto multidisciplinar. **Conclusão:** As técnicas de reabilitação mostraram-se capazes de melhorar a QV de idosos com doença de Alzheimer leve.

Palavras-chave

Qualidade de vida, tratamento não farmacológico, doença de Alzheimer.

Keywords

Quality of life, non-pharmacological treatments, Alzheimer's disease.

ABSTRACT

Objective: To carry out a systematic bibliographical review, between 2006 and 2016, about the most cited non-pharmacological treatments that improve the quality of life (QOL) of elderly with Alzheimer's disease (AD). **Methods:** The study was to realize in Capes, SciELO, Web of Science, PubMed, Lilacs and Scopus databases. The search was to carry out in the three first of January 2016. The following terms combinations were used: (1) *predictors AND quality of life AND elderly AND Alzheimer's disease* (in February) and (2) *non-pharmacological treatment AND quality of life AND Alzheimer's disease*. The searches resulted in 240 articles. Four articles were selected after title and abstract inspection. **Results:** Multidisciplinary or cognitive rehabilitation was the most cited non-pharmacological treatment that promote the QOL in elderly with AD. **Conclusion:** The rehabilitation techniques presented capable of improving the QOL in elderly with mild Alzheimer's disease.

¹ Universidade Federal do Pará (UFPA).

Recebido em
10/7/2015
Aprovado em
10/11/2016

DOI: 10.1590/0047-2085000000142

Endereço para correspondência: Paula Danielle Palheta Carvalho
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento,
Universidade Federal do Pará
Av. Augusto Corrêa, 1
66075-110 – Belém, PA, Brasil
E-mail: pauladanielcarvalho@gmail.com

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde¹, qualidade de vida (QV) é um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente, e inclui ainda a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Partindo dessa definição, pode-se compreender a QV como um conceito subjetivo em que a autopercepção do indivíduo é levada em consideração, e também como um conceito multidimensional, visto que envolve vários aspectos da existência humana.

Em relação à QV do idoso, há uma falta de consenso sobre quais são os determinantes de um bom envelhecer, de um envelhecer com qualidade, sendo um importante fator para isso a heterogeneidade sobre a percepção que o próprio idoso tem do processo de envelhecimento². Apesar dessa falta de consenso, alguns fatores relevantes a serem considerados quando se fala em QV do idoso são de natureza psicológica, biológica e socioestrutural, como longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação com a vida, controle cognitivo, competência social, produtividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares e das relações com amigos³.

Alguns autores consideram ainda como relevantes nesse processo do bom envelhecer e, conseqüentemente, uma melhor QV a *autonomia* e a *independência*, sendo a autonomia o controle e a capacidade de tomar as próprias decisões quanto ao seu modo de vida, com regras e preferências próprias, e a independência como a capacidade de executar funções da vida diária e viver sem a ajuda de outros^{1,4-6}. Vale ressaltar que, mesmo havendo divergências sobre quais os determinantes de um envelhecimento saudável e uma boa QV, os pesquisadores concordam que essa é uma questão complexa que engloba questões governamentais, de saúde pública, variáveis socioeconômicas, culturais e pessoais. Portanto, a QV em idosos passa por todo o universo que é a sociedade e seus valores.

Quando se trata de idosos que possuem algum acometimento neurológico, como é o caso das demências, a avaliação da QV é de fundamental importância, uma vez que fornece dados que auxiliam a identificar quais as demandas do idoso e, de posse disso, a equipe de saúde e cuidadores/familiares possam programar e implementar práticas que promovam a QV desses idosos. Novelli^{7,8} traduziu, adaptou e validou para o Brasil a *Quality of life-AD* (QOL-AD), uma escala desenvolvida especificamente para avaliação de idosos com doença de Alzheimer (DA) por Logsdon *et al.*⁹, mostrando a importância e a necessidade de ter disponível um instrumento que avalie as especificidades da doença e as percepções tanto do idoso quanto do cuidador sobre ela.

Qualidade de vida na doença de Alzheimer

A DA, por ser uma doença neurodegenerativa progressiva, traz ao indivíduo uma gama de modificações tanto neurológicas quanto cognitivas e comportamentais. Uma vez que a doença é diagnosticada, o tratamento farmacológico é iniciado na tentativa de melhorar seus sinais e sintomas. Atualmente, o tratamento farmacológico padrão tem sido a prescrição de drogas inibidoras da acetilcolinesterase que atuam diminuindo o processo de envelhecimento celular, retardando, assim, a evolução da doença¹⁰.

Além do tratamento farmacológico, é recomendado também que o idoso receba tratamentos não farmacológicos, uma vez que a DA é difícil de manejar apenas com o uso de medicação¹¹. A estimulação constante do idoso com DA com atividades físicas e mentais, participação em atividades sociais com outras pessoas, exercícios de memória e mesmo afazeres domésticos são estratégias relevantes na melhora de sua QV¹⁰. Uma vez que a DA acarreta alterações de humor, dificuldade no desempenho das atividades de vida diária (AVDs), perda de autonomia e independência, distúrbios comportamentais e sobrecarga ao cuidador, técnicas voltadas para minimizar essas alterações tornam-se necessárias para uma boa QV tanto do idoso quanto de sua família e cuidadores.

Este trabalho tem como objetivo expor os tratamentos não farmacológicos mais utilizados para melhorar a QV do idoso com DA por meio de uma revisão sistemática da literatura.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática nas bases PubMed, Lillacs, Scopus, SciELO e Portal Capes referente aos últimos dez anos, 2006 a 2016. A busca foi realizada na primeira e segunda semana de janeiro de 2016 com duas combinações de descritores: (1) *predictors AND quality of life AND elderly AND Alzheimer's disease* e (2) *non-pharmacological treatment AND quality of life AND Alzheimer's disease*. Ao todo, foram encontrados 240 trabalhos.

Os critérios de inclusão nesta revisão foram: 1) tratar-se de artigos empíricos revisados por pares; 2) estar escrito nos idiomas português ou inglês; 3) tratar-se de trabalhos que tenham usado intervenções para a melhora da QV e 4) mensurar diretamente a QV por meio de instrumentos específicos.

Os critérios de exclusão foram: 1) tratar-se de artigos empíricos revisados por pares; 2) trabalhos escritos em outras línguas que não o português e inglês; 3) artigos teóricos relacionados ao tema; 4) artigos não disponíveis gratuitamente; 5) outros tipos de trabalho como resenhas e revisões e 6) estudos que não utilizaram instrumentos específicos para avaliação da QV.

Levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão, dos 240 artigos encontrados, apenas quatro trabalhos foram selecionados para esta revisão, conforme a Figura 1.

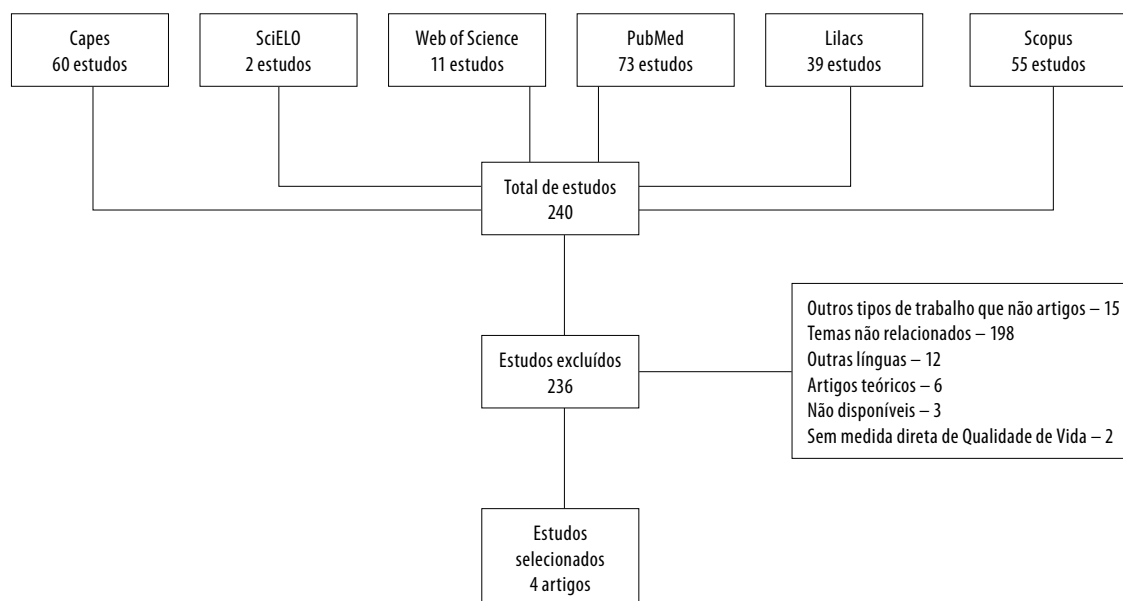


Figura 1. Fluxograma demonstrando o número de artigos por base de dados, total de artigos, número de artigos excluídos e número de artigos selecionados.

RESULTADOS

Tratamentos não farmacológicos da doença de Alzheimer

Na Tabela 1 estão listados os artigos selecionados e seus respectivos dados mostrando quais os tratamentos não farmacológicos utilizados para melhorar a QV na DA descritos na literatura nos últimos dez anos.

Os dados dos estudos mostram que: 1) todos os trabalhos foram realizados com idosos em estágio leve da DA; 2) Apenas um estudo foi realizado em instituição de longa permanência¹²; 3) Nos quatro estudos, os idosos

possuíam escolaridade média a alta (6 anos a 14 anos de escolaridade).

A respeito dos instrumentos, todos utilizaram o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliação das funções cognitivas e instrumentos para avaliação de sintomas depressivos (Escala de Depressão Geriátrica – GDS; *Minimum data set depression rating scale*; *Patient health questionnaire* – PHQ-9); e todos utilizaram também escalas de avaliação direta de QV (Escala Autorreferida de Qualidade de Vida – SRQoL; Cornell-Brown QOL; *Short Form-8* – SF-8 e *Quality of life-Alzheimer's disease* – QOL-AD). Além disso, dois dos estudos^{11,13} utilizaram escalas de avaliação de Atividades de Vida Diária (AVDs).

Tabela 1. Estudos mostrando os tratamentos não farmacológicos descritos na literatura nos últimos dez anos

Estudo	Autor	Participantes	Objetivos	Instrumentos utilizados	Principais resultados	Conclusões
1	Azcurra DJLS	135 idosos com doença de Alzheimer leve institucionalizados	Investigar se um programa específico de reminiscência está associado com níveis mais altos de qualidade de vida em residentes com doença de Alzheimer em instituições de longa permanência	Avaliação da qualidade de vida: Escala Autorreferida de Qualidade de Vida (SRQoL)	Melhora significativa da qualidade de vida no grupo que recebeu a terapia de reminiscência, com aumento da média na SRQoL, tanto 12 semanas quanto seis meses após a intervenção	A terapia de reminiscência usando uma abordagem da história de vida de idosos com doença de Alzheimer parece ser uma opção terapêutica confiável e eficaz para pacientes com doença de Alzheimer, com efeitos promissores sobre a qualidade de vida
2	Buettner LL et al.	77 idosos com doença de Alzheimer leve residentes na comunidade	Apresentar o impacto de dois programas de estimulação cognitiva sobre apatia, depressão, função executiva, cognição e qualidade de vida em um grupo de participantes quatro semanas após a intervenção	Avaliação da Qualidade de Vida: Cornell-Brown QOL	Aumento significativo da qualidade de vida no grupo tratamento (que passou pela intervenção focada na cognição) em relação ao grupo controle (que participou de um programa psicoeducacional sobre saúde do cérebro)	O programa de atividades mentalmente estimulante mostrou-se capaz de melhorar a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer em estágio inicial

Continua

Estudo	Autor	Participantes	Objetivos	Instrumentos utilizados	Principais resultados	Conclusões
3	Viola LF <i>et al.</i>	41 idosos com DA leve	Avaliar os efeitos de um programa de reabilitação multidisciplinar sobre a cognição, qualidade de vida e sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com doença de Alzheimer leve	Avaliação da qualidade de vida: Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (EQV-DA)	O grupo experimental que recebeu o programa de reabilitação multidisciplinar obteve aumento significativo da qualidade de vida, indicando melhora desta em relação ao grupo controle que não recebeu intervenção	O programa multidisciplinar de estimulação mostrou ser benéfico para pacientes com doença de Alzheimer leve, melhorando, entre outros, a qualidade de vida desses idosos
4	Hattori H <i>et al.</i>	39 idosos com DA leve	Administrar e avaliar a efetividade da arteterapia no tratamento da demência de pacientes com doença de Alzheimer	Avaliação da Qualidade de Vida: Short Form 8 (SF-8)	Melhora significativa da qualidade no grupo que participou das atividades de colorir e desenhar em comparação ao grupo controle cuja atividade era fazer cálculos	A arteterapia mostrou-se efetiva em melhorar a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer leve

DISCUSSÃO

A DA é uma condição neurodegenerativa progressiva que compromete a autonomia, a independência, as AVDs e, conseqüentemente, a QV de idosos que são acometidos por ela. Nesse sentido, além do clássico tratamento farmacológico, estratégias não farmacológicas de tratamento devem também ser utilizadas com os medicamentos na tentativa tanto de diminuir a utilização e/ou dose destes e, conseqüentemente, seus efeitos colaterais, como também de aumentar a QV dos pacientes com DA, uma vez que tais estratégias melhoram os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (BPSDs do inglês *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*). Este trabalho teve como objetivo expor os tratamentos não farmacológicos mais utilizados para melhorar a QV do idoso com DA descritos na literatura nos últimos dez anos. Nos trabalhos selecionados para essa revisão, a reabilitação tanto cognitiva quanto multidisciplinar foi o tratamento mais utilizado, aparecendo em três dos quatro estudos selecionados¹²⁻¹⁴. A arteterapia apareceu em apenas um estudo como intervenção principal a ser investigada¹¹, porém ela também foi utilizada no estudo de Viola *et al.*¹⁴ como parte da reabilitação multidisciplinar empregada. Em ambos os estudos, foi uma técnica que resultou em efeitos positivos sobre a QV^{11,14}.

No estudo 1¹⁵, empregou-se um programa de reminiscência em residentes de uma Instituição de Longa Permanência (ILP) com DA leve. Os idosos foram separados em três grupos: *Grupo Intervenção*, que recebeu a terapia de reminiscência em pares por meio de fotos, vídeos, recortes de jornais e era incentivado pelos coordenadores do grupo a compartilhar suas memórias com seus pares; *Grupo Controle Ativo*, que recebeu aconselhamentos e contatos sociais informais estruturados; e *Grupo Controle Passivo*, que recebeu contatos sociais não estruturados. As sessões, em todos os grupos, ocorreram duas vezes na semana por doze semanas. A avaliação da QV dos participantes foi mensurada antes,

doze semanas e seis meses após a intervenção. O instrumento de avaliação da QV foi a Escala Autorreferida de Qualidade de Vida (SRQOL). Os resultados mostraram que houve diferença significativa entre os três grupos, e no Grupo Intervenção a QV aumentou tanto nos doze quanto nos seis meses após o tratamento com a técnica de reminiscência.

O estudo 2¹² teve como objetivo apresentar o impacto de dois ensaios controlados de estimulação cognitiva sobre apatia, depressão, cognição, funções executivas e QV em idosos com DA leve, com quatro semanas de intervenção. Foram utilizados dois grupos: Grupo MSA (*Mentally Stimulating Activity Program*), que realizou tarefas focadas em atenção, orientação, concentração, memória de curto prazo e organização de pensamento; e Grupo SS (*Structured Early-Stage Social Support Program*), que recebeu psicoeducação informativa sobre saúde do cérebro, no qual havia discussões grupais e suporte emocional. As sessões ocorriam 1h/dia, duas vezes na semana durante quatro semanas. O instrumento de QV utilizado foi a escala Cornell-Brown QOL. Os dados obtidos mostraram aumento significativo da QV no Grupo MSA em relação Grupo SS, após as quatro semanas de intervenção.

O estudo 3¹³ avaliou os efeitos de um programa de reabilitação multidisciplinar sobre cognição, QV e sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com DA leve. Os idosos foram separados em dois grupos: *Grupo Experimental*, cuja reabilitação foi sobre atenção, memória, orientação espacial e temporal, autoadaptação aos prejuízos cognitivos, treino cognitivo computadorizado, terapia da linguagem, terapia ocupacional, arteterapia, treino físico, fisioterapia e estimulação cognitiva com leitura e jogos lógicos; e *Grupo Controle*, que recebeu apenas cuidados ambulatoriais padrão e visitas mensais à clínica de memória. O programa ocorria 5h/dia, duas vezes na semana, durante quatro semanas. Neste estudo, foi utilizada a Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QOL-AD). Os resultados mostraram que o Grupo Experimental, que recebeu a intervenção multidisciplinar,

obteve aumento significativo no escore da escala de QV em comparação ao Grupo Controle.

No estudo 4¹⁶ foi avaliada a utilidade da arteterapia, comparando-a com treino de cálculos em pacientes com DA leve. Os grupos foram separados em arteterapia, em que as tarefas eram colorir e desenhar; e Grupo Controle, que realizou cálculos simples de adição e multiplicação. A QV foi avaliada por meio do SF-8 (*Short Form-8*), que se trata de um instrumento específico para avaliação da QV. As intervenções foram realizadas 1 vez na semana durante 12 semanas. Os resultados mostraram que houve melhora significativa no SF-8 no Grupo Arteterapia em relação ao Grupo Controle.

A reabilitação cognitiva busca melhorar, de modo mais específico, as funções cognitivas em seu nível mais neuropsicológico, e conseqüentemente a QV do idoso, uma vez que melhora suas condições deficitárias¹⁷. Já a reabilitação multidisciplinar e/ou neuropsicológica busca a melhora biopsicossocial do indivíduo, atuando sobre vários aspectos desse indivíduo, em nível cognitivo, físico, de relacionamentos sociais e AVDs¹⁵. Nesse sentido, a reabilitação neuropsicológica tem mostrado resultados positivos tanto sobre a cognição quanto na QV de idosos com DA (De Vreese *et al.*¹⁶ *apud* Ávila¹⁵).

Ressaltamos que todos os trabalhos selecionados nesta revisão utilizaram instrumentos específicos de avaliação de QV, embora haja muitos estudos que a avaliam fazendo inferências a partir de dados obtidos com outros instrumentos. Não foi encontrada uma ampla variedade de estudos investigando tratamentos não farmacológicos eficientes em melhorar a QV de idosos com DA, e uma justificativa plausível para o baixo número de artigos incluídos nesta revisão é que a maioria dos estudos encontrados (nesta e em outras revisões realizadas pela pesquisadora), investigando o papel de intervenções não farmacológicas sobre a QV, foram estudos que não mensuraram diretamente essa variável, fazendo-o por meio de instrumentos como o MEEM, as Escalas de Avaliação de Sintomas Depressivos e de AVDs, entre outros.

Uma vez que a QV é composta por fatores de naturezas psicológica, biológica e socioestrutural, como longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação com a vida, controle cognitivo, competência social, produtividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares e das relações com amigos³, as intervenções multidisciplinares parecem ser as mais adequadas quando se trata de DA. Uma vez que não há cura nem modos de regredir a doença, a melhora do paciente é realizada por meio da medicação, da reabilitação cognitiva e da informação sobre a doença, bem como o suporte dado por familiares e cuidadores¹⁵. Nesse sentido, os familiares sempre devem ser esclarecidos e encorajados a possibilitar o tratamento multidisciplinar do idoso com DA, que oferece benefícios e melhoras no estado geral do paciente.

Embora haja divergências sobre a efetividade de tratamentos não farmacológicos na DA, acredita-se que o tratamento mais adequado para a melhora dos sintomas da doença seja a combinação da medicação com estratégias não medicamentosas, visto que há grande variedade de sintomas psicológicos, comportamentais e cognitivos que não respondem às medicações comumente utilizadas.

CONCLUSÃO

A complexidade dos sintomas na DA faz tornarem-se necessários tratamentos alternativos aos medicamentosos, visto que os sintomas comportamentais e psicológicos da demência tornam-se difíceis de manejar apenas com farmacoterapia.

Os tratamentos não farmacológicos mais utilizados nos últimos dez anos para a melhora da QV de idosos com DA, de acordo com esta revisão, foram a reabilitação cognitiva/neuropsicológica.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Paula Danielle Palheta Carvalho – Realização da revisão sistemática e escrita do manuscrito.

Celina Maria Colino Magalhães e Janari da Silva Pedroso – Revisão do manuscrito, contribuições teóricas, sugestões de melhoramento e aprovação da versão final.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos uns aos outros por todos o empenho na escrita e revisão deste manuscrito, bem como a Capes pelo financiamento do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Traduzido por Gontijo S. Brasília: OPAS; 2005.
2. Teixeira INDO, Neri AL. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol USP*. 2008;19:81-94.
3. Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 1993.
4. Ribeiro RC, Silva AIO, Modena CM, Fonseca MC. Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2002;4:85-96.
5. Miranda LC, Banhato EFC. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. *Psicologia em Pesquisa*. 2008;2:69-80.

6. Lima LCV, Bittar CML. A percepção da qualidade de vida em idosos: um estudo exploratório. *R Bras Qual Vida*. 2012;4:1-11.
7. Novelli MMPC. Adaptação transcultural da escala de avaliação de qualidade de vida na doença de Alzheimer [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
8. Novelli MMPC. Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
9. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *J Ment Health Aging*. 1999;5:21-32.
10. Inouye K, Oliveira GH. Avaliação crítica do tratamento farmacológico atual para doença de Alzheimer. *Infarma*. 2004;15:80-4.
11. Hattori H, Hattori C, Hokao C, Mizushima K, Mase T. Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2011;11:431-7.
12. Azcurra DJLS. A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34:422-33.
13. Buettner LL, Fitzsimmons S, Atav S, Smith K. Cognitive stimulation for apathy in probable early-stage Alzheimer's. *J Aging Res*. 2011(2011):480890.
14. Viola LF, Nunes PV, Yassuda MS, Aprahamian, Santos FS, Santos GD, et al. Effects of a multidisciplinary rehabilitation program for patients with Alzheimer's disease. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66:1395-400.
15. Ávila R. Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Rev Psiqu Clín*. 2003;30:139-46.
16. De Vreese LP, Neri M, Fioravanti M, Belloi L, Zanetti O. Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:794-809.
17. Schindwein-Zanin R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev Neurocienc*. 2010;18:220-6.