

Reabilitação Cognitiva na Doença de Alzheimer: Revisão Sistemática


Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: Systematic Review


Rehabilitación Cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer: Revisión Sistemática

RESUMO: A reabilitação cognitiva (RC) é um método não farmacológico e complementar no tratamento da Doença de Alzheimer (DA), enfermidade resultante da interação de fatores de risco genéticos e ambientais. Este estudo teve como objetivo coletar e mapear informações sobre a eficácia da RC no tratamento de pacientes com DA em estágios inicial, leve e moderado, seguindo o protocolo PRISMA e a colaboração Cochrane. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Pepsic, PubMed, PsycINFO, LILACS (BVS), MEDLINE (BVS), SciELO e Scopus (Elsevier). Os descritores utilizados foram: “doença de Alzheimer” AND “reabilitação cognitiva”. Foram identificados 259 artigos publicados de 2015 a 2020, dos quais sete atenderam aos critérios de inclusão para esta revisão. Vinte e quatro ferramentas para intervenção em RC foram identificadas, sendo 72% não tecnológicas. As sessões tiveram duração média de 1h30min, realizadas semanalmente, por até três meses. Apenas dois estudos incluíram sessões de manutenção após o período de intervenção. Conclui-se que a RC contribui eficazmente para o tratamento funcional e a qualidade de vida de pacientes com DA em estágios de inicial a moderado, com evidências de melhorias significativas nas variáveis mensuradas.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Reabilitação Cognitiva; Intervenção.

ABSTRACT: Cognitive rehabilitation (CR) is a non-pharmacological and complementary method in the treatment of Alzheimer's Disease (AD), an illness resulting from the interaction of genetic and environmental risk factors. This study aimed to collect and map information on the effectiveness of CR in the treatment of patients with early, mild and moderate stages of AD, following the PRISMA protocol and the Cochrane collaboration. The search was carried out in the following databases: Pepsic, PubMed, PsycINFO, LILACS (VHL), MEDLINE (VHL), SciELO and Scopus (Elsevier). The descriptors used were: “Alzheimer’s disease” AND “cognitive rehabilitation”. 259 articles published from 2015 to 2020 were identified, of which seven met the inclusion criteria for this review. Twenty-four tools for CR intervention were identified, 72% of which were non-technological. The sessions lasted an average of 1h30min, held weekly, for up to three months. Only two studies included maintenance sessions after the intervention period. It is concluded that CR effectively contributes to the functional treatment and quality of life of patients with AD in early to moderate stages, with evidence of significant improvements in the measured variables.

Lisley Sinara Oliveira Félix ¹ 

Fabiana Neiva Veloso Brasileiro ² 

¹Universidade de Fortaleza

Correspondente

* lisleyfelix@edu.unifor.br

Dados do Artigo

DOI: 10.31505/rbtcc.v26i1.1606

Recebido: 28 de Maio de 2021

1º Decisão: 20 de Novembro de 2024

Aprovado: 03 de Fevereiro de 2025

Publicado: 05 de Fevereiro de 2025

Editor-Chefe: Dr. Fábio Henrique Baia

Editor Adjunto: Dr. Pedro Felipe dos Reis Soares

Declaração: As autoras LSOF e FNVB declaram não ter nenhum conflito de interesses.

Como citar este documento

Félix, L. S. O. , & Brasileiro, F. N. V. (2024). Reabilitação Cognitiva na Doença de Alzheimer: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 26, 230-248.

<https://doi:10.31505/rbtcc.v26i1.1606>



É permitida a distribuição, remixe, adaptação e criação a partir deste trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuem o devido crédito pela criação original.

Keywords: Alzheimer's disease; Cognitive Rehabilitation; Intervention.

RESUMEN: La rehabilitación cognitiva (RC) es un método no farmacológico y complementario en el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer (EA), enfermedad resultante de la interacción de factores de riesgo genéticos y ambientales. Este estudio tuvo como objetivo recopilar y mapear información sobre la efectividad de la RC en el tratamiento de pacientes con etapas tempranas, leves y moderadas de EA, siguiendo el protocolo PRISMA y la colaboración Cochrane. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Pepsic, PubMed, PsycINFO, LILACS (VHL), MEDLINE (VHL), SciELO y Scopus (Elsevier). Los descriptores utilizados fueron: “enfermedad de Alzheimer” Y “rehabilitación cognitiva”. Se identificaron 259 artículos publicados entre 2015 y 2020, de los cuales siete cumplieron con los criterios de inclusión para esta revisión. Se identificaron veinticuatro herramientas para la intervención en RC, el 72% de las cuales no fueron tecnológicas. Las sesiones duraron un promedio de 1h30min, realizadas semanalmente, durante un máximo de tres meses. Sólo dos estudios incluyeron sesiones de mantenimiento después del período de intervención. Se concluye que la RC contribuye efectivamente al tratamiento funcional y la calidad de vida de los pacientes con EA en estadios tempranos a moderados, evidenciándose mejoras significativas en las variables medidas.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer; Rehabilitación cognitiva; Intervención.

O envelhecimento populacional desperta crescente atenção nos últimos anos, especialmente nas áreas de saúde pública e ciências sociais, em decorrência do aumento da expectativa de vida em todo o mundo (Gatti et al., 2015). Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) projeta que, até 2050, a população de idosos aumentará para aproximadamente dois bilhões em todo o mundo, com destaque para os países em desenvolvimento.

Nestas circunstâncias, aspectos como envelhecimento saudável e distintas modalidades de prevenção de várias doenças são trazidas para o âmbito de inúmeras discussões no campo da saúde, uma vez que as patologias, em especial as

demenciais que mais acometem esse público, estão cada vez mais presentes chegando à estimativa, por exemplo, de que, no ano de 2030, um número superior a 75 milhões de idosos possuam algum tipo de demência, vindo este quantitativo a ser três vezes maior em 2050 (WHO, 2015). Desta maneira, considera-se, atualmente, de acordo com os dados da Associação Mundial de Alzheimer (2019), que 46 milhões de pessoas em todo o mundo possuem algum tipo de demência. De acordo com o relatório mundial de Alzheimer publicado em 2019, 78% das pessoas que participaram do estudo se preocupam com o desenvolvimento da doença, e 62% da equipe de saúde acreditam que a Doença de Alzheimer (DA) faz parte do ciclo natural de envelhecimento (ADI, 2019).

Entre as doenças demenciais, a DA é aquela que possui a maior prevalência na população idosa, e foi descrita pela primeira vez em 1906, pelo Dr. Alois Alzheimer, em estudos realizados junto a Emil Kraepelin (1856-1956), neuropatologista alemão à frente do Instituto *Munich of Psychiatry* (Chen et al., 2018; Querfurth & LaFerla, 2010; Vatanabe et al., 2019). Por vários anos, a DA foi caracterizada como um construto clínico-patológico chamado "DA possível ou provável" e que foi confirmada durante a autópsia em portadores pela presença de placas neuríticas e emaranhados neurofibrilares (McKhann et al., 1984; James & Bennett, 2019). A expressão "DA provável" foi introduzida em 1984 com a finalidade de intitular a demência amnésica progressiva adquirida e diagnosticada clinicamente, para a qual ainda não havia evidências de outra etiologia (Knopman et al., 2019). Como consequência, a nomenclatura Doença de Alzheimer passa a descrever a entidade clínica neuropatológica e também a síndrome da perda de memória, associada à morte dos neurônios e à perda de substância cinzenta principalmente no córtex frontal e no hipocampo (Graham et al., 2017).

A etiologia da DA é complexa e envolve a combinação de fatores neurobiológicos, psicossociais e ambientais (García-Alberca, 2015; Martínez et al., 2019). É caracterizada em várias pesquisas pela “deposição extracelular de placas senis formadas por beta-amilóide (A β) e o acúmulo intracelular de emaranhados neurofibrilares formados pela proteína tau hiperfosforilada” (Chen et al., 2018, p.187) responsáveis pelo processo neurodegenerativo. A perda de sinapses neuronais ocorre no estágio inicial da

demência e está associado ao declínio cognitivo, que é o principal sintoma de DA (Chen et al., 2018; Querfurth & Laferla, 2010).

Em suma, constitui uma doença crônica, neurodegenerativa e progressiva, que causa a deterioração das funções cognitivas, em especial a memória, e compromete a realização das atividades diárias, além dos sintomas no comportamento e psicológicos como mau julgamento, distúrbio de linguagem, queixas visuais, agitação e alucinações (Bird, 1998; Vatanabe et al., 2019). De acordo com estudos realizados sobre os sintomas comportamentais e psicológicos (SCP) 90% dos pacientes com DA apresentarão sintomas como apatia, ansiedade, depressão, alucinações, delírios, irritabilidade, distúrbios do sono, distúrbios alimentares e outros; esses sintomas estão na maioria dos pacientes com DA (García-Alberca, 2015). Crous-Bou et al. (2017) ressaltam que o estágio inicial da DA é silencioso e assintomático, mas caracteriza-se por uma sequência de particularidades fisiopatológicas que aparecem cerca de 20 anos antes do início dos sintomas.

As definições da *Classificação Internacional de Doenças* (CID-11), conforme descrito pela World Health Organization (2019), conceituam a DA como a forma mais comum de demência, subdividindo-a nas seguintes categorias: Demência associada à doença de Alzheimer; Demência associada à doença de Alzheimer de início precoce; demência associada à doença de Alzheimer de início tardio; demência associada à doença de Alzheimer de início desconhecido ou não especificado; e demência associada à doença de Alzheimer com patologias concomitantes. Aproximadamente 95% de toda a DA, no entanto, é de início tardio (pessoas com idade superior a 60 e 65 anos) e os restantes 5% são de início precoce (idade <60-65 anos) (Bird, 1998).

Sob esse aspecto, o estabelecimento do diagnóstico da DA, segundo Bird (1998), se baseia na avaliação clínico-neuropatológica, e por meio do diagnóstico diferencial. De acordo com esse autor, as placas β -amilóides, emaranhados neurofibrilares intraneuronais (contendo proteína tau) e a angiopatia amilóide continuam a ser as maiores evidências da patologia. Nesse sentido, o diagnóstico baseado em sinais clínicos de demência e achados de neuroimagem (avaliação clínico-neuropatológica), estão cor-

retos de 80% a 90% das vezes, passíveis de ser realizados com precisão mediante os estudos dos biomarcadores que provêm de neuroimagem ou líquido cefalorraquidiano (LCR), que permitem diagnósticos patológicos antes da morte (Bird, 1998; Knopman, 2019; Vatanabe et al., 2019). Quanto ao diagnóstico diferencial, são investigadas formas tratáveis de declínio cognitivo e outros distúrbios degenerativos associados à demência.

Apesar de todo o conhecimento que se tem acerca da DA e dos inúmeros estudos que já perderam anos, devido sua complexidade etiológica e dificuldade para estabelecer o diagnóstico, ainda não foi encontrada uma cura para essa patologia (Crous-Bou et al., 2017). A principal forma de tratamento é farmacológica, no entanto, há estudos que exprimem modos de intervir precocemente e afirmam que uma das melhores maneiras de lidar com a DA é agir de forma preventiva, além de defender a importância da aplicação de intervenções alternativas não farmacológicas (Crous-Bou et al., 2017).

Em uma revisão realizada sobre os ensaios clínicos e desenvolvimento tardio de medicamentos para DA de 1984 a 2014, foi constatado que apenas quatro inibidores da colinesterase e memantina mostraram segurança e eficácia, tanto para o tratamento em estágio avançado quanto para o desenvolvimento tardio da DA (Schneider et al., 2014). Segundo os autores do estudo, os alvos predominantes para as drogas foram os sistemas colinérgicos e a cascata amilóide. De acordo com Schneider et al. (2014), os medicamentos que afetam os aspectos da função colinérgica foram considerados os mais consistentes, por denotarem melhora na cognição e efeitos positivos claros, como a capacidade funcional das pessoas afetadas.

García-Alberca (2015) aponta que existe um consenso entre pesquisadores por considerarem eficazes alguns modelos de intervenção que combinam tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para pessoas com DA. A eficácia, contudo, das terapias de intervenção cognitiva (TIC), que incluem o treinamento cognitivo (TC), a reabilitação cognitiva (RC) e a estimulação cognitiva (EC), sobre os sintomas comportamentais e psicológicos da DA, ainda não está claramente estabelecida. Apesar disso, García-Alberca (2015) observou que essas terapias conseguiram estabilizar ou melhorar a função cognitiva e o desempenho das atividades da vida diária em pacientes com DA leve

ou moderada (Ballard, Khan, Clack & Corbett, 2011; García-Alberga, 2015).

Para ampliar o entendimento sobre a eficácia das terapias de intervenção cognitiva, é necessário compreender como essas abordagens atuam. Para tal, García-Alberga (2015) descreveu que os programas de treinamento cognitivo se concentram na prática guiada e personalizada de estratégias e habilidades cognitivas específicas, como memória, atenção e linguagem, por meio de exercícios repetitivos e estruturados, realizados individual ou grupalmente. A estimulação cognitiva, por sua vez, foca no engajamento global do paciente, estimulando diferentes áreas do cérebro; esse tipo de intervenção é geralmente complementar à prática de exercícios físicos e atividades sociais. Finalmente, a terapia de reabilitação cognitiva envolve uma combinação de técnicas terapêuticas, como o treinamento e estratégias compensatórias, que têm como base a teoria da aprendizagem implícita, visando a restaurar ou melhorar as funções cognitivas comprometidas e ajudando o paciente a se adaptar aos défices (García-Alberga, 2015).

A reabilitação cognitiva (RC) é definida como uma terapia comportamental que compreende diversos tipos de intervenções desenvolvidas de uma maneira individualizada, centrada na pessoa, e que visam a trabalhar objetivos específicos para o paciente, baseando-se em evidências, possibilitando o desempenho e o funcionamento em relação às propostas estabelecidas de maneira colaborativa junto aos membros familiares (Clare, 2017; García-Alberca, 2015). Isso conduz a que as pessoas com DA sejam mais independentes, tenham controle sobre sua vida cotidiana e oportunidade de se envolver em papéis e atividades significativas, tornando-se capazes de integrar as mudanças que experienciam de uma maneira coerente e duradoura da identidade (Clare, 2017).

Desse modo, a reabilitação cognitiva propõe que seja trabalhado aquilo que é importante para o paciente e otimize sua capacidade funcional, de modo que formulem objetivos significativos, realistas e potencialmente alcançáveis (Clare et al. (2019). Neste sentido, o uso do vocábulo "cognitivo" delimita mais a profissão do terapeuta do que o próprio tratamento, tendo em vista que a RC se propõe a treinar e melhorar o funcionamento diário, as atividades da vida diária, o autocuidado, aspectos relacionados a linguagem, comunicação, interação

social e efeitos da incapacidade física relacionada à DA em seus diferentes estágios. A autora supracitada aponta, ainda, que os terapeutas da reabilitação cognitiva fornecem apoio psicológico importante, em razão do impacto emocional da incapacidade funcional enfrentado pelos pacientes com DA.

Para as pessoas com DA, a reabilitação foi proposta como um princípio abrangente de assistência e prestação de serviços, com a finalidade de permitir resultados práticos e objetivos funcionais aplicados à vida diária do paciente (Ballard et al., 2011; Clare, 2017). Para isso, são formuladas estratégias que demandam identificar quais áreas específicas suscitam preocupação a vida diária do paciente, que este gostaria de gerenciar de uma melhor maneira, a fim de que as metas sejam definidas (Locke & Latham, 2002).

As metas de reabilitação são expressas de maneira que atendam à descrição da sigla SMART (em inglês, específica, mensurável, alcançável, realista, com prazo determinado), as quais são revisadas continuamente e ajustadas quando necessário (Rockwood et al., 1997). Essas metas são estabelecidas de maneira colaborativa, de acordo com as necessidades identificadas pelo paciente; e esse processo é baseado na formulação ou entendimento da capacidade intrínseca do indivíduo, de seus pontos fortes e dificuldades, considerando os fatores cognitivos, comportamentais, emocionais, relacionais e ambientais para o qual intenta melhoria (Locke & Latham, 2002).

A revisão sistemática publicada por Bahar-Fuchs et al. (2013) analisou as intervenções de reabilitação cognitiva e sua eficácia no tratamento da doença de Alzheimer leve, considerando resultados cognitivos e não cognitivos relevantes para pessoas com demência. Dados de ensaio único de alta qualidade forneceram resultados preliminares positivos quanto ao uso de reabilitação cognitiva individual contextualizada, com ênfase no estabelecimento de metas colaborativas para melhorar a competência autoavaliada e a satisfação com atividades pessoalmente significativas da vida diária. Os autores limitaram, porém, o estudo destacando a necessidade de que os pesquisadores descrevam e classifiquem adequadamente suas intervenções, utilizando a terminologia disponível, além de enfatizar a importância de mais ensaios para reforçar os resultados promissores observados.

A reabilitação cognitiva, como um tratamento alternativo não farmacológico e complementar, demonstra, à extensão dos últimos anos, eficácia nas intervenções realizadas junto aos pacientes com a Doença de Alzheimer em estágios de leve a moderado, contudo é necessário verificar de que modo esse tratamento é realizado com recorrência, quais ferramentas estão sendo utilizadas e que benefícios potenciais são passíveis de ser confirmados por intermédio dessas intervenções. Neste sentido, surge a necessidade de reunir, em única pesquisa, os resultados dos tratamentos realizados por via reabilitação cognitiva junto aos pacientes com DA. Este fator motiva a realização deste estudo, visando contribuir com a comunidade científica em trabalhos futuros sobre a eficácia da RC como um tratamento alternativo e complementar, uma vez que a RC é um modelo não farmacológico de intervenção que tem potencial para contribuir positivamente na saúde da população assintomática, mas que denota biomarcadores da doença de Alzheimer, e também junto aos pacientes que já estão no estágio clínico inicial, leve ou moderado da patologia. Portanto, com amparo no que foi exposto, suscitou-se a seguinte indagação: De que maneira a reabilitação cognitiva auxilia no tratamento das pessoas acometidas pela DA e quais melhorias foram alcançadas com suporte nessa intervenção?

O objetivo dessa revisão sistemática, por conseguinte, é coletar as informações disponíveis sobre a eficácia da reabilitação cognitiva no tratamento dos pacientes com DA nos estágios pré-clínico e inicial, quando não há manifestação clara dos sintomas, mas há biomarcadores, até o estágio leve e moderado; analisar e registrar as intervenções realizadas com suporte nesse modelo de intervenção para os pacientes com DA; descrever os aspectos importantes das intervenções realizadas; e verificar se existem melhorias significativas nas intervenções operadas com base na RC para o tratamento das pessoas com a doença de Alzheimer.

Metodologia

Essa pesquisa é uma revisão sistemática, a que se propõe investigar e organizar, estruturadamente, os resultados das evidências e estratégias sobre uma intervenção específica "[...] mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada" (Sampaio & Mancini,

2007, p.84). Com efeito, esta modalidade investigativa enseja incorporar um espectro maior de resultados relevantes, avaliá-los criticamente e comparar a eficácia entre estes. Isso torna viável responder à pergunta deste estudo: - De que maneira a reabilitação cognitiva auxilia no tratamento de pessoas acometidas pela DA, e quais melhorias foram alcançadas com suporte nessa intervenção?

Para o alcance de tal proposta, este estudo segue as orientações do protocolo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), que oferece maior padronização e entendimento para revisões sistemáticas (Hutton et al., 2016; Liberati et al., 2009), além de adotar a ferramenta Cochrane Risk of Bias Tool for Randomized Trials (RoB 2) para avaliação de viés. A colaboração Cochrane fornece uma visão geral do risco de viés em um estudo, permitindo que os revisores sistemáticos decidam se os resultados podem ser considerados confiáveis (Higgins et al., 2011).

O protocolo PRISMA consiste em uma lista de verificação composta por 27 itens e um diagrama de fluxo, dividido em quatro fases: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão (Liberati et al., 2009). De acordo com os autores supracitados, o protocolo PRISMA, por ser uma evolução da diretriz original do QUOROM (*Quality of Reporting of Meta-analysis*) - diretriz de relato publicada em 1999 - possui itens considerados essenciais para as revisões sistemáticas de avaliações de intervenções na área da saúde, no entanto, em decorrência de especificidades destas distintas áreas, existem questões adaptáveis ao contexto do estudo a ser realizado.

Sob amparo dos resultados obtidos, para melhor sistematizar e organizar os dados coletados, as seguintes informações são incluídas em tabelas: tipo de pesquisa realizada, autores, base e ano da publicação, amostra, estágio da doença, uso de fármacos, técnicas de intervenções utilizadas e o período submetido à intervenção, variáveis mensuradas e os resultados obtidos (conforme expresso na tabela suplementar 1).

Fonte de dados e pesquisa

O levantamento científico foi realizado no período de junho a agosto de 2020, nas seguintes bases de dados: Pepsic; Pubmed; PsycINFO; Lilacs (BVS); Medline (BVS); Scielo; e Scopus (Elsevier) (Ver Figura 1 - Desenho do estudo e seleção dos artigos).

Quanto aos descritores da pesquisa, de acordo com os dados disponíveis no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), foram utilizadas as seguintes palavras-chaves, compondo as seguintes strings, com acompanhamento do operador booleano "AND": "Alzheimer" AND "reabilitação cognitiva", cujas expressões em inglês correspondente utilizado foi: "Alzheimer's" AND "cognitive rehabilitation".

Em todas as bases de dados, foi acrescentado um filtro para delimitação das pesquisas realizadas, referente ao ano e linguagem publicada. As pesquisas selecionadas foram dos "últimos cinco anos" (2015 - 2020) e, no concernente à linguagem, apenas as pesquisas publicadas em português, inglês, espanhol e francês. A análise e seleção dos artigos, bem como os demais processos desta revisão, foram guiados pelos objetivos da pesquisa e realizados com base nos critérios mencionados e estabelecidos em comum acordo entre os autores desta revisão, sem conflitos, incluindo a relevância do tema e a aderência aos critérios de elegibilidade definidos.

Critérios de elegibilidade

A sequência de inclusão deste trabalho se deu, primeiramente, com procedência na análise dos resumos dos artigos selecionados a partir destes pontos: 1) desenho do estudo: estudos experimentais e quase-experimentais que abordam a reabilitação cognitiva como tratamento alternativo e/ou complementar para a Doença de Alzheimer; 2) clareza nos objetivos: aderência ao objetivo principal desta revisão; 3) resultados mensuráveis: pesquisas que abordem as eficácias da intervenção realizada a partir da RC; 4) participantes diagnosticados com DA desde o estágio inicial ou

leve até o estágio moderado; 5) e pesquisas realizadas de 2015 a 2020, publicadas nas línguas: portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa (a critério autoral);

Foram excluídos estudos que possuem maior foco em outros tipos de demência, como demência vascular (DV), demência frontotemporal (DFT), demência com corpos de Lewy e o comprometimento cognitivo leve (MCI); estudos que não esclareciam as intervenções realizadas a partir da RC para os pacientes com DA; metanálises ou revisões; pesquisas não experimentais; estudos cujo texto completo não estava disponível, foi negado ou apresentava acesso limitado; estudos não randomizados e estudos observacionais.

Avaliação do risco de viés nos estudos incluídos

A avaliação do risco de viés foi conduzida pela autora principal desta revisão, sob concordância da segunda autora, utilizando a ferramenta Cochrane Risk of Bias Tool for Randomized Trials (RoB 2) (Higgins et al., 2011). Essa ferramenta é amplamente empregada em revisões sistemáticas para assegurar a qualidade e a confiabilidade dos resultados dos ensaios clínicos incluídos. O processo avaliativo considerou os cinco domínios da ferramenta: processo de randomização, desvios das intervenções pretendidas, dados faltantes dos desfechos, mensuração dos desfechos e seleção dos resultados reportados, bem como suas categorias de risco: baixo risco, algumas preocupações e alto risco. Não houve conflito entre as autoras.

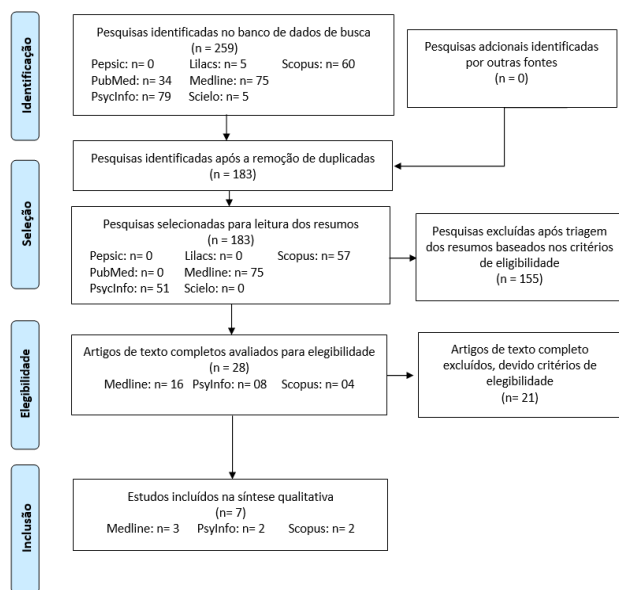
Resultados

Análise bibliométrica

Com base no protocolo de revisão PRISMA, e por intermédios das palavras-chave definidas, foram identificados 259 artigos, publicados de 2015 a 2020, distribuídos em sete bases de dados de pesquisa, conforme ilustrado na Figura 1. As bases de dados com o maior número de publicações foram PsycINFO (n = 79), Medline (n = 75) e Scopus (n =

60). Seguindo o protocolo, após a exclusão de duplicatas, restaram 184 artigos. Depois da triagem dos resumos, de acordo com os critérios de elegibilidade, 28 artigos foram selecionados para leitura integral. Desses, sete estudos foram incluídos na síntese qualitativa por atenderem aos critérios de elegibilidade desta revisão, conforme mostra a figura 1.

Figura 1. Desenho do estudo e seleção dos artigos



Todas as pesquisas selecionadas configuram estudos estrangeiros publicados nas seguintes revistas internacionais: *Cognitive Systems Research*, *International Psychogeriatrics*, *Irish Journal of Psychological Medicine*, *Journal Aging & Mental Health*, *Journal of Alzheimer's Disease*, *Journal of Physical Therapy Science*, *Neuropsychological Rehabilitation*. Quanto aos laboratórios de pesquisa ou departamentos ocupados pelos principais autores dos artigos científicos selecionados, encontram-se o departamento de psicologia (2), departamento de terapia ocupacional (1), laboratório de estatísticas epidemiológicas (1), centro de doenças neurodegenerativas (1), departamento de neurologia (1) e um não especificado (1).

Neste contexto, apenas dois artigos citam os profissionais que conduziram a intervenção: no estudo de Amieva et al. (2016), a equipe foi composta por um grupo multidisciplinar (neurologistas, psicólogos, psiquiatras, geriatras, bioestatísticos, e pesquisadores) e recorreu, como critério para aplicação

das intervenções, a psicólogos com pelo menos três anos de experiência no campo da demência; já na pesquisa de Øksnebjerg et al. (2020), todas as atividades foram conduzidas por um neuropsicólogo clínico e dois neuropsicólogos, exceto em um grupo de intervenção no qual o neuropsicólogo obteve auxílio de uma enfermeira especializada no campo de demências.

Análise das pesquisas

A análise foi conduzida por meio de um procedimento sistemático, de acordo com o protocolo PRISMA, no qual os dados encontrados em cada artigo foram extraídos e organizados manualmente - foi criada a Tabela Suplementar 1 (ver apêndice) - compondo as seguintes categorias: autor(es), amostra, déficit alvo, intervenção, variáveis mensuradas e resultados. Além disso, foram incluídas informações adicionais encontradas, como número de participantes, faixa etária, critérios utilizados para o estudo, estágio da doença, condições para a intervenção, instrumentos de avaliação, técnicas utilizadas, período de tratamento e os resultados obtidos por meio da reabilitação cognitiva. Essa padronização possibilitou a categorização uniforme dos achados, facilitando a comparação entre os estudos e, consequentemente, a análise dos dados.

O exame dos sete artigos revelou um panorama variado em relação ao risco de viés. Alguns estudos apresentaram uma metodologia sólida, com rigorosos controles e abordagens bem estabelecidas para minimizar potenciais vieses, como o estudo de Amieva et al. (2016), enquanto outros demonstram limitações que comprometeram as conclusões, como o estudo de Brunelle-Hamann et al (2015).

Discussão

A literatura disponível para o descritor “doença de Alzheimer’s” é extensa, conforme demonstraram os resultados obtidos nas bases de dados durante a coleta. Ao combinar, contudo, esse descritor com a palavra-chave “reabilitação cognitiva”, o número de publicações reduziu de maneira expressiva, resultando em 259 pesquisas publicadas de 2015 a 2020. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, esse quantitativo foi ainda mais reduzido, chegando a sete artigos selecionados para esta

revisão, de acordo com os critérios de elegibilidade. Essa redução é explicável pelo fato de o tratamento medicamentoso ser o principal método adotado para a doença de Alzheimer, enquanto intervenções complementares e/ou alternativas, como a reabilitação cognitiva, são menos exploradas.

Nesse contexto, observam-se os critérios utilizados na amostragem. Todos os artigos selecionados nesta revisão adotaram como critério de inclusão pacientes com DA, cujo estágio da doença variaram conforme a pesquisa, abrangendo desde o estágio inicial até o moderado. Somente, entretanto, os estudos de Amieva et al. (2016), Kelly et al. (2019), Kim (2015) e Øksnebjerg et al. (2020) submeteram os participantes, como critério de inclusão na intervenção, à realização do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com pontuações variando entre 16 e 26 pontos.

Em princípio, foi possível notar que os estudos selecionados tiveram mais foco nos objetivos e metas individuais dos participantes relacionados às atividades diárias, do que nos processos cognitivos que são afetados pela DA, como a linguagem, memória, orientação e atenção. Esse fato está de acordo com a definição de Clare (2017) e García-Alberca (2015) para a reabilitação cognitiva, pois eles assinalam que essa abordagem é individualizada e orientada para objetivos específicos com foco na resolução de problemas, visando a reduzir a deficiência funcional e maximizar a participação social, em virtude de envolver os pacientes, os cuidadores e os profissionais da saúde para identificar as metas individuais e implantar estratégias para alcançá-los, utilizando várias ferramentas de intervenção. Todas as pesquisas selecionadas para esta revisão focaram em pelo menos uma meta individual para o paciente, estabelecida junto à família ou cuidadores.

Desse modo, cita-se a pesquisa de Kelly et al. (2019), que descreve de maneira detalhada os objetivos dos participantes, definidos por meio de avaliações. As metas eram significativas e refletiam as áreas que estavam a causar dificuldades aos pacientes. Em seguida, os autores apontaram as ferramentas utilizadas para alcance dos objetivos. Em um caso mencionado, a necessidade alvo era reaprender a utilizar o telefone. A proposta de

intervenção consistiu em dividir a tarefa em cinco etapas: 1) ir ao telefone; 2) encontrar o número na agenda; 3) pegar o telefone; 4) discar; 5) desligar o telefone. Solicitações verbais e por meio de gestos foram fornecidas entre todas as etapas, e também foi adotado o encadeamento reverso. O estudo apontou melhoras no desempenho das metas. Cinco pesquisas desta revisão apontam melhorias funcionais nas atividades de vida diária para os participantes. Um dos estudos, que não apresenta essa melhoria específica, justifica o fato ao tamanho da amostra e a possível falta de generalização entre o ambiente da terapia e a vida real (Ochmann et al., 2017).

Nestas circunstâncias, no que se refere a análise dos resultados das pesquisas, cinco estudos apontam melhorias significativas. Uma delas tem uma amostra expressiva - estudo randomizado executado por Amieva et al. (2016) elaborado com 653 participantes, acompanhado em um período de 24 meses. Neste estudo, houve sessões de manutenção por 21 meses após três meses de sessões individuais, e os resultados mostraram que a RC em comparação ao treinamento cognitivo, à terapia de reminiscência e ao grupo controle, atrasou em até seis meses a institucionalização (no período de dois anos), além de apresentar menor declínio funcional.

Quanto aos desfechos dos artigos que incluíam variáveis cognitivas, evidenciam-se as melhorias nas atividades diárias relatadas no estudo de Gao (2019). O autor elaborou a pesquisa de acordo com as necessidades reais dos usuários e apresentou como objetivo funções cognitivas, como a memória, poder de computação atencional, habilidade de recordação, habilidade de linguagem e imitação estrutural.

Outra variável que chama atenção diz respeito a qualidade de vida dos pacientes. Kelly et al. (2019), afirmam que um dos objetivos da RC é deixar que as pessoas em declínio cognitivo progressivo alcancem ótimos níveis de bem-estar, melhorando e promovendo o desempenho dos pacientes em metas pessoalmente significantes. Todas as pesquisas que compõem essa revisão (Ver tabela suplementar 1) exprimiram resultados favoráveis na qualidade de vida dos pacientes com DA após a intervenção.

Quanto às intervenções, variadas técnicas foram utilizadas (N= 24) e sete estudos trabalharam com metas individuais baseadas nas necessidades

alvo dos pacientes (*goal-oriented*). No estudo de Kelly et al. (2019), dentre as metas, encontram-se: ligações telefônicas, recordação de rostos, nomes e números, e uso do aparelho celular; os resultados demonstraram uma relação funcional entre a RC e melhorias na qualidade de vida e no desempenho das metas dos participantes.

Tabela 1. *Frequência dos instrumentos utilizados*

Intervenção	Nº
Aplicativo ReACT (Reabilitação na doença de Alzheimer usando Tecnologia de Suporte Cognitivo)	1
Aprendizagem sem erros (ELL)	2
Autogerenciamento	1
Codificação baseada em ação	1
Elaboração verbal de informações	1
Encorajamento verbal	1
Estratégias de compensação	2
Implementação de atividades agradáveis	1
Instrução direta e ensino de precisão	1
Intervenção de controle ativo	1
Intervenção individualizada com foco em objetivos pessoalmente significativos (definição de metas)	7
Orientação de tempo e lugar	1
Prática específica em tarefas, incluindo fluência fonêmica e semântica	1
Programa CORDIAL	1
Psicoeducação	1
Reabilitação baseada em evidências	1
Recuperação espaçada	2
Recursos externos de memória	1
Técnicas para gerenciamento de estresse	1
Trabalho biográfico	1
Treinamento cognitivo	2
Treinamento cognitivo virtual baseado em computador (faz-se uso de jogos de quebra-cabeça)	1
Treinamento de habilidades de enfrentamento	1
Treinamento repetitivo por meio de papel e lápis	1
Total geral de instrumentos utilizados: 24	

Dois estudos chamam atenção com a ferramenta de definição de metas utilizada: a pesquisa de Ochmann et al. (2017), que realiza a intervenção por meio do programa CORDIAL e o estudo de Øksnebjerg et al. (2020), empregando a entrevista estruturada *Bangor Goal Setting Interview* (BGSi) para a definição de metas e avaliação dos objetivos pessoais dos intervenientes.

O programa CORDIAL é um conjunto de intervenções que contém seis módulos e abrange um período de 12 semanas. Os módulos são descritos de maneira resumida na pesquisa, conforme citam os autores: 1) identificação das necessidades (problemas individuais); 2) introdução de rotinas estruturadas de acordo com as atividades diárias (definição de objetivos pessoais); 3) recursos externos de memória, por exemplo, listas ou calendários; 4) implementação de atividades significativas que produzam satisfação; 5) trabalho biográfico (reminiscência); e 6) avaliação das metas alcançadas e planos individuais para o futuro (Ochmann et al., 2017).

Já a entrevista para definição de metas, de Bangor (BGSi), é uma ferramenta desenvolvida em um estudo dirigido por Clare et al. (2012) que fornece uma estrutura para a definição de metas. Segundo a autora, constitui um método clínico para medir o desempenho de maneira padronizada, apesar dos distintos objetivos individuais, baseada na teoria social cognitiva da mudança de comportamento e na entrevista motivacional (Bandura, 2004; Clare et al., 2012; Hurn et al., 2006; Rollnick et al., 2010). Esse formato de entrevista enseja que os pesquisadores selecionem quais áreas dos comportamentos serão relevantes para a proposta do estudo, e o participante é incentivado a selecionar as metas individuais a serem abordadas durante o programa de RC. O número de metas alterna de acordo com os critérios da pesquisa (Øksnebjerg et al., 2020).

Segundo Clare et al. (2012), a entrevista de Bangor possui três fases: 1) com procedência nas áreas selecionadas, suscitam-se aspectos que auxiliem na formação da base para estabelecer as metas comportamentais. Nessa fase, os participantes avaliam a importância de realizar mudanças nessas áreas em uma escala de 0 a 10 (Øksnebjerg et al., 2020); 2) na segunda fase, as metas comportamentais serão estabelecidas em conformidade com os princípios SMART

(específica, mensurável, alcançável, realista, com prazo determinado) (Rockwood et al., 1997); 3) corresponde à avaliação e a satisfação do desempenho atual também em uma escala de 0 a 10 para cada objetivo especificado (Øksnebjerg et al., 2020).

Do mesmo modo, é relevante mencionar as intervenções que recorriam à aprendizagem sem erros e a recuperação espaçada para auxiliar os pacientes com DA na reaprendizagem das atividades da vida diária. Embora os estudos que relatam o uso dessas técnicas não as conceituem, eles apresentam desfechos positivos. Um exemplo é a pesquisa de Brunelle-Hamann et al. (2015), que aplicou ambas as técnicas e observou que os participantes submetidos à intervenção conseguiram manter ganhos na realização das atividades de vida diária por três meses. De modo similar, o estudo de Amieva et al. (2016) também expressou bons resultados: os autores conduziram um programa de RC em sessões individuais, nas quais o psicólogo treinava uma atividade específica, utilizando a ferramenta de aprendizagem sem erros.

Outra técnica utilizada no programa de reabilitação cognitiva nesta revisão diz respeito às estratégias compensatórias, que consistem em intervenções neuropsicológicas destinadas a reorganizar as funções psicológicas (Barbosa & Martin, 2012). Os estudos de Kim (2015) e Øksnebjerg et al. (2020) relataram a utilização dessa metodologia e expressaram bons resultados. O uso de métodos compensatórios promove maior autonomia e mais qualidade de vida por um maior período (Barbosa & Martin, 2012). Geralmente, essas estratégias são mais eficazes na recuperação mnésica, e incluem ajudas internas (como técnicas de associação visuo-espacial na recordação) e externas (blocos de nota, diário, listas eletrônicas) (Barbosa & Martin, 2012).

Observou-se que dois estudos realizaram o treinamento com ferramentas tecnológicas (tecnologia assistida). Em um desses trabalhos, a intervenção foi mista, ou seja, além de ferramentas tecnológicas, os pesquisadores aderiram a outros métodos de intervenção. No caso da pesquisa de Gao (2019), a abordagem utilizada é 100% tecnológica. Nessa pesquisa, o autor se baseia no conceito de interação humano-computador (aproximação da ciência tecnológica a ciência cognitiva) e utiliza um jogo de quebra-cabeça para orientação e melhora da função cognitiva, além de avaliar atividades da vida diária, qualidade de vida e

sintomas depressivos, objetivando fornecer reabilitação diária aos pacientes com DA (Gao, 2019). O autor defende o argumento de que o uso do jogo formado pela função auxiliar da interface do homem-máquina é simples e atende as necessidades diárias dos pacientes, uma vez que o projeto é feito de acordo com os objetivos alvo dos participantes. O sistema de treinamento incluiu quatro módulos (interação humano-computador, controle de simulação, ambiente virtual e avaliação de desempenho de treinamento) e os resultados apontam que a pontuação média do jogo após a intervenção foi maior, fornecendo medidas de melhoria diária para os pacientes (Gao, 2019).

No que se refere ao tamanho das amostras, somente o estudo de Ochmann et al. (2017) julga não ter alcançado os resultados esperados em decorrência da limitação no número de participantes. O experimento contou com oito pessoas no grupo de intervenção e oito no grupo controle (N = 16). O tamanho da amostra na RC é um fator passível ou não de causar interferências nos resultados, dependendo das técnicas utilizadas e do modo em que a intervenção foi conduzida, pois, uma vez que a RC conforma uma abordagem individualizada, torna-se difícil determinar se os resultados decorrem do formato individual ou do conteúdo das próprias intervenções (Amieva et al., 2016).

Outro ponto relevante a ser mencionado diz respeito ao uso de fármacos. Um artigo (Brunelle-Hamann et al., 2015) optou por não incluir pacientes que faziam qualquer uso de medicamentos. Em três estudos (Amieva et al., 2016; Ochmann et al., 2017; Øksnebjerg et al., 2020), os participantes estavam medicados, enquanto em outras três pesquisas (Gao, 2019; Kelly et al., 2019; Kim, 2015), o uso de medicamentos durante a intervenção não foi mencionado. O estudo de Øksnebjerg et al. (2020), no qual os participantes estavam estabilizados com medicamentos antidemência ou antidepressivos por pelo menos um mês antes da RC, aponta melhorias significativas quanto ao desempenho funcional e na satisfação com o alcance de metas, no entanto, não há menção acerca de como a medicação foi capaz de auxiliar ou não na intervenção.

No que diz respeito à duração das intervenções, percebe-se uma variabilidade de tempo, seguindo de dois a quatro meses, com frequência média de um encontro semanal e 60 minutos por

sessão. Válido é inferir-se que, de acordo com as análises, o aspecto tempo não foi determinante para os resultados, uma vez que o estudo de Brunelle-Hamann et al. (2015) apontou nos resultados que é possível para pacientes com DA reaprender atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) significativas e manter esses ganhos por um período de até três meses. Neste estudo, as sessões ocorreram semanalmente durante um mês, com duas sessões semanais de 45 a 60 minutos cada uma.

As descobertas desta revisão aproximam-se da pesquisa de Bahar-Fuchs et al. (2013), que analisou a eficácia da reabilitação cognitiva (RC) no tratamento da demência de Alzheimer leve. Embora a qualidade geral dos ensaios tenha exibido alto risco de viés, o estudo demonstrou que a RC é uma intervenção eficaz. Similarmente à revisão de Bahar-Fuchs et al. (2013), evidencia-se neste ensaio que a qualidade das evidências precisa melhorar.

Quanto à qualidade geral dos estudos incluídos nesta revisão, também se observou uma prevalência de alto risco de viés, como no estudo de Ochmann et al. (2017), que denota um risco de viés de moderado a alto, principalmente devido à falta de clareza na randomização, das diferenças basais entre os grupos e da ausência de cegamento completo. Ao analisar, no entanto, os domínios da pesquisa de Amieva et al. (2016), o risco de viés é classificado como baixo nos domínios de randomização, dados faltantes e mensuração de desfechos, evidenciando a qualidade do estudo por meio dos resultados como menor deficiência funcional e um atraso de seis meses na institucionalização.

Outro fator que chama atenção na revisão sistemática ora sob relato é a falta de menção a pesquisas publicadas em periódicos científicos brasileiros sobre as intervenções que recorrem à reabilitação cognitiva em pacientes de DA. Os estudos encontrados, em sua maioria, foram publicados originalmente na língua inglesa e procedem de universidades e departamentos localizados em países como França, China, Canadá, Irlanda, Coreia, Alemanha e Dinamarca. Essa predominância internacional destaca a necessidade de investigações locais, considerando as especificidades da população brasileira.

Considerações Finais

Ante os objetivos desta revisão e dos desfechos exibidos, evidencia-se uma série de es-

estratégias empregadas, por meio da reabilitação cognitiva, para facilitar a aprendizagem e a reaprendizagem de determinadas atividades da vida diária dos pacientes com doença de Alzheimer. Entre essas estratégias, destacam-se a definição de metas (*goal-oriented*), a aprendizagem sem erros, a recuperação espaçada e o uso da tecnologia assistida. A definição de metas, por exemplo, demonstrou ser uma ferramenta eficaz da RC, pois, ao não padronizar o tratamento, concede oportunidade à adaptação das intervenções às necessidades individuais de cada sujeito, reforçando o engajamento no tratamento e na aprendizagem, assim, apontando melhorias significativas na maioria dos estudos revisados. Ressalta-se, contudo, a necessidade de maior detalhamento sobre o nível de viés de cada um dos estudos analisados, um aspecto nem passível de ser explorado em futuras pesquisas para avaliar a qualidade metodológica dos artigos incluídos nesta revisão.

Os artigos evidenciaram que a RC é orientada às necessidades alvo do paciente, predominando, portanto, o formato individual, focada em objetivos e funcionalidade diária, aspectos característicos dessa abordagem. De tal maneira, com suporte na análise dos resultados obtidos nos estudos, resulta verdadeiro inferir-se que a RC contribui de modo satisfatório no tratamento funcional e na qualidade de vida dos pacientes acometidos pela DA em estágio de inicial a moderado, ainda que, em alguns casos, de maneira parcial.

Em expressas circunstâncias, propõe-se aos pesquisadores deste campo que descrevam sobre quais défices da vida diária (AIVDs), de acordo com a meta individual dos pacientes, as intervenções foram direcionadas, pois, em parte, os estudos selecionados não citaram esses dados; tal fato interfere na compreensão e análise dos resultados, uma vez que fica desconhecido quais os défices das AIVDs foram trabalhados no tratamento e quais apontaram melhorias. É necessário, também, que justifiquem o motivo pelo qual optaram por determinadas técnicas nas intervenções, para que, conforme os resultados, demais pesquisadores repliquem a metodologia utilizada, além de facilitar a compreensão dos desfechos das pesquisas.

Outro ponto que cumpre ressaltar diz respeito aos profissionais de Psicologia envolvidos na intervenção. Poucos estudos mencionam quem

conduziu as técnicas, mas, dentre as pesquisas que registraram tal aspecto, é notória a participação de psicólogos, neuropsicólogos e neuropsicólogo clínico. Esse fato dá abertura para que mais profissionais da psicologia se envolvam no campo da RC e na saúde dos idosos.

Nessa contextura, impende mencionar as limitações desta revisão, pois se nota, nos últimos anos, um número reduzido de publicações de ensaios clínicos randomizados que se utilizam da reabilitação cognitiva, especificamente, para pacientes com DA sem comorbidades ou doenças concomitantes. Em assim ocorrendo, tal fator impede que melhor sejam compreendidas as especificidades das intervenções e técnicas utilizadas em sintomas específicos da DA.

Referências

- Alzheimer's Disease International (ADI). (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia. Alzheimer's Disease International (ADI)*.
<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>
- *Amieva, H., Robert, P. H., Grandoulier, A.-S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M.-E., Lavallart, B., Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Touchon, J., Chêne, G., & Dartigues, J.-F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: The ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 707-717.
<https://doi.org/10.1017/S1041610215001830>
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(6), CD003260.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260.pub2>
- Ballard, C., Khan, Z., Clack, H., & Corbett, A. (2011). Nonpharmacological treatment of Alzheimer disease. *Canadian Journal of Psychiatry: Revue Canadienne de Psychiatrie*, 56(10), 589-595.
<https://doi.org/10.1177/070674371105601004>
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31, 143-164.
<https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Barbosa, C. M. O., & Martin, J. I. G. (2012). Ajudas externas à memória na intervenção em pessoas idosas com comprometimento mnésico.

- Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 320-329.
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000200014>
- Bird, T. D. (1998). Alzheimer Disease Overview. In Adam, M. P., Feldman, J., Mirzaa, G.M., Pagon, R.A., Wallace, S.E., & Amemiya, A. (Eds.). *GeneReviews® [Internet]*. University of Washington, Seattle. Recuperado em 26 de junho de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1161/>
- *Brunelle-Hamann, L., Thivierge, S., & Simard, M. (2015). Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(5), 677-707.
<https://doi.org/10.1080/09602011.2014.964731>
- Castro, A., & Camargo, B. V. (2017). Representações sociais da velhice e do envelhecimento na era digital: revisão da literatura. *Psicologia em Revista*, 23(3), 882-900.
<https://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n3p882-900>
- Chen, Y., Fu, A. K., & Ip, N. Y. (2018). Synaptic dysfunction in Alzheimer's disease: Mechanisms and therapeutic strategies. *Pharmacology & Therapeutics*, (195), 186-198.
<https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2018.11.006>
- Clare, L., Kudlicka, A., Oyebode, J. R., Jones, R. W., Bayer, A., Leroi, I., Kopelman, M., James, I. A., Culverwell, A., Pool, J., Brand, A., Henderson, C., Hoare, Z., Knapp, M., Morgan-Trimmer, S., Burns, A., Corbett, A., Whitaker, R., & Woods, B. (2019). Goal-oriented cognitive rehabilitation for early-stage Alzheimer's and related dementias: the GREAT RCT. *Health Technology Assessment*, 23(10).
<https://doi.org/10.3310/hta23100>
- Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: A practical framework of positive support. *Plos Medicine*, 14(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002245>
- Clare, L., Hindle, J. V., Jones, I. R., Thom, J. M., Nelis, S. M., Hounsborne, B., & Whitaker, C. J. (2012). The AgeWell study of behavior change to promote health and wellbeing in later life: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13(1), 115. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-115>
- Crous-Bou, M., Minguillón, C., Gramunt, N., & Molinuevo, J. C. (2017). Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. *Alzheimer's Research & Therapy*, 9(71). <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0297-z>
- Freitas, M. C., Campos, T. D., & Gil, C. A. (2017). Expectativas e concepções de trabalho na velhice em homens na meia-idade. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 8(2), 43-64.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072017000200004&lng=pt&tlng=pt
- *Gao, Y. (2019). Cognitive guidance and improvement of Alzheimer's disease patients based on human-computer interaction design. *Cognitive Systems Research*, (56), 192-202.
<https://doi.org/10.1016/j.cogsys.2018.12.006>
- García-Alberca, J. M. (2015). Cognitive intervention therapy as treatment for behaviour disorders in Alzheimer disease: Evidence on efficacy and neurobiological correlations. *Neurologia*, 30(1), 8-15.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.10.002>
- Gatti, A. L., Witter, C., Gil, C. A., & Vitorino, S. S. (2015). Pesquisa Qualitativa: Grupo Focal e Intervenções Psicológicas com Idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 20-39.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703002382013>
- Graham, W. V., Bonito-Oliva, A., & Sakmar, T. P. (2017). Update on Alzheimer's Disease Therapy and Prevention Strategies. *Annual Review of Medicine*, 68(1), 413-430.
<https://doi.org/10.1146/annurev-med-042915-103753>
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A., Savović, J., Schulz, K., Weeks, L., & Sterne, J. A. C. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 343, d5928. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- Hurn, J., Kneebone, I., & Cropley, M. (2006). Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, (20), 756-772.
<https://doi.org/10.1177/0269215506070793>
- Hutton, B., Catalá-López, F., & Moher, D. (2016). La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Medicina Clínica*, 147(6), 262-266.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.025>
- James, B. D., & Bennett D. A. (2019). Causes and Patterns of Dementia: An Update in the Era of Redefining Alzheimer's Disease. *Annual Review of Public Health*, (40), 65-84.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043758>
- *Kelly M. E., Lawlor, B.A., Coen, R. F., Robertson, I. H., & Brennan, S. (2019). Cognitive rehabilitation for early stage Alzheimer's disease:

- a pilot study with an Irish population. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 105-119. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.23>
- *Kim, S. (2015). Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. *Journal Physical Therapy Science*, 27(2), 543-546. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.543>
- Knopman, D. S., Petersen, R. C., & Jack, C. R. (2019). A brief history of "Alzheimer disease": Multiple meanings separated by a common name. *Neurology*, 92(22), 1053-1059. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000007583>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), E1-E34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705-717. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.9.705>
- Martínez, D. B., García-Soldevilla, M. A., Santiago, A. P., & Martínez, J. T. (2019). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine*, 12(74), 4338-4346. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.012>
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34(7), 939-44. <https://doi.org/10.1212/wnl.34.7.939>
- *Ochmann, S., Dyrba, M., Grothe, M. J., Kasper, E., Webel, S., Hauenstein, K., & Teipel, S. J. (2017). Does Functional Connectivity Provide a Marker for Cognitive Rehabilitation Effects in Alzheimer's Disease? An Interventional Study'. *Journal of Alzheimer's Disease*, 57(4), 1303-1313. <https://doi.org/10.3233/JAD-160773>
- Querfurth, H. W., & LaFerla, F. M. (2010). Alzheimer's disease. *The New England Journal of Medicine*, 362(4), 329-344. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0909142>
- Rockwood, K., Joyce, B., & Stolee, P. (1997) Use of goal attainment scaling in measuring clinically important change in cognitive rehabilitation patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5), 581-588. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(97\)00014-0](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(97)00014-0)
- Rollnick, S., Butler, C. C., Kinnersley, P., Gregory, J., & Mash, B. (2010). Motivational interviewing. *The BMJ*, (340). <https://doi.org/10.1136/bmj.c1900>
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11(1), 83-89. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>
- Schneider, L. S., Mangialasche, F., Andreasen, N., Feldman, H., Giacobini, E., Jones, R., Mantua, V., Mecocci, P., Pani, L., Winblad, B., & Kivipelto, M. (2014). Clinical trials and late-stage drug development for Alzheimer's disease: an appraisal from 1984 to 2014. *Journal of Internal Medicine*, 275(3), 251-283. <https://doi.org/10.1111/joim.12191>
- Vatanabe, I. P., Manzine, P. R., & Cominetti, M. R. (2019). Historic concepts of dementia and Alzheimer's disease: From ancient times to the present. *Revue Neurologique*, 176(3), 140-147. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2019.03.004>
- World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. World Health Organization. (Suzana Gontijo, trad.). Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. (Tradução da 1ª ed.: Active ageing: a policy framework, 2002). http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- World Health Organization. (2015). *World report on Ageing and Health*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- *Øksnebjerg, L., Woods, B., Vilsen, C. R., Ruth, K., Gustafsson, M., Ringkøbing, S. P., & Waldemar, G. (2020). Self-management and cognitive rehabilitation in early stage dementia – merging methods to promote coping and adoption of assistive technology. A pilot study. *Journal of Aging & Mental Health*, 24(11), 1894-1903. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1625302>

Tabela suplementar 1. Descrição dos dados encontrados nas pesquisas

Autor	Amostra	Déficit Alvo	Intervenção	Variáveis Mensuradas	Resultados
Amieva et al. (2016).	<p>Participantes: N= 653 {N= 170 (randomizados no grupo de treinamento cognitivo), N= 172 (grupo de reminiscência), N= 157 (grupo de reabilitação cognitiva individualizado), e N= 154 (grupo controle)}. Idade: Média= 80.0 Critério: Diagnóstico de DA (utilizando critérios do NINCDS-ADRDA). Inscrição restrita a pacientes com 50 anos ou mais. Resultado do Mini Exame do Estado Mental (MMSE) entre 16 e 26. Estágio da DA: Leve a moderada. Uso de fármacos: Sim.</p>	<p>Atividades significativas (atividades da vida diária ou atividades de lazer: metas individuais dos pacientes).</p>	<p>Condição: Treinamento cognitivo (sessões de grupo), terapia de reminiscência (sessões de grupo), programa de reabilitação cognitiva individualizado (sessões individuais) e cuidados habituais (grupo controle). Instrumentos para avaliação: MMSE (Mini exame de estado mental); ADAScog (cognitive deterioration); behavioral symptoms: NPI (Neuropsychiatric Inventory); functional abilities: DAD (Disablement Assessment for Dementia); Grille d'Autonomie Gérontologique-Groupes Iso-Ressources (AGGIR); Apathy Inventory (AI); Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS); quality of life (Quality of Life – Alzheimer's Disease scale; QoL-AD); Zarit Burden Interview (ZBI-22); Resource Utilization (RUD Lite). Técnicas utilizadas: Programa feito sob medida (atividades da vida diária ou atividades de lazer) com a técnica de aprendizagem sem erros; Período: Cada programa de intervenção consistia em uma sessão semanal (duração: 1h e 30min) durante 12 semanas e sessões de manutenção realizadas a cada seis semanas durante 21 meses. Intervenção total: dois anos.</p>	<p>Deficiência cognitiva, deficiência funcional, distúrbio comportamental, apatia, qualidade de vida, depressão, sobrecarga do cuidador, institucionalização.</p>	<p>O maior efeito observado foi com a reabilitação cognitiva individualizada, que proporcionou uma modesta, mas significativa, melhoria clínica, incluindo menor deficiência funcional e um atraso de seis meses na institucionalização em dois anos. No entanto, nenhuma das três abordagens, aplicadas durante um período de 24 meses, atrasou a progressão da doença para os estágios graves, mas ressalta o foco na funcionalidade das AIVD no grupo de RC.</p>
Gao (2019).	<p>Participantes: N= 52 {N=26 (grupo experimental) e N= 26 (grupo controle)}. Idade: Não consta. Critério: Habilidades básicas de escuta, fala, compreensão e comunicação. Não ter outras comorbidades que afetem a função cerebral. Estágio da DA: Leve a moderada. Uso de fármacos: Não informa.</p>	<p>Orientação e funções cognitivas (memória, poder de computação atencional, habilidade de recordação, habilidade de linguagem e imitação estrutural), atividades de vida diária, qualidade de vida e sintomas depressivos.</p>	<p>Condição: Grupo experimental X Grupo controle. Instrumentos para avaliação: Escala de estado mental inteligente (MMSE), escala de atividade diária ADL e QoL-AD (escala de qualidade de vida na DA). Técnicas utilizadas: Projeto de acordo com as necessidades reais dos usuários (atender necessidades alvos); Sistema de treinamento de melhoria cognitiva virtual baseado em computador (faz-se uso de jogos de quebra-cabeça) que inclui quatro módulos: interação humano-computador, controle de simulação, ambiente virtual e avaliação de desempenho de treinamento. Período: Cinco sessões de uma hora por semana, durante oito semanas. Sem sessões de manutenção. Intervenção total: dois meses.</p>	<p>Atividades de vida diária, qualidade de vida, sintomas depressivos, orientação, memória, poder de computação atencional, habilidade de recordação, habilidade de linguagem e imitação estrutural.</p>	<p>Após calcular a pontuação média do jogo em três momentos, a pontuação dos pacientes após a intervenção foi maior. Aponta-se nos resultados que o jogo de quebra-cabeça baseado na interação homem-computador tem a função de guiar e melhorar a função cognitiva dos pacientes com Alzheimer fornecendo medidas de melhoria diária aos pacientes com DA.</p>

Autor	Amostra	Déficit Alvo	Intervenção	Variáveis Mensuradas	Resultados
Brunelle-Hamann et al. (2015).	<p>Participantes: N= 15 {N= 7 (grupo experimental) e N= 8 (grupo controle)}.</p> <p>Idade: Média= 80.47 anos</p> <p>Critério: Diagnóstico para DA leve ou moderada no início do estudo; ter um déficit de AIVD que poderia ser reaprendido com um programa de RC; Não fazer uso de antipsicóticos ou estarem estabilizados por três meses, e não ter outros distúrbios cognitivos.</p> <p>Estágio da DA: Leve a moderada. Uso de fármacos: Não.</p>	<p>Déficit de AIVDs (atividades instrumentais da vida diária); e 12 sintomas comportamentais e psicológicos (BPSD): delírios, alucinações, agitação/agressão, depressão/disforia, ansiedade, euforia, apatia/indiferença, desinibição, irritabilidade, comportamento motor aberrante, distúrbios do sono e alteração do apetite/alimentação.</p>	<p>Condição: Grupo experimental X Grupo controle.</p> <p>Instrumentos para avaliação: Medida Direta de Treinamento (DMT); Inventário Neuropsiquiátrico (NPI-12); Mini Mental State Examination (MMSE); Sobrecarga do cuidador (ZBI-22).</p> <p>Técnicas utilizadas: Aplicação das técnicas de memória ELL (aprendizagem sem erros) e SR (recuperação espaçada) para reaprender uma AIVD escolhida pelos pacientes com DA e seus cuidadores (por exemplo, origami, utilização de computador, controle remoto da TV, etc.)</p> <p>Período : Duas sessões semanais de 45 a 60 minutos durante quatro semanas; houve avaliação por até três meses após o término da intervenção. Intervenção total: quatro meses.</p>	<p>Desempenho nas AIVD treinadas; Função cognitiva geral, funcionamento da memória cotidiana, qualidade de vida, sintomas neuropsiquiátricos e sobrecarga do cuidador.</p>	<p>Este estudo foi o primeiro a avaliar o impacto de um programa de reabilitação cognitiva individualizada de AIVD em uma ampla gama de BPSD em pacientes com DA. Os resultados mostraram que a intervenção foi geralmente bem tolerada por pacientes com DA e cuidadores e ambos os grupos registraram uma redução significativa dos sintomas delirantes durante a segunda metade do estudo. O estudo mostra que é possível para pacientes com DA reaprender AIVDs significativas com as técnicas de ELL e SR, e manter esses ganhos em uma média de três meses.</p>
Kelly et al. (2019).	<p>Participantes: N= 3</p> <p>Idade: 60 a 85 anos</p> <p>Critério: Resultado do Mini Exame do Estado Mental (MMSE) entre 18 e 24.</p> <p>Estágio da DA: Inicial.</p> <p>Uso de fármacos: Não informa.</p>	<p>Funcionamento cognitivo (memória imediata e atrasada, visuoespacial/estrutural, linguagem, atenção), e funcionamento diário e desempenho de metas individuais (uso do telefone, reaprender nomes), humor e autoeficácia de memória.</p>	<p>Condição: Projeto de múltiplos modelos de linha de base (MBD), caso único.</p> <p>Instrumentos para avaliação: Mini Exame do Estado Mental (MMSE); A Bateria Repetível para Avaliação do Status Neuropsicológico (RBANS); Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA); Quality of Life in AD (QoL-AD); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); Escala de Avaliação de Consciência da Memória (MARS); autoavaliação do desempenho da meta e a satisfação foram medidos usando a Entrevista de Definição de Metas de Bangor (BGSI); o desempenho da meta também foi medido usando uma medida objetiva de porcentagem de respostas corretas.</p> <p>Técnicas utilizadas: Objetivos identificados por meio dos participantes para a reabilitação baseadas em evidências; encorajamento verbal; elaboração verbal de informações; codificação baseada em ação; recuperação espaçada; instrução direta e ensino de precisão; prática específica em tarefas, incluindo fluência fonêmica e semântica;</p> <p>Período : Uma sessão semanal de 60 a 90 minutos, durante oito semanas. Não houve registro de sessões manutenção após período de intervenção. Intervenção total: dois meses.</p>	<p>Meta de desempenho e satisfação, qualidade de vida, funcionamento cognitivo e diário, humor e autoeficácia de memória.</p>	<p>A análise visual dos dados de MBD demonstrou uma relação funcional entre RC e melhorias no desempenho das metas dos participantes. As avaliações subjetivas do objetivo de desempenho e satisfação aumentaram desde o início até o pós-teste para três participantes e foram mantidas no acompanhamento para dois. A linha de base para os escores de qualidade de vida pós-teste melhorou para três participantes, enquanto a função cognitiva e os escores de autoeficácia de memória melhoraram para dois. Não houve melhorias nas classificações de funcionamento diário.</p>

Autor	Amostra	Déficit Alvo	Intervenção	Variáveis Mensuradas	Resultados
Kim (2015).	<p>Participantes: N= 43 (RC: N= 22; Grupo controle: N=21). Idade: Média= RC: 70.4; GC: 71.4 Critério: Resultado no Mini Exame do Estado Mental (MMSE) acima de 18. Diagnóstico por um neurologista experiente após uma avaliação neurocognitiva completa, ressonância magnética do cérebro e exames de sangue. Excluídos se houver transtorno concomitante. Estágio da DA: Inicial Uso de fármacos: Não informa.</p>	<p>Objetivos significativos (por exemplo, manter a atenção ao cozinhar, aprender a usar o telefone celular, lembrar nomes de pessoas) indicadas pelo COPM; Metas individualizadas.</p>	<p>Condição: Grupo de reabilitação cognitiva (experimental) X grupo controle. Instrumentos para avaliação: COPM: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional; MBI: Índice de Barthel modificado; QOL-AD: Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer; Subescala de orientação do MMSE (Mini Exame de Estado Mental); Subescala de memória LOTCA-G: Avaliação Cognitiva de Terapia Ocupacional Lowenstein-geriátrica. SPSS Software 21.0 (usado para análises estatísticas). Técnicas utilizadas: Intervenção individualizada com foco em um objetivo pessoalmente significativo. Orientação de tempo e lugar (treinamento repetitivo por meio de papel e lápis, uso do calendário, notebook e telefone celular), combinando rostos e nomes, aprendendo a memória e sustentando a atenção. Estratégias de compensação, técnicas para gerenciamento de estresse. Tarefas de treinamento cognitivo. Os participantes do grupo controle receberam uma intervenção de controle ativo envolvendo conversação não estruturada e questionamentos com o examinador, bem como observando vídeos relacionados à saúde. Período: O grupo de RC participou de 8 sessões, cada uma com 60 minutos de duração (individual 30 min, grupo 30 min), um dia por semana durante 8 semanas. Os participantes do grupo controle participaram de 8 sessões, cada uma com duração de 1 hora, semanalmente. Não houve registro de sessões manutenção após período de intervenção. Intervenção total: dois meses.</p>	<p>Desempenho de ocupação e satisfação, qualidade de vida, orientação e as metas individualizadas.</p>	<p>Melhorias significativas foram observadas na classificação de desempenho e satisfação ocupacional das atividades diárias no grupo experimental. Enquanto os participantes do grupo controle não mostraram nenhuma diferença significativa em nenhum teste antes e após a intervenção. Os resultados deste estudo mostraram efeitos mais positivos na ocupação, desempenho e satisfação das metas, qualidade de vida e orientação no grupo de RC do que no GC.</p>

Autor	Amostra	Déficit Alvo	Intervenção	Variáveis Mensuradas	Resultados
Ochmann et al. (2017).	<p>Participantes: N=16 (Grupo de intervenção: N=8; Grupo controle: N=8). Idade: GI= 59-83; GC= 53-80 Critério: Os indivíduos que estavam tomando psicotrópicos precisavam estar em doses estáveis por pelo menos três meses. Os critérios de exclusão consistiram em uma história de doença neurológica ou psiquiátrica (diferente de DA) ou extensas alterações patológicas na varredura de ressonância magnética, como um tumor ou evidência de acidente vascular cerebral. Estágio da DA: Leve Uso de fármacos: Sim.</p>	Atividades de vida diária (ADL-competência).	<p>Condição: Grupo de intervenção X Grupo controle. Instrumentos para avaliação: Escala de Atividades de Vida Diária da Bayer (Bayer-ADL), Escala de Observação do Envelhecimento de Nuremberg (NSL), Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Qualidade de Vida relacionada à Saúde para pessoas com demência (DEMQOL), Scanner 3T Siemens Magnetom VERIO (Erlangen, Alemanha) com uma bobina de cabeça de 32 canais. Os participantes foram submetidos a ressonância magnética funcional (fMRI). Técnicas utilizadas: Programa CORDIAL (6 módulos); identificação de problemas individuais, definição de objetivos pessoais, trabalho biográfico, implementação de atividades agradáveis e recursos externos de memória concluídos por uma sessão de avaliação com planos individuais para o futuro. O grupo de controle recebeu treinamento cognitivo padronizado com planilhas para dever de casa e reuniões mensais. Período: Uma sessão por semana com duração de 1h ao longo de três meses. Sem sessões de manutenção. Intervenção total: três meses.</p>	Atividades de vida diária (ADL-competência), estado cognitivo e domínios não cognitivos: depressão e qualidade de vida.	O GC revelou aglomerados menores e generalizados de maior aumento da CF (conectividade funcional) em comparação com GI. Em todos os participantes, um aumento na qualidade de vida foi associado ao aumento da conectividade. A interação do grupo por tempo mostrou um maior aumento da conectividade do PCC (córtex cingulado posterior) no GI em comparação ao GC no córtex cerebelar bilateral. A RC não mostrou efeito significativo nas atividades de vida diária, possivelmente reflete falta de generalização entre o ambiente da terapia e a vida real. No entanto, o ambiente do grupo melhorou as habilidades de comunicação e também os mecanismos de enfrentamento.

Autor	Amostra	Déficit Alvo	Intervenção	Variáveis Mensuradas	Resultados
<p>Øksnebjerg et al. (2020).</p>	<p>Participantes: N= 19 Idade: 52 a 79 anos; Média= 67,5 Crítério: Diagnóstico clínico de doença de Alzheimer de acordo com os critérios do NIA-AA para provável doença de Alzheimer. Resultado no Mini Exame do Estado Mental (MMSE) igual ou superior a 23. Estabilidade dos medicamentos antedemência ou antidepressivos prescritos (doses estáveis pelo menos um mês antes do início da intervenção), e falar dinamarquês. Estágio da DA: Inicial ou leve. Uso de fármacos: Sim.</p>	<p>Objetivos individuais dos participantes voltados as atividades diárias.</p>	<p>Condição: Grupo de intervenção. Instrumentos para avaliação: Bangor Goal Setting Interview (BGSi), alcance de metas avaliado por meio de uma escala Likert de 1 a 10 (sendo 1 representando “Incapaz de realizar ou realizar tarefa” e 10 representando “Capaz de realizar ou realizar tarefa sem dificuldade”), classificação de satisfação avaliado por meio de uma escala Likert de 1 a 10 (com 1 representando “Extremamente insatisfeito com o alcance” e 10 representando “Extremamente satisfeito com o alcance”), o bem-estar relacionado à capacidade foi medido com o ICECAP-O, escala de Atividades de Vida Diária da Bayer (B-ADL), qualidade de vida relacionada à saúde foi medida pelo EQ-5D-5L, escala visual analógica (EQ-5D VAS), Mini-Mental State Examination (MMSE), Cognitive Examination ACE de Addenbrooke, testes de aprendizagem e memória visual da Bateria Repetível para a Avaliação do Status Neuropsicológico (RBANS), Teste de Modalidades de Símbolos Dígitos (SDMT), fluência verbal (número de animais e palavras começando com S por 1 min), fluência não verbal medida com o teste dos cinco pontos. Técnicas utilizadas: Entrevista de definição de metas de Bangor, aplicativo ReACT (Reabilitação na doença de Alzheimer usando Tecnologia de Suporte Cognitivo), componentes de intervenções de grupo de autogerenciamento, psicoeducação, abordagens focadas em soluções para os desafios da vida cotidiana, incluindo treinamento de habilidades de enfrentamento e compensação, tecnologia assistida. Período: Um encontro por semana por 13 semanas. Sessões individuais (3) e em grupo (10), por duas horas. Sem sessões de manutenção. Intervenção total: três meses e uma semana.</p>	<p>Objetivos individuais e abordagens de autogestão.</p>	<p>Houve melhora significativa no alcance das metas individuais dos participantes e na satisfação com o alcance das metas da pré à pós-intervenção. Os dados quantitativos confirmaram que o programa era um método aplicável para abordar objetivos individuais de reabilitação. Os resultados qualitativos também indicaram que a intervenção promoveu a conscientização, aceitação e enfrentamento entre os participantes. Os benefícios específicos de usar o aplicativo ReACT para autogerenciamento também foram enfatizados. Quarenta e dois por cento dos participantes adotaram o aplicativo e continuaram a usá-lo após a conclusão da intervenção. Não houve diferenças estatisticamente significativas nas medidas de desfecho secundário abordando o bem-estar e o nível de desempenho nas atividades de vida diária, no entanto, os dados mostraram uma tendência de aumento na autoavaliação dos participantes da qualidade de vida relacionada à saúde no final da intervenção, indicada pelo valor do Índice EQ-5D-5L (p = 0,033).</p>