**A DOENÇA DE ALZHEIMER E SEU PERCURSO HISTÓRICO NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL1**

**Roberta Katiane de Oliveira2**

**Karla de Toledo Cândido Muller3**

Este trabalho apresenta de forma contextualizada a doença de Alzheimer, suas discussões e problemas enfrentados pelo indivíduo, percorrendo seu processo histórico para melhor entendimento sobre a mesma ao longo de sua história a fim de, corroborar com os estudos e pesquisas realizadas ao longo do trabalho tanto em sites como em livros a fim de buscar uma melhor leitura para aquele que se sinta interessado em ler para melhor aprofundamento de seu entendimento sobre o assunto aqui apresentado. Tendo também como foco a situação do Brasil quanto ao tratamento e cuidado com esse sujeito portador dessa doença confrontando assim, com a saúde mental vigente atualmente em nosso País, para melhor resultado no desenvolvimento deste trabalho. O contexto da saúde mental no Brasil ainda caminha em marcha lenta, ou seja, ainda não se avançou como esperado. Muito se fala em um melhoramento de vida para o portador e sua família, mas pouco se investe nisso. Tendo assim, um País de uma grande população de idosos, consequentemente, de portadores de Alzheimer, e muitos deles ainda, vivem em asilos geriátricos esquecidos já que não são muito uteis, e assim excluídos, o que nos fazem repensar sobre a Reforma Psiquiátrica e sua relação com o paciente, família e sociedade. Será que os asilos geriátricos, não são maquiagem para a velha saúde mental no Brasil tanto criticado e vencido no Brasil? Ou será nosso País não investe, fiscaliza suas leis e em seu vário leque disponível para uma melhor situação no idoso em nosso Pais?

**PALAVRAS CHAVE**: **1. Alzheimer. 2.Neuroanatomia. 3. Reforma psiquiátrica**

**INTRODUÇÃO**

Alois Alzheimer, médico alemão, publicou em 1907 o artigo intitulado *A characteristic serious disease of the cerebral cortex* em que ele descrevia um caso de uma paciente que apresentava delírios principalmente associados aos ciúmes por seu marido, o que despertou bastante interesse pelo médico alemão naquela época. Essa paciente era Auguste D., em que foi atendida quando se tinha a idade de 51 anos, que além de seus delírios, também apresentava alterações de linguagem e de memória, desorientação no tempo e no espaço o que piorava a cada parcela de tempo, ou seja, de maneira progressiva sem regressão. Essa que despertou tamanho interesse que, a mesma ao falecer foi feito exame anatomopatológico por ser considerado intrigante, afim, de tentar conseguir desvendar o que tinha acontecido àquela mulher até então obscuro naquela época (NUDEC, S/A).

Ao realizar o exame Alzheimer, o médico observou que havia acúmulo de placas características no espaço extracelular (placas senis), e lesões neurofilamentares no interior de neurônios, distribuídas difusamente pelo córtex cerebral. Em 1912, o psiquiatra alemão E. Kraepelinfoi o primeiro que citou esta doença com “doença de Alzheimer”, em seu compêndio de psiquiatria, o qual passou a ser citado nos casos de demência na faixa etária pré – senil (antes dos 65 anos), o qual tinha sintomas e características semelhantes a paciente estudada pela primeira vez pelo médico alemão e a partir daí era usada durante muitas décadas,à explicação em todos os casos de demência. Só a partir da década de 70 é que esse termo apenas só foi utilizado em casos de demência degenerativa, que tinha como características lesões cerebrais, dificuldades motores, de linguagem, independente da faixa etária em que apresentavam esses sintomas clínicos (NUDEC, S/A).

Essas pessoas que assim se encaixavam nessa demência eram internadas no manicômio, o qual devido à unificação dos institutos de pensões e de aposentadoria é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em que o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e concilia pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. Dessa forma, cria-se uma “indústria para o enfrentamento da loucura” (Amarante, 1995, p.13). Agravando assim a situação dos portadores de Alzheimer.

Ao decorrer dos anos, muitas mudanças aconteceram em relação aos cuidados dos portadores de doenças mentais, incluindo a doença de Alzheimer. Este estudo tem por objetivo descrever o percurso da saúde mental no Brasil com enfoque na doença de Alzheirmer.

**METODOLOGIA**

O modelo teórico-metodológico que se adotou nesta pesquisa foi de natureza bibliográfica. No qual se realiza a partir de registros disponíveis, decorrentes de pesquisas anteriores, no qual tem o objetivo de analisar em artigos e matérias já publicadas com material fidedigno (GIL, 2008).

Para isto foi necessário a busca por material fidedigno nesta pesquisa, tendo como objetivo uma pesquisa aprofundada acerca do Alzheimer, fazendo uma busca histórica acerca da doença e de processo de evolução junto à reforma psiquiátrica, tendo em vista que muito se contribuiu para as pesquisas e conhecimentos que temos atualmente acerca da doença.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a leitura de todo o material pesquisados, foram encontrados evidências de como a doença pode prejudicar o indivíduo e seu meio, hipóteses levantadas acerca da patologia sem nenhum cunho de certeza científico, sua complicada etiologia, as dificuldades que ainda a saúde pública enfrenta de lidar com essa doença e de como todo o meio social é vítima de tudo o que ocorre com esse indivíduo.

**Mas afinal, o que é Alzheimer?**

A doença de Alzheimer é uma demência que ocorre com maior frequência em idosos o que não impede que ocorra também em pessoas adultas, dependendo muito do sujeito e outras séries de fatores que podem desencadear como, por exemplo, a hereditariedade, o qual traz como uma das grandes consequências o esquecimento em que, sua velocidade e progressão variam de pessoa para pessoa individualmente não sendo assim, igual para todos, alguns podem esquecer-se do que acontece diariamente muito rapidamente e outras demoram mais, irão esquecendo pouco a pouco até chegar ao momento do cérebro não conseguir memorizar as atualidades (TAVOLIERE, 2014).

Infelizmente, ate os dias atuais não há cura para o Alzheimer, quando descoberta recentemente pode haver retardo, no qual eles poderão progredir de forma mais letificada, no aparecimento dos sintomas, isso com uso das medicações existentes no mercado e outras atividades que são imprescindíveis para seus portadores, como a fonoaudiologia e exercícios para memória, mas não seu desaparecimento.

Tendo como consequência o destino de pacientes e familiares conviverem com o esquecimento de lembranças recentes, tendo sempre as repetições de histórias antigas, já que os mesmos não conseguem lembrar-se das coisas diárias que acontecem recentemente, a perda de funções cognitivas e a crescente dependência para atividades de rotina, como alimentação e higiene é o mais comum para quem é portador da doença, já que o comprometimento das funções que tornam o individuo independente são comprometidos com o passar do tempo (TAVOLIERE, 2014). Em casos avançados, o tecido cerebral também entra em degeneração, destruindo outras funções do corpo comandadas pelo cérebro, como a locomoção e a deglutição (TAVOLIERE, 2014).

A doença de Alzheimer (DA) é uma afecção neuronal degenerativa progressiva sem qualquer chance que ocorra regressão, por mais lenta que seja sua progressão, sendo assim irreversível de aparecimento silencioso, que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos no sujeito portador da doença. Em geral a doença ocorre ao redor dos 60 anos de idade, o que se chama de acometimento tardio, mas, existe também o precoce que ocorre por volta dos 40 anos, ou seja, ainda na fase adulta no que mostra recorrência familiar, nos quais as duas têm as mesmas consequências, em que se distinguem apenas na questão da idade. Atualmente, devido à taxa elevada de idosos principalmente nos países desenvolvidos, há uma maior taxa de doença de Alzheimer, ou seja, nos países como Grã-Bretanha e EUA, essa é a quarta causa de morte em idosos e são 50% das causas de demência nessa parcela da população (SMITH, 1999).

**Sua etiologia**

Qualquer órgão do nosso corpo tem um padrão de tecido que, quando surge qualquer alteração como doença, altera a estrutura desse tecido. No caso de quem é portador de Alzheimer, surge os emaranhados, que são alças de filamentos que se entrelaçam formadas por fibras de proteína, que aparecem devido à alteração química dessa proteína, responsável pela formação de microtúbulos que transportam nutrientes e informações dos axônios e dendritos dos neurônios. Quando ocorre qualquer alteração ou modificação nessa proteína consequentemente há sua alteração em sua função, no caso, a proteína altera a estrutura dos microtúbulos, levando à morte de neurônios, já que não há mais o transporte de nutrientes e informações para os neurônios. Também foi observado um acúmulo anormal de uma proteína chamada beta-amiloide, o que resulta na formação de placas extracelulares, essas que não estão presente em um cérebro saudável (MEDEIROS, 2009).

Segundo Smith, esse aparecimento de placas, que antes não tinha, pode ser a consequência da demência dos portadores de Alzheimer, o que também pode ocorrer em cérebros sadios, mas, que trazem também como consequência a demência:

“Do ponto de vista neuropatológico, observa-se no cérebro de indivíduos com DA atrofia cortical difusa, a presença de grande número de placas senis e novelos neurofibilares, degenerações grânulo-vacuolares e perda neuronal. Verifica-se ainda um acúmulo da proteína-amilóide nas placas senis e da microtubulina*tau* nos novelos neurofibrilares. Acredita-se que a concentração das placas senis esteja correlacionada ao grau de demência nos afetados. Transtornos da transmissão da acetilcolina e acetiltransferases ocorrem frequentemente nos indivíduos afetados. As alterações observadas nos cérebros dos afetados podem também ser encontradas em idosos sadios, porém não conjuntamente e em tal intensidade. O curso da doença varia entre 5 e 10 anos e a redução da expectativa de vida situa-se ao redor de 50%”. (SMITH, 1999, p. 02)

Ainda não se sabe ao certo, se são as placas extracelulares ou os emaranhados que fazem com que a doença se dê inicio na vida do sujeito, ainda os especialistas e pesquisadores estão longe de uma definição especifica sobre de onde realmente surge a doença, apenas observações nas alterações neuronais que tornam possível o agravamento ou o surgimento de outras complicações no indivíduo portador, já que elas possivelmente se espalham em pontos vulneráveis, como é o caso dos emaranhados que piora a cognição do sujeito, já as placas não fazem esse caminho. Mas ainda são hipóteses sem comprovações (MEDEIROS, 2009).

Alguns também apontam os fatores genéticos, como os maiores provocadores da doença entre outros fatores:

O fator genético é considerado atualmente como preponderante na etiopatogenia da DA entre diversos fatores relacionados. Além do componente genético, foram apontados como agentes etiológicos, a toxicidade a agentes infecciosos, ao alumínio, a radicais livres de oxigênio, a aminoácidos neurotóxicos e a ocorrência de danos em microtúbulos e proteínas associadas. É interessante ainda salientar que estes agentes podem ainda atuar por dano direto no material genético, levando a uma mutação somática nos tecidos (SMITH, 1999, p 02).

Dentre os critérios mais citados no quadro clínico da doença está o comprometimento da memória e, ao menos, um outro distúrbio como apraxia, agnosia e afasia o que interfere de maneira significante na rotina diária do paciente trazendo obstáculo nos afazeres que possibilitam a autonomia do sujeito (ALMEIDA E NITRINI, 1998). A abordagem do paciente com demência para a avaliação da mesma, como sua progressão e gravidade, deve incluir, sempre, a avaliação e de como está as habilidades cognitivas, da capacidade para desempenhar atividades da vida diária, o comportamento, progressão e gravidade global do quadro, para se ter ideia de como está esse comprometimento cognitivo (FORLENZA E CARAMELLI, 2000).O déficit de memória, esta a dificuldade de evocar episódios recentes e longos, como também a de curto prazo (IZQUIERDO, 2002).

A perda da memória, principalmente a da identidade, dificulta em grande escala o relacionamento com as pessoas em sua grande dimensão, afetiva, social e familiar, já que é bem complicado se conviver com os portadores, devido à repetição de histórias antigas, perde completamente a autonomia, a razão, a lógica, do cuidar de si, já que a cada tempo que se passa o sujeito ira perder gradativamente as lembranças e os aprendizados que dificultam até o cuidar de si mesmo e de como lidar com o outro (ROZENTHALET al, 1995).

[...] doença de Alzheimer, é uma demência de início insidioso e progressão gradual. Vários padrões de déficits são vistos, mas o transtornos apresenta-se mais comumente com déficits na memória recente, seguidos por afasia, apraxia e agnosia por vários anos [...] também são vistos tipicamente no inicio do curso da doença. [...] Os pacientes também tendem a desenvolver incontinência e perturbações motoras e da marcha, e acabam se tornando mudos e confinados ao leito. Convulsões e mioclonia também podem ocorrer em um estagio mais avançado da doença (APA, 2006, p. 92).

**Envelhecimento X Alzheimer**

Envelhecer é um processo natural e esperado do crescimento do ser humano, que se inicia com o nascimento e termina com a morte, essa depois que o corpo estiver todo envelhecido e tivermos vivido o bastante (JECKEL E CUNHA, 2006). Então, a velhice só não deve ser aquilo que é esperado, o enrugar da pele, mas também os danos que comprometem a vida do sujeito, como a sua limitação em realizar tarefas diárias antes fáceis, a total ou parcial dependência do outro, a sua tristeza e apatia tão comum como surge nessa fase já que a velhice é o caminho certo para a morte, já que o mesmo não tem planos longínquos para o futuro, já que suas perspectivas de vida diminuem proporcionalmente. Com frequência, eles não falam mais do futuro e começam a contar a partir daqueles vividos, do que já fizeram, já realizaram, com o objetivo que a outra pessoa testemunhe toda a sua trajetória de vida (FREITAS, 2011).

Segundo DOLL e PY (2007), a velhice não pode ser considerada adoecimento e chegada da morte, como todos creem, até por que isso pode ocorrer em qualquer idade, já que são próprias da condição humana, mas, é indiscutível de que, o envelhecimento traz consigo uma suscetibilidade ao organismo o tornando mais propicio de adoecimento e menos propício a uma cura rápida ou até mesmo sua cura, sendo assim, essas pessoas estão mais vulneráveis e expostas à doença de Alzheimer e suas complicações. Como a prevalência de demência em geral e da doença de Alzheimer em particular au­menta de forma significativa com a idade devido a sua vulnerabilidade.

Muitos acreditam que talvez a causa prin­cipal desse quadro não seja tanto orgânica, mas também pode ser uma das causas, as razões emocionais ou sentimentais vinculadas com a memória, já que muitos não se lembram de fatos doloridos de suas lembranças passadas . O idoso prefere lem­brar-se dos tempos de felicidades, dos quais eram saudáveis, realizavam coisas, pensavam no futuro, não tinham certas limitações e eram independentes (IZQUIERDO, 2002). O que não se pode deixar de citar é que existe amnésia benigna a que pode aparecer também em pessoas jovens ou de meia-idade submetidas a cansaço, estresse, ou simples “nervo­sismo”, devido às complicações diárias de sua rotina, o que não significa que esse sujeito possua sinal de envelhecimento prematuro ou não. Essas devem ser criteriosamente investigadas na fisiologia normal da regulação das memórias pelos sistemas moduladores do cérebro (IZQUIERDO al., 2007; IZQUIERDO et al., s.d.).

O grande aumento de casos de Alzheimer nessa faixa etária condiz também com o aumento da expectativa de vida da população já que, à drástica redução da taxa de fecundidade registrada nas últimas décadas faz com que haja um numero maior de idosos no Brasil, nosso país é de uma população na grande maioria de velhos (CHAIMOWICZ, 1998). A quantidade da população que apresenta alterações nas funções cognitivas decorrentes da doença de Alzheimer ou de outras doenças neurodegenerativas em países desenvolvidos parece ser de 30-40% na faixa etária acima de 80 anos (HERRERA JR. et al., 2002).

Sendo assim, a DA é considerada uma síndrome progeróide genética, ou seja, ela está associada ao envelhecimento e apresenta um evidente componente genético que reforce essa hipótese (SMITH, 1999).

**Alzheimer e o asilo da loucura**

As pessoas com Alzheimer antes do conhecimento prévio, que temos hoje, sobre a doença eram consideradas dementes e inúteis assim, como tantos outros destinados aos asilos manicomiais. A sociedade daquela época, não admitia que pessoas consideradas “inúteis” pela sociedade ficassem vagando pelas cidades, resposta dada a desorganização que assolava o século XVII devido à crise econômica que foi provocada na Europa como consequência dada as mudanças estabelecidas no modo de produção foi a de enclausurar, ou seja, esconder aqueles que viviam na rua vítima dessa crise, que no caso foram os mendigos, desempregados e pessoas sem teto com o objetivo de “limpar” as ruas desses “desocupados”, o qual foram “hospitalizados” nos hospitais gerais da época, o que com isso, teve o acréscimo de oito mil pessoas naquelas instituições, que também abrigava loucos, idiotas, aleijados, ou seja, toda população considerada inútil para a sociedade daquela época (DESVIAT, 1999).

Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim, de salvaguardar a ordem pública (MESQUITA, 2008 p. 03).

Em 1656, Luis XIV cria o “*Hospital Geral*”, em Paris com o Bicêtre e laSalpêtrière , no qual formou –se em toda Europa em geral, ou seja, toda grande cidade tinha um “*Hospital Geral*”. Esses “hospitais” em que eram estabelecidos para todo aquele que eram considerados perigosos ou associais pelo fato de irem contra os valores considerados morais da época e que como castigo deveriam ser excluídos, sendo que, esses não tinham nenhuma vocação médica, ou seja, essas pessoas não eram levadas para serem tratadas ou medicadas e sim apenas para o enclausuramento, a fim de querer que essas pessoas fossem esquecidas em seu meio social, de modo que, muitas não viam mais seus parentes ou amigos e acabavam morrendo em seu próprio castigo. O que foi nomeado “*A Grande Internação,*” que trouxe a exclusão, e o enclausuramento (FOUCAULT, 1980).

“O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica, não põe em questão as relações da loucura com a doença, e sim as relações da sociedade consigo própria”. (FOUCAULT, 1954, p. 79). Não apenas os loucos eram internados, mas todos aqueles que a sociedade julgava não ser capaz de conviver harmoniosamente entre eles.

Antes da Revolução francesa, de Pinel, não havia instituição, local, medicina para os transtornos mentais, apenas o enclausuramento, os quais eram marginalizados sofrendo assim, todo o tipo de abuso, moral, físico e psicológico:

“O ato de considerar alguém louco [...] (relata Roberto Machado in: Foucault, a filosofia e a literatura, 2001. P.18), [...] não se fundamenta em uma teoria médica da loucura; e, inversamente, a teoria da loucura se elabora não a partir dos loucos, mas da doença em geral, tal como aparece no âmbito de uma medicina das espécies patológicas.” Segundo Foucault (1961), “O século XVIII percebe o louco, mas deduz a loucura*.”.*

De acordo com Rocha (1989), a psiquiatria nasce, no Brasil com o mesmo objetivo de todos os outros países, que é a de resguardar a população daqueles considerados loucos, o que se confirma de que, não nasceu à psiquiatria para buscar meios de cura ou de melhoramento dos transtornos mentais mais sim, excluí-los do seio da sociedade para que esta não mais incomodassem os considerados “normais”. É o Hospício D. Pedro II no Brasil que, em 1852, que tem a missão de internar os doentes mentais e a tirá-los do convívio em sociedade. “é a psiquiatria que cria espaço próprio para o enclausuramento do louco – capaz de dominá-lo e submete-lo.” (ROCHA 1989, p. 15) Estes lugares de clausura eram os hospitais psiquiátricos também denominados asilos, hospícios e manicômios que cresceram no Brasil absurdamente.

O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma resposta do século XVII a desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pela mudança pelas mudanças estabelecidas no modo de produção. Um enclausuramento, na intenção de ocultar a miséria, cuja magnitude é atestada pelo número de hospitalizados: oito mil na Salpêtrière, uma das instituições que compunham o Hospital Geral de Paris – reservada a mulheres pobres, mendigas, aleijadas e doentes incuráveis, velhas e meninas, idiotas e loucas – poucos anos depois de sua inauguração, na época em que aquela cidade contava com 500 mil habitantes. “Fazemos proibições muito expressas”dizia o edito real que fez nascer o Hospital Geral - “ a todas as pessoas de qualquer sexo, procedência e idade, aos válidos e inválidos, aos enfermos ou convalescentes, aos curáveis ou incuráveis, de mendigar no centro da cidade e nos bairros de Paris, nas igrejas ou em suas portas, às portas das casas, nas ruas e em qualquer outro lugar, publicamente ou em segredo, de dia ou de ou de noite (...), sob pena de açoite, na primeira vez; e na segunda, irão para as galeras os que forem homens e meninos, e as mulheres e meninas serão desterradas” (27 de abril de 1656” (DESVIAT, 1999, p. 15).

**2.2 A reforma psiquiátrica**

Após a Segunda Guerra Mundial as críticas aos asilos e hospitais começaram a se produzir, em tempos em que a economia começou a reerguer, com maiores movimentos civis, e de maior tolerância e sensibilidade as minorias, o qual devido a isso a comunidade profissional e cultural por vias diferentes, chegou a conclusão que os hospitais psiquiátricos deveriam ser transformados ou abolidos, já que grande parcela da população começou a ter conhecimento sobre a desumanidade que essas pessoas enclausuradas estavam vivendo, tendo início assim, aos movimentos que no qual surgiu a Reforma Psiquiátrica (DESVIAT, 1999).

As críticas à eficácia do asilo não tardaram a se produzir, mas foi depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido (DESVIAT, 1999, p. 23).

A Reforma psiquiátrica no Brasil iniciou-se após um cenário de redemocratização, a queda da ditadura no final dos anos 70 e a reforma para um novo projeto nacional. Devido ao enorme crescimento de leitos nos hospitais psiquiátricos, principalmente os privados, os quais eram mantidos pelo Governo, em que esses hospitais com o objetivo de obter maiores lucros, recolhiam das ruas os drogados ou aqueles que as famílias queriam dar “um jeito”, utilizavam pacientes fantasmas ou já mortos para não haver esvaziamento e perderem a verba governamental e assim tendo seus leitos sempre lotados de pacientes e seus lucros sempre em alta (AMARANTE, 2013).

Na década de 70 foram registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições, tanto as instituições públicas como privadas, de atendimento psiquiátrico à população, devido aos maus tratos, torturas e etc. Muitos dos internados eram encontrados mortos e não se sabiam a causa da morte ou muitos os escondiam, já que os mesmos eram esquecidos por parentes e amigos, agravando mais a situação e colocando em foco o que acontece atrás dos muros altos dos hospícios,

É nesse contexto, de várias denúncias e pressão de parte da população, que no fim da década de 70, surge a questão da reforma psiquiátrica no Brasil, em que pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No Rio de Janeiro, em 1978, explode o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e coloca em foco a política psiquiátrica exercida no país “... tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário” (ROTELLIET al, 1992 p. 48). Em que o objetivo desse movimento era “[...] construir coletivamente uma critica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. [...]” (BRASIL, 2005, p. 02).

De acordo com Tenório (2002), foi na década de 80 que surgiram importantes acontecimentos, no que se refere à Reforma Psiquiátrica, uma que diz respeito à inauguração do primeiro CAPS na Cidade de São Paulo e outra é a Intervenção Pública na Casa de Saúde Anchieta (Santos-SP) em que esses funcionavam com 145% de ocupação (290 leitos com 470 internados). O internamento asilar não era uma perspectiva definitiva para esta classe da população com transtornos a qual tinha seus direitos impedidos, como o de ir e vir, em internações infindáveis essas pessoas perdiam todos os lações construídos, com seus amigos, familiares, grupos afetivos. Efetivando-se acima de tudo em perda da autonomia destes dos quais perdiam totalmente o seu convívio com o mundo tornando-se esquecidos.

**3. Alzheimer e sua atulaidade**

Após a realização de uma autópsia em 118 cadáveres, esses com a idade em torno de 75 anos de idade, pode-se observar que havia lesões no núcleo dorsal da rafe, o qual, não tinham os emaranhados em nenhuma parte no cérebro, isso se repetiu em mais um grupo de idosos em que os pesquisadores faziam suas pesquisas. A partir dessa pesquisa a tese focal do surgimento do Alzheimer surge da hipótese de que ela tenha origem no tronco cerebral e que a mesma se espalhe para o córtex, ocasionando os emaranhados, sendo assim, o objetivo dessa pesquisa é de ajudar a frear o desenvolvimento da doença em seu inicio, tentando assim parar ou frear sua progressão, para que esse paciente consiga pelo menos parar suas limitações e não viver na dependência do outro para realizar as tarefas mais fáceis de sua rotina diária (MEDEIROS, 2009).

Depois dessas descobertas surgiu uma nova classe de medicamentos pela qual tem o objetivo de prevenir a formação dos emaranhados e assim retardar o declínio das funções cognitivas tão claras nessa doença, o qual se mostrou promissor nas primeiras experiências com o ser humano. Medicamento esse conhecido como Rember (Methylthioniniumchloride), foi testado em 321 pacientes com doença de Alzheimer leve ou moderada, em que os resultados foram satisfatórios. Sendo assim, por essa medicação ser duas vezes mais efetiva que as medicações anteriores e usadas no tratamento da doença, possam retardar o declínio cognitivo tendo como alvo a proteína da Tau, que é a causadora da morte neuronal nos portadores da doença, em que se acredita que os neurônios sem a Tau poderiam de certa forma ficarem mais resistentes a neurodegeneração tão evidentes nas pessoas com Alzheimer (MEDEIROS, 2009).

O diagnóstico da doença de Alzheimer dever ser feito somente quando outras etiologias para a demência tiverem sido excluídas por uma anamnese cuidadosa, exames físicos e neurológicos e testes laboratoriais. [...] O início geralmente acontece na idade avançada, mais comumente na sexta, sétima e oitava década de vida ou mais, mas em casos raros aparece entre os 40 e 50 anos de idade (APA, 2006 p. 92).

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |

**3.1 Prevenção e tratamento**

Segundo Pereira e Schenberg (2012), o esquecimento é um processo normal do envelhecimento, o qual poderá ser preocupante à medida que esse esquecimento se agrave a ponto de afetar toda a rotina do individuo e se tornar muito frequente no dia a dia do mesmo. As formas de prevenção da doença ainda não são tão eficientes, mais a relação de problemas circulatórios é reveladora, já que a formação de placas e emaranhados podem estar relacionadas a problemas nos vasos sanguíneos que irrigam os neurônios e acarretam esse problemas, por isso, a boa alimentação, combate a obesidade, atividades físicas e mentais podem retardar o aparecimento da doença ou até mesmo de preveni-la (apud PEREIRA e SCHENBERG, 2012).

Ainda não existe nenhum tratamento seja ele psicológico ou medicamentoso, que possa reverter à deterioração causada pela doença, mas, há tratamentos que visam aliviar as consequências causadas pela doença, melhorando a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Em relação ao tratamento farmacológico a geração dos anti-colinesterásicos (donepezil, rivastigmina, epstatigmina e galantamina) apresentam melhores resultados e menos efeitos colaterais quando comparados a outras medicações mais antigas, como é o caso da tacrina (CÁSSIO, C.M. et al, 2002).

De acordo com os mesmos autores, o tratamento multidisciplinar visa complementar o tratamento farmacológico para melhores resultados em seus pacientes onde, as principais técnicas estão: treinamento, estruturação do ambiente, orientação nutricional, exercícios físicos, orientação e suporte psicológicos a familiares e cuidadores. Na fase precoce da doença uma das principais e visível da doença é a dificuldade cognitiva, que refere-se à memória e com isso foi surgindo várias técnicas a qual objetiva o retardamento desse déficit usando para este fim o uso eficiente da memória para aliviar assim suas consequências. Uma das técnicas que mostrou mais resultados satisfatórios, dentre as muitas testadas, foi a do treinamento com a memória implícita e de procedimento, no qual foca em uma deficiência especifica do paciente envolvendo outras tarefas ligadas no qual a habilidade será utilizada posteriormente, o que fará com que o sujeito ligue a atividade reaprendida a outra atividade que exigirá o mesmo procedimento o qual ele aprendeu.

A avaliação neuropsicológica, está sendo um dos métodos mais utilizados para ajudar a pessoa portadora de DA, no qual consiste em uma bateria de testes psicométricos em que tem por objetivo avaliar o rendimento cognitivo funcional e o quanto ele foi comprometido em que esses testes, são realizados mediante situações experimentais padronizadas e assim sendo comparados a outros sujeitos que são colocados em situações semelhantes havendo assim uma estatística (HAMDAN, 2008).

Segundo Hamdan (2008), os instrumentos de triagem cognitiva e comportamental e testes neuropsicológicos têm sido utilizados frequentemente para verificar o declínio cognitivo, focando principalmente nos casos precoces para que possa ser trabalhado o retardamento da progressão da doença.

As estratégias de aprendizagem ou técnicas mnemônicas visa aprimorar o armazenamento, codificação e/ou evocação da memória, em que se usa o pareamento de estímulos verbais e visuais associando a características especificas de uma pessoa, por exemplo, que fará com que ela ligue a característica a sua característica ficando assim mais fácil de ser lembrada. As estratégias compensatórias também são muito utilizadas em pacientes demenciados, já que o déficit de memória não pode ser diretamente enfrentados utiliza-se “ajudas externas”, como bloco de anotações, despertadores, agendas, sinalizações etc., visando ajudar a contornar os problemas de memória mas, essa técnica se torna muito limitada já que nem todas as lembranças podem ser anotadas ou sinalizadas (CÁSSIO, C.M. et al, 2002).

A terapia de orientação da realidade (OR) visa organizar dados da realidade do paciente de forma organizada e contínua, engajando o paciente a ter interações sociais e melhorar sua comunicação através de sinalizações ambientais, linguagem clara ou não verbal, treinamento de sua cognição com atividades adequadas ao tipo de sua deficiência, visando a sua individualidade e particularidades. A teoria de reminiscência é uma variação da OR, no qual se utilizam estímulos visuais, auditivas, jogos e outros estímulos relacionados à sua juventude afim de resgatar das informações e emoções vividas previamente tentando assim impedir que essas memórias sejam rapidamente esquecidas (CÁSSIO, C.M. et al, 2002).

Antes de iniciar qualquer programa de reabilitação, torna-se necessário definir o perfil cognitivo de cada paciente, delineando os aspectos da cognição que estão preservados e os possíveis deficits existentes. Além disso, é muito importante adequar o tratamento proposto ao nível intelectual e cultural do paciente.

Um programa pessoal de intervenção comportamental deve actuar sobre múltiplos factores, nomeadamente: na adaptação e modificação do ambiente; na modificação das interacções Sociais; no tratamento Psicoterapeutico; nos cuidados somáticos; apoio à família e no tratamento em instituições ( CAMOES, A., et al. s/d, p. 09) .

Outra técnica indispensável para os pacientes com DA, são as intervenções realizadas com cuidadores e familiares, no qual visa que as pessoas ao seu redor tenham a possibilidade de conhecer a doença, de expor em grupo ou individual suas angustias e cansaço decorrente da dependência que o portador solicita. Das dificuldades encontradas, terapia essa que também podem ser estendidas aos próprios pacientes em que em seu círculo com as pessoas com suas mesmas dificuldades podem expor suas fragilidades e compartilhar o sofrimento e dificuldades enfrentadas devido à doença (CÁSSIO, C.M. et al, 2002).

A intervenção junto aos familiares é tão relevante quanto o atendimento ao paciente. As dificuldades de memória e de linguagem comprometem o relacionamento interpessoal, afectando a estrutura familiar. O paciente com Doença de Alzheimer torna-se, com o decorrer da doença, dependente dos familiares ou dos cuidadores. Então, a orientação sobre a doença e seu prognóstico diminui a ansiedade e a depressão gerada pela presença de doença grave na família (CAMOES, A. et al.,s/d p. 18 apud Bottino et al., 2002).

A política do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2002 instituiu o “Programa de Assistência aos Portadores de Alzheimer” os quais serão englobados nessa assistência consultas para diagnósticos, atendimento em qualquer instituição pública, visita domiciliar, equipe multidisciplinar para acompanhar o portador da doença, orientação e treinamento para os familiares que participam de seu meio e medicação gratuita que inclui rivastigmina, donepezil e galantamina, os quais serão beneficiados os pacientes que forem acompanhados clinicamente e diagnosticados na rede pública.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A doença de Alzheimer apesar dos estudos e pesquisas acerca da mesma ainda né uma incógnita para ciência mesmo essa tendo várias hipóteses que poderão futuramente levar a uma certeza definitiva de onde se originam para que um dia possam ser desenvolvidos medicamentos que consigam enfim retardar sua dolorosa e inevitável progressão, pelo menos é nossa realidade hoje, ou que possam descobrir a cura ou prevenção da mesma, já que a tendência é que no decorrer dos anos seguintes o numero de portadores aumente devido ao grande aumento de idosos em nosso País.

No entanto, mesmo com o progresso que possamos dizer que existam, ainda os portadores são tratados como seres inúteis que não podem contribuir em nada para com a produção da sociedade esquecendo-se, porém o quanto esse idoso contribuiu para a sociedade que o cerca. Ainda por isso, despejados em asilos para que “não possa dar trabalho” e assim esquecidos por aqueles que um dia ele cuidou.

O que nos faz pensar que, na questão da reforma psiquiátrica para com esse sujeito pouco houve mudanças. Ainda temos pessoas não capacitadas para lidar com eles, não temos incentivo na saúde publica para a sua capacitação e assim ainda temos um grande numero de idosos com a doença de Alzheimer em tantas outras esquecidas nas casas geriátricas de nosso País.

**REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA**

ALMEIDA, O.P. NITRINI, R. - **Demência**. São Paulo: Fundação Byk, 1998.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida – A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Editora: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

American PsychiatricAssociation (APA). Referência Rápida às Diretrizes para o Tratamentode transtornos Psiquiátricos – Compêndio. Artmed, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde – **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil** – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos. Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

CAMOES, A; PEREIRA F. M; GONÇALVES, A. **Reabilitação na doença de Alzheimer.** Disponivel em < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf>> Acesso em 24/11/2015

CASSIO, C. M. Et al. **Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar.** Arquivos de neuro-psiquiatria. [on-line]. N° 01. Vol. 60. São Paulo, março 2002. Disponivel em: <http://www.scielo.br> ISSN 1678-4227.

CHAIMOWICZ, F. **Os Idosos Brasileiros no Século XXI: Demografia, Saúde e Sociedade**. Belo Horizonte, Postgraduate, 1998.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. ABRAZ – Editora: Fiocruz. Rio de Janeiro: 1999.

Doll J, Py L. **O idoso na relação com a morte: aspectos éticos**. In: Neri AL, organizador. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea; 2007. p. 279-300.

FOUCAULT, M. (1961). **História da loucura***.* São Paulo: Editora Perspectiva, 1980.

\_\_\_\_\_\_\_\_. (1954). **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. - **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

Freitas EV, Py L, editores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan;2011. p. 107-16.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008

HAMDAN, Cavalheiro Amer. **Avaliação neuropsicológica na doença de Alzheimer e no comprometimento do cognitivo leve.**  Disponivel em: < <http://www.researchgate.net/profile/Amer_Hamdan/publication/37686670_AVALIAO_NEUROPSICOLGICA_NA_DOENA_DE_ALZHEIMER_E_NO_COMPROMETIMENTO_COGNITIVO_LEVE/links/00b49529cd29b64ae5000000.pdf> >Acesso em 24/11/2015

HERRERA JR., E.; CARAMELLI, P.; SILVEIRA, A. S. B.; NITRINI, R. **“Epidemiological Survey of Dementia in a Community-dwelling Brazilian Population”**, in Alz. Dis. Assoc. Disord., 16, pp. 103-8, 2002.

IZQUIERDO, I. **Memória**. ArtMed, 2002.

IZQUIERDO, I.; IZQUIERDO, L. A.; VIANNA, M. R.; CAMMAROTA, M. **“Neurobiologia da Memória”,** in L. Caixeta. Demência. Abordagem Multidisciplinar. São Paulo, Atheneu, pp. 31-44, 2007.

Jeckel-Neto EA, Cunha GL. **Teorias biológicas do envelhecimento**. In: Freitas EV, Py L, editores.Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p.13-22.

MACHADO R. **Foucault, a filosofia e a literatura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

MEDEIROS, R. Um Mal Silencioso. Disponívelem:< http://psiquecienciaevida.uol.com.br/[ESPS/Edicoes/43/artigo147842-1.asp](http://psiquecienciaevida.uol.com.br/ESPS/Edicoes/43/artigo147842-1.asp)>Acesso em 25 de Agosto de 2015.

MESQUITA, J. F. de – **Quem Disse Que Lugar de Louco É no Hospício? Um estudo sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais,**ABEP, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

NUDEC: instituto da memória – núcleo do envelhecimento cerebral . Disponível em: <[www.doencadealzheimer.com.br/index.php?modulo=](http://www.doencadealzheimer.com.br/index.php?modulo=instituto)**[instituto](http://www.doencadealzheimer.com.br/index.php?modulo=instituto)**>Acesso em 20 de Agosto de 2015.

PEREIRA, Paula; SCHENBERG, Eduardo. **Entre a cura e a prevenção do Alzheimer.** Revista Comciência. [on-line]. N° 144. Campinas, dezembro 2012. Disponivel em: <http://www.comciencia.scielo.br> ISS 1519-7654.

ROCHA, Gilberto S. – **Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1989.

ROTELLI, F. et al – **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos, Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica** (Bezerra, B. et al orgs) Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

ROZENTHAL, M.; ENGELHARDT, E.; LAKS, J. - **Memória: aspectos funcionais**. Revista Brasileira Neurologia1995;31(3):157-60.

Saúde do idoso – Alzheimer- Legislação federal da Saúde. Disponível em : <www.bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/faq\_idoso.php> Acesso em 20 de Outubro de 2015.

TAVOLIERI, N.Alzheimer, a dor do esquecimento.Disponível em: <**epoca**.globo.com/vida/noticia/.../alzheimer-dor-do-besquecimentob.html>Acesso em 24 de Agosto de 2015.

TENÓRIO, Fernando – **A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan. – abr. 2002:38.