RBTCC
e-ISSN: 1982-3541
Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva
ABPMC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

Reabilitação Cognitiva na Doença de Alzheimer: Uma Revisão Sistemática

Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: a Systematic Review

Rehabilitación Cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer: Una Revisión Sistemática

RESUMO: A reabilitação cognitiva (RC) é um método não farmacológico e complementar no tratamento da Doença de Alzheimer (DA), que é uma 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 entre 2015 e 2020, dos quais sete atenderam aos critérios de inclusão para esta revisão. Um total de 24 ferramentas para intervenção em RC foram identificadas, sendo 72% não tecnológicas. As sessões tiveram duração média de 1h30, realizadas semanalmente, por até três meses. Apenas dois estudos incluíram sessões de manutenção após o período de intervenção. Conclui-se que a RC tem contribuído de forma eficaz para o tratamento funcional e para a qualidade de vida de pacientes com DA em estágios 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), which is a disease 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 AD in early, mild and moderate stages, following the PRISMA protocol and the Cochrane collaboration. The research was carried out in the following databases: Pepsic, PubMed, PsycINFO, LILACS (BVS), MEDLINE (BVS), SciELO and Scopus (Elsevier). The descriptors used were: "Alzheimer's disease" AND "cognitive rehabilitation". A total of 259 articles published between 2015 and 2020 were identified, of which seven met the inclusion criteria for this review. A total of 24 tools for CR intervention were identified, 72% of which were non-technological. The sessions had an average duration of 1h30, held weekly, for up to three months. Only two studies included maintenance sessions after the intervention period. It is concluded that CR has contributed effectively 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]

[1]Universidade 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
Weydmann, G. , & Barban, M. , & Zamignani, D. & Serralta, F. B., & Pacheco, J. T. B. (2024). Reabilitação Cognitiva na Doença de Alzheimer: Uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva,* 26, 230-245.
https://doi:10.31505/rbtcc.v26i1.1606

CC BY
OPEN ACCESS
É permitida a distribuição, remixe, adaptação e criação a partir deste trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam 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), que es una 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 un total de 24 herramientas para la intervención en RC, el 72% de las cuales no fueron tecnológicas. Las sesiones tuvieron una duración promedio de 1h30, 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 ha contribuido eficazmente 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 tem despertado crescente atenção nos últimos anos, especialmente nas áreas de saúde pública e ciências sociais, devido ao 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.

Nesse cenário, questões como processo de envelhecimento saudável e diferentes formas de prevenção de diversas doenças são trazidas para o seio 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, que no ano de 2030 um número superior a 75 milhões de idosos possuam algum tipo de demência, vindo este número 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 acredita 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 *Munique 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). O termo "DA provável" foi introduzido em 1984 com a finalidade de intitular a demência amnésica progressiva adquirida e diagnosticada clinicamente para o 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 a morte dos neurônios e a 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 (Aβ) 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, trata-se de 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 presentes na maioria dos pacientes com DA (García-Alberca, 2015). Os autores Crous-Bou et al. (2017) ressaltam que o estágio inicial da DA é silencioso e assintomático, mas caracteriza-se por uma sequência de características fisiopatológicas que aparecem cerca de 20 anos antes do início dos sintomas.

As definições apresentadas pela *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; 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. No entanto, aproximadamente 95% de toda a DA é de início tardio (pessoas com idade superior a 60 e 65 anos) e o restante 5% é de início precoce (idade <60-65 anos) (Bird, 1998).

Nesse aspecto, o estabelecimento do diagnóstico da DA, segundo Bird (1998) se baseia na avaliação clínico-neuropatológica, e através do diagnóstico diferencial. De acordo com este 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 corretos de 80% a 90% das vezes e podem ser realizados com maior precisão através dos estudos dos biomarcadores que provém 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 perduram 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 apresentam formas de como 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 entre os anos de 1984 e 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 apresentar melhora na cognição e efeitos positivos claros como a capacidade funcional das pessoas afetadas.

García-Alberga (2015) aponta que existe um consenso entre pesquisadores por considerar eficazes alguns modelos de intervenção que combinam tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para pessoas com DA. Contudo, a eficácia 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-Alberga (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 concentram-se na prática guiada e personalizada de estratégias e habilidades cognitivas específicas, como memória, atenção e linguagem, por meio de exercícios repetitivos e estruturados, realizados de forma individual ou grupal. 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 restaurar ou melhorar as funções cognitivas comprometidas e ajudando o paciente a se adaptar aos déficits (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 trabalhar objetivos específicos para o paciente baseando-se em evidências, possibilitando o desempenho e funcionamento em relação as propostas estabelecidas de maneira colaborativa junto aos membros familiares (Clare, 2017; García-Alberca, 2015). Isso permite 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 que otimize sua capacidade funcional de forma que formulem objetivos significativos, realistas e potencialmente alcançáveis Clare et al. (2019). Neste sentido, o uso do termo "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, questões relacionadas a linguagem, a comunicação, a interação social e os 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, devido ao 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 buscam identificar quais áreas específicas suscitam preocupação a vida diária do paciente, no qual este gostaria de gerenciar de uma melhor maneira a fim de permitir que as metas sejam definidas (Locke & Latham, 2002).

As metas de reabilitação são expressas de uma forma que atenda à descrição da sigla SMART (em inglês, específica, mensurável, alcançável, realista, com prazo determinado), estas 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 deseja melhoria (Locke & Latham, 2002).

A revisão sistemática publicada 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 um único ensaio 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. Contudo, os autores limitaram 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 estudos para reforçar os resultados promissores observados.

A reabilitação cognitiva, como um tratamento alternativo não farmacológico e complementar, vem mostrando ao longo dos últimos anos eficá-

cia nas intervenções realizadas junto aos pacientes com a Doença de Alzheimer em estágios leve a moderado, contudo é necessário verificar de que forma esse tratamento vem sendo realizado, quais ferramentas estão sendo utilizadas e quais são os benefícios potenciais que podem ser confirmados através dessas intervenções. Neste sentido, surge a necessidade de unificar em uma única pesquisa os resultados dos tratamentos realizados via reabilitação cognitiva junto aos pacientes com DA. Este fator motiva a realização desse 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 apresenta biomarcadores da doença de Alzheimer, e também junto aos pacientes que já estão no estágio clínico inicial, leve ou moderado da patologia. Portanto, a partir do que foi exposto, levantou-se a seguinte questão: De que maneira a reabilitação cognitiva tem auxiliado no tratamento das pessoas acometidas pela DA e quais melhoras têm sido alcançadas a partir dessa intervenção?

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

Metodologia

Essa pesquisa é uma revisão sistemática, a qual de propõe investigar e organizar de forma estruturada 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). Neste sentido, este tipo de pesquisa permite 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 tem auxiliado no tratamento de pessoas acometidas pela DA, e quais melhorias têm sido alcançadas a partir dessa 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 devido a especificidades destas diferentes áreas existem questões adaptáveis ao contexto do estudo a ser realizado.

A partir 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 pode ser verificado 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* acompanhado do operador *booleano "AND"*: "Alzheimer" AND "reabilitação cognitiva", cujo termo 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 quanto a 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 dessa 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 a partir da 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 entre os anos de 2015 e 2020, publicadas nas línguas: portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa (critério dos autores);

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; meta-análise 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

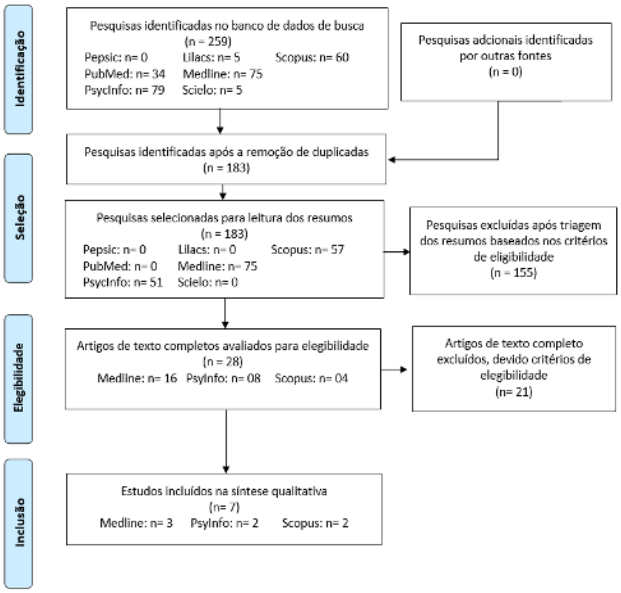
A avaliação do risco de viés foi conduzida pela autora principal desta revisão, em concordância dos demais autores, utilizando a ferramenta Cochrane Risk of Bias Tool for Randomized Trials (RoB 2) (Higgins et al., 2011). Essa ferramenta é amplamente empregada em revisões sistemáticas para assegurar a qualidade e a confiabilidade dos resultados apresentados nos 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 através das palavras-chave definidas, foram identificados 259 artigos publicados entre 2015 e 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. Após a 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 tratam-se de 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, encontra-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 utilizou como critério para aplicação das intervenções 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.

A análise dos sete artigos revelou um panorama variado em relação ao risco de viés. Alguns estudos apresentaram uma metodologia sólida, com controles rigorosos 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. Contudo, ao combinar esse descritor com a palavra-chave "reabilitação cognitiva", o número de publicações reduziu de maneira expressiva, resultando em 259 pesquisas publicadas entre os anos de 2015 e 2020. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, esse número foi ainda mais reduzido, chegando a um total de sete artigos selecionados para esta revisão, de acordo com os critérios de elegibilidade. Essa redução pode ser explicada 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, observa-se os critérios utilizados na amostragem. Todos os artigos selecionados nessa revisão adotaram como critério de inclusão pacientes com DA, cujo estágios da doença variaram conforme a pesquisa, abrangendo desde o estágio inicial até o moderado. Entretanto, apenas 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 devido a 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, uma vez que os autores supracitados afirmam que essa abordagem é individualizada e orientada para objetivos específicos com foco na resolução de problemas visando reduzir a deficiência funcional e maximizar a participação social, em virtude de envolver os pacientes, os cuidadores e os profissionais da saúde em busca de identificar as metas individuais e implantar estratégias para alcançá-los, utilizando diferentes ferramentas de intervenção. Todas as pesquisas selecionadas para esta revisão focaram em pelo menos uma meta individual para o paciente, estabelecida junto a família ou cuidadores.

Desse modo, cita-se a pesquisa de Kelly et al. (2019) que descreve de forma 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 dessa revisão apontam melhorias funcionais nas atividades de vida diária para os participantes. Um dos estudos que não apresentam 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).

Neste cenário, no que se refere a análise dos resultados das pesquisas, cinco estudos apontam melhorias significativas. Uma dessas pesquisas tem uma amostra expressiva, trata-se do estudo randomizado executado por Amieva et al. (2016) elaborado com 653 participantes, acompanhado em um período total 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 o 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 incluíram variáveis cognitivas, podem-se destacar 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 permitir que os indivíduos 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) apresentaram resultados favoráveis na qualidade de vida dos pacientes com DA após a intervenção.

Quanto às intervenções, diferentes 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 celular; os resultados demonstraram uma relação funcional entre a RC e melhorias na qualidade de vida e no desempenho das metas dos participantes.

Tabela suplementar 1. *Descrição dos dados encontrados nas pesquisas*

Autor	Amostra	Déficit Alvo	Intervenção	Variáveis Mensuradas	Resultados
Amieva et al. (2016).	**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.	Atividades significativas (atividades da vida diária ou atividades de lazer: metas individuais dos pacientes).	**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**	Deficiência cognitiva, deficiência funcional, distúrbio comportamental, apatia, qualidade de vida, depressão, sobrecarga do cuidador, institucionalização.	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.

			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.		
Gao (2019).	**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.	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.	**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	Atividades de vida diária, qualidade de vida, sintomas depressivos, orientação, memória, poder de computação atencional, habilidade de recordação, habilidade de linguagem e imitação estrutural.	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.

			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.		

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) que faz uso da 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 diária (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 que foi desenvolvida em um estudo dirigido por Clare et al. (2012) que fornece uma estrutura para o processo de definição de metas. Segundo a autora, trata-se de um método clínico para medir o desempenho de uma 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 permite 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) a partir das áreas selecionadas, levantam-se questões que auxiliem na formação da base para estabelecer as metas comportamentais. Nesta 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 utilizaram a 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 forma similar, o estudo de Amieva et al. (2016) também apresentou 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 apresentaram bons resultados. O uso de métodos compensatórios promove maior autonomia e qualidade de vida por um maior período de tempo (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. Nesta 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 que o uso do jogo for-

mado 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 devido à 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 que pode ou não causar interferências nos resultados, dependendo das técnicas utilizadas e do modo em que a intervenção foi conduzida, uma vez que a RC se trata de uma abordagem individualizada torna-se difícil determinar se os resultados são devido ao formato individual ou ao 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 pode ter auxiliado ou não na intervenção.

No que diz respeito a duração das intervenções, percebe-se uma variabilidade de tempo seguindo de dois à quatro meses com frequência média de um encontro semanal e 60 minutos por sessão. Pode-se inferir, de acordo com as análises, que 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 num período de um mês com duas sessões semanais de 45 a 60 minutos cada.

As descobertas desta revisão se aproximam 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 apresentado alto risco de viés, o estudo demonstrou que a RC é uma intervenção eficaz. De forma similar à revisão de Bahar-Fuchs et al. (2013), destaca-se neste estudo que a qualidade das evidências precisa melhorar.

Quanto à qualidade geral dos estudos incluídos nesta revisão, também observou-se uma prevalência de alto risco de viés, como no estudo de Ochmann et al. (2017), que apresenta um risco de viés moderado a alto, principalmente devido à falta de clareza na randomização, diferenças basais entre os grupos e à ausência de cegamento completo. No entanto, ao analisar os domínios da pesquisa de Amieva et al. (2016), o risco de viés pode ser 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 nesta revisão é a falta de pesquisas publicadas em revistas científicas brasileiras sobre as intervenções que utilizam a reabilitação cognitiva em pacientes de DA. Os estudos encontrados, em sua grande 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

Diante dos objetivos desta revisão e dos desfechos apresentados, evidencia-se uma série de 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, permite a adaptação das intervenções às necessidades individuais de cada sujeito, reforçando o engajamento no tratamento e na aprendizagem apontando melhorias significativas na maioria dos estudos revisados. Contudo, ressalta-se a necessidade de maior detalhamento sobre o nível de viés de cada um dos estudos analisados, um aspecto que pode ser explorado em futuras pesquisas para avaliar a qualidade metodológica dos artigos incluídos nesta revisão.

Os artigos evidenciaram que a RC é voltada às necessidades alvo do paciente, predominando, portanto, o formato individual, focada em objetivos e funcionalidade diária, aspectos característicos dessa abordagem. Dessa maneira, a partir da análise dos resultados obtidos nos estudos, pode-se inferir que a RC vem contribuindo de maneira satisfatória no tratamento funcional e na qualidade de vida dos pacientes acometidos pela DA em estágio inicial a moderado, ainda que, em alguns casos, de maneira parcial.

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

Outro aspecto que cabe 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, pode-se notar a presença 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.

Neste contexto cabe mencionar as limitações da presente revisão, nota-se, 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, tal fator impede que melhor se compreenda 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., Hounsome, 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.0000000000007583

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 metaanalyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal os 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

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

World Health Organization. (2015). *World report on Ageing and Health*. World Health Organization. birdhttps://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 Aging & Mental Health, 24*(11), 1894-1903. https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1625302