

METAMEMÓRIA: O PAPEL DA MUSICOTERAPIA NO ASSISTENCIALISMO À SAÚDE DOS IDOSOS QUE CONVIVEM COM O ALZHEIMER – REVISÃO LITERÁRIA

Gilvan Gilson de Medeiros Júnior¹
Marina Amorim de Souza²
Renan de Brito Calda³
Gabriela Reis Guimarães⁴
Isabelly Sanally Monteiro Florentino⁵

RESUMO

O Transtorno Neurocognitivo Maior, segundo o DSM 5, antes denominado de Demência, caracteriza-se pela redução da cognição significativa em relação ao seu desempenho pregresso, em um ou mais domínios: atenção complexa, função executiva, aprendizado e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social. Tal constatação necessita ter (1) relato do próprio indivíduo, conhecido ou do médico responsável de que há, de fato, declínio importante; (2) prejuízo substancial da cognição, preferencialmente documentada e; (3) interferência na independência para realização das atividades do cotidiano. No Alzheimer, necessita-se de (1) evidência de mutação genética/história familiar, (2) diminuição contínua e gradativa da cognição e, (3) exclusão de outras doenças neurodegenerativas. Seu caráter neurodegenerativo e fisiopatologia não bem estabelecida, dificulta a existência de terapêutica farmacológica curativa. Nas fases iniciais, é possível que o indivíduo tenha consciência da sua condição clínica – metamemória – e afete sua saúde mental levando a quadros de depressão. Dessa forma, evidencia a repercussão multifatorial da doença e a necessidade de adoção de práticas integrativas que envolvam o paciente com Alzheimer e atuem na sua estimulação cognitiva. A musicoterapia tem demonstrado efetividade, principalmente pela percepção musical ser uma das últimas capacidades deterioradas, constituindo uma importante ferramenta no tratamento. O presente trabalho objetiva, dentro do panorama da saúde pública, apresentar a musicoterapia como sendo pertencente às práticas integrativas de atenção à saúde, voltada à população idosa institucionalizada e portadoras de Alzheimer.

Palavras-chave: Alzheimer; Demência; Neurodegenerativo; Musicoterapia.

1. INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA), além de ser uma das causas mais comuns de demência no processo de envelhecimento é, também, uma das principais fontes de morbimortalidade para população idosa (KEENE, 2019). Com o avançar da idade, há um aumento drástico da sua incidência e prevalência, afetando principalmente o branco não-hispânico e sexo feminino (2/3 do total) – em virtude do aumento da insulina e das alterações hormonais (menopausa) (RABINOVICI, 2019).

¹ Graduando do Curso de Medicina pelo Centro Universitário UniFacisa, jm_juniormedeiros@hotmail.com

² Graduanda do Curso de Medicina pelo Centro Universitário UniFacisa, mariamorim22@gmail.com

³ Graduando do Curso de Medicina pelo Centro Universitário UniFacisa, britocaldas97@gmail.com

⁴ Graduanda do Curso de Medicina pelo Centro Universitário UniFacisa, gabi.alfoncinho@gmail.com

⁵ Psiquiatra pela Universidade Federal – PE, isabellysmflorentino@gmail.com

Decorre de um distúrbio neurodegenerativo, idiopático e que, frequentemente, manifesta-se com o comprometimento seletivo da memória, em ausência de alteração do nível de consciência, não havendo, portanto, reversibilidade (WOLK, 2019).

Em virtude de suas dimensões socioeconômicas – a debilidade e o alto grau de dependência do indivíduo para realização de suas atividades diárias – atribui-se ao quadro demencial um problema prioritário de saúde pública (JÍMENEZ-PALOMARES, 2013). Com a progressão demencial, acentuam-se as alterações comportamentais provocadas pela deterioração cognitiva, tais como: ansiedade, tristeza, frustração, apatia e irritabilidade; proporcionando o isolamento e, posteriormente, depressão (ROMERO, 2017).

Após o diagnóstico, a sobrevida média varia entre 4 e 8 anos e sofre influência multifatorial, incluindo idade no diagnóstico, sexo, presença de distúrbios psicológicos, comprometimento motor e comorbidades associadas. Estima-se, entretanto, que a sobrevida alcance até 15-20 anos (RABINOVICI, 2019).

Como ainda não se dispõe de terapia curativa, é necessário uma abordagem terapêutica interprofissional que inclua, além das intervenções farmacológicas, medidas que auxiliem a otimização cognitiva, comportamental e funcional dos indivíduos portadores de Alzheimer. Para além disso, tais medidas não farmacológicas devem, também, abarcar os cuidadores e responsáveis (JÍMENEZ-PALOMARES, 2013).

2. METODOLOGIA

Esse trabalho foi realizado através de uma revisão da literatura, com base em plataformas eletrônicas, a saber: UpToDate, PubMed, SciElo e LILACS. Foram selecionados cerca de vinte e um artigos.

Para os critérios de inclusão, foram selecionados artigos compreendidos no período dos últimos dez anos, nos idiomas inglês, espanhol e português; revisões sistemáticas de ensaios de caso controle e controlados aleatoriamente e estudos que enquadram a musicoterapia como tratamento não-farmacológico. Para critérios de exclusão, aqueles que, mesmo estando dentro do período de análise, não satisfizeram os objetivos dessa revisão.

Procedeu-se a seleção dos artigos com base na leitura dos seus resumos, excluindo aqueles que, de imediato, não satisfizeram o objetivo dessa revisão e, em seguida, realizando a leitura dos demais na íntegra.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 DOENÇA DE ALZHEIMER

O processo natural e pertencente ao ciclo da vida resulta, por fim, no envelhecimento que, ocorrendo de forma saudável ou na ausência de doença, não prejudica a capacidade funcional. Fatores como alta escolaridade, agem protegendo o indivíduo contra a demência senil – Hipótese de Reserva Cognitiva –, decorrente da alta demanda com leitura, aprendizado de outros idiomas, profissão que exija capacidade cognitiva constante (JERONIMO, 2018).

A Comissão Lancet estima que, 35% dos casos dessa patologia são atribuíveis à fatores de risco potencialmente modificáveis: (1) baixo nível de escolaridade, (2) hipertensão de meia-idade, (3) obesidade da meia-idade, (4) perda de audição, (5) depressão tardia, (6) diabetes melitus, (7) sedentarismo, (8) tabagismo e (9) isolamento social (LARSON, 2019).

Na doença do Alzheimer, por sua vez, tem-se uma condição neurodegenerativa progressiva na qual se observa o declínio de múltiplos domínios cognitivos, dentre eles perda de memória, prejuízo de linguagem e de raciocínio e, por conseguinte, da autonomia para a realização das atividades diárias (BERNARDO, 2018). O comprometimento da memória costuma ser o mais comum e manifesta-se, frequentemente, como sintoma inicial. Além disso, nas manifestações típicas da doença, outros déficits cognitivos podem estar associados: disfunção executiva, comprometimento visoespacial. Nas manifestações mais tardias, evidenciam-se déficits de linguagem e sintomas comportamentais (KEENE, 2019). Ao quadro, podem estar associados sintomas neuropsiquiátricos como: depressão, ansiedade, agitação, apatia, alucinações, alterações motoras, psicose, distúrbios de personalidade, na qualidade do sono, do apetite e na libido (ROMERO, 2017).

Caracteristicamente, o Alzheimer é uma doença da idade avançada, evolução insidiosa, ocorrendo frequentemente, após os 60 anos e aumentando sua incidência/prevalência a cada 5 anos passados aos 60, em taxa exponencial. Em apenas 1% dos casos, o quadro pode ter início precoce, cursando com sintomas atípicos (KEENE, 2019).

As opções farmacológicas para tratamento, constituem a terapêutica de primeira escolha. Visam o retardamento da progressão da doença, impedindo a deterioração cerebral, buscando preservar alguma função cognitiva e diminuir a sintomatologia, todavia, não são curativas. Em virtude disso, as estratégias devem ser individualizadas, e associadas à terapêutica não-farmacológica, como a musicoterapia (MOREIRA, 2018).

3.2 FUNÇÃO LINGUÍSTICA

A função linguística permite, dentre outras coisas, a expressividade do ser e a forma como ele é absorvido pela sociedade. De modo que, pela articulação fonética, os indivíduos expressam suas próprias percepções sobre a música no cuidado com seu responsável (SALES, 2011).

No Alzheimer, além da alteração de memória seletiva, evidenciam-se mudanças linguísticas proporcionais ao avançar da doença, afetando as habilidades de comunicação. Os déficits podem, em estágios iniciais, manifestar-se por dificuldade de acesso lexical através de alterações, ainda que discretas, fônicas e gramaticais: substituição das palavras por termos gerais, vagos e parafasia semântica (MORELLO, 2017).

Apesar de não impedir a progressiva deterioração cerebral, é importante lançar mão de tratamentos não-farmacológicos que possibilitem a manutenção da cognição e, por conseguinte, reduzam as alterações comportamentais. Intervenções neuropsicológicas que envolvam estratégias compensatórias de comunicação e adaptação às perdas permanentes, além de otimizar a capacidade cognitiva, permite a integração contínua do indivíduo no ambiente (MORELLO, 2017).

3.3 METAMEMÓRIA

O envelhecimento está atrelado ao declínio gradual de algumas funções cognitivas dependentes de processos neurológicos que, conforme o tempo avança, sofrem alterações. No que tange à memória, na ausência de doença, não há comprometimento autonômico do idoso. Entretanto, os subsistemas de memória sofrem discrepantes formas em como são afetadas: a memória explícita – armazenamento de fatos –, declina mais rapidamente que a implícita, por exemplo (ARAMAKI, 2011).

Idosos, em relação aos jovens, tendem a perceberem mais negativamente sua própria memória. Quando se tem a percepção acerca da própria memória, englobando conhecimentos, crenças, sensações e atitudes, define-se por metamemória. Ou seja, a autoeficácia de realizar as tarefas de memória, como expectativas e afetos despertam a memória (ARAMAKI, 2011). É, ainda a “*consciência do próprio conhecimento e controle da memória*”, reunindo informações sobre o atual estado do sistema de memória (BRANDT, 2018).

A metamemória, por sua vez, é um tema específico da metacognição que, em suma, refere-se à capacidade do indivíduo reconhecer suas próprias percepções (reais), memórias, decisões e ações. É, para além disso, uma forma de se avaliar com precisão o estado cognitivo, de interação e integração para com o meio (BRANDT, 2018).

Dos vários modelos propostos, o “Cognitive Awareness Model” (CAM), explica a neurocognição do inconsciente, reconhecendo os déficits realizados no consciente. Quando há um colapso na integração de sistemas explícitos e implícitos da informação, ocorre uma potencial dissociação da relação de monitoramento entre consciente e inconsciente acerca dos fracassos. Tais erros, podem ser compensados por um sistema de acomodação diário às deficiências cognitivas ou, então, é demonstrado através de reações emocionais (BRANDT, 2018).

Existem dois mecanismos relacionados à metamemória que operam em um ciclo de feedback, conferindo processos de concomitantes, dependentes e indissociáveis para o devido funcionamento: (1) monitoramento – avalia a precisão das respostas potenciais, baseando-se em informações sobre o próprio conhecimento e desempenho – e, (2) controle – processos de autorregulação intrínseca do comportamento da memória (BRANDT, 2018).

Indivíduos que convivem com o Alzheimer, frequentemente, cursam com anosognosia, ou seja, faltam-lhes o insight do seu quadro clínico ou desconhecem o quanto são afetados funcionalmente pelo transtorno. Quando na fisiopatologia da doença, o automonitoramento não é prejudicado, torna-se possível assegurar a adesão dos pacientes às estratégias compensatórias anti-esquecimento (BRANDT, 2018).

A metamemória, em casos de comorbidades crônico-degenerativas, podem influenciar ou na adesão às terapêuticas propostas, ou no isolamento e à negação da patologia. Em um relato de caso realizado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – RJ, um homem diagnosticado com a doença de Alzheimer de início precoce, preservou a consciência da doença, evoluindo com depressão e risco elevado de suicídio (BAPTISTA, 2017).

Tal percepção do quadro se dá pela capacidade de identificar três aspectos: (1) reconhecimento de déficit específico, (2) resposta emocional à adversidade e, (3) grau de incapacidade às atividades diárias (BAPTISTA, 2017). Pessoas que adquirem a forma precoce do Alzheimer, tem elevado nível de consciência em comparação as que possuem início tardio, demonstrando maiores sintomas depressivos (VLIET, 2013). De semelhante modo, idosos com

sintomatologia branda, encontram-se na mesma faixa de risco para comportamento suicida (BAPTISTA, 2017).

3.4 TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO

Com o conhecimento farmacológico, há otimização na estabilização do quadro e a melhora das funções cognitivas e comportamentais, sendo bem aceitos nos pacientes que convivem com o grau leve do Alzheimer. Quando combinado às medidas não-farmacológicas, melhoram a cognição, expressividade das emoções, socialização, diminuição da agitação e, fornece orientações adequadas ao cuidador (JÍMENEZ-PALOMARES, 2013).

Do ponto de vista terapêutico, ainda não há tratamento que objetive a cura para o processo demencial presente no Alzheimer, denotando a necessidade de um prática integrativa e abordagem multidimensional que, além dos fármacos, incluam intervenções destinadas a otimizar a cognição, comportamento e a função, satisfazendo não apenas ao paciente mas, também, aos seus cuidadores (JÍMENEZ-PALOMARES, 2013).

A grande maioria desses tratamentos não farmacológicos dependem da comunicação verbal que, quando danificada, abre espaço para utilização da música para estabelecer a interação. Tal fato se deve por, a receptividade aos estímulos sonoros da música, persistem até os últimos estágios da deterioração da função cognitiva (JÍMENEZ-PALOMARES, 2013).

Ao passo que a linguagem progressivamente se deteriora, ainda há a preservação de habilidades musicais, tais quais: capacidade de interpretar peças previamente aprendidas e continuar tocando instrumento musical (ROMERO, 2017).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 MUSICOTERAPIA

A musicoterapia pode ser entendida, segundo a World Music Therapy Federation (1996), como sendo o *“uso científico da música e/ou seus elementos por um musicoterapeuta qualificado, com um paciente ou grupo, em um processo destinado a facilitar e promover a comunicação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização ou outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais e sociais”*.

Pode ser realizada individual ou em grupo através de técnicas ativa – é necessário um musicoterapeuta que relacione a música e o aspecto clínico da doença, incentivando os

participantes a produzirem efetivamente a música – e, passiva – os participantes são submetidos à músicas de quaisquer gênero (ALEIXO, 2017).

O musicoterapeuta, por sua vez, é aquele que, não usa a música indiscriminadamente mas, sim, vale-se dos parâmetros estruturais da música e instrumentos a ela associadas, para estimular as funções cognitivas e atuar no componente socioemocional do paciente que convive com Alzheimer, reduzindo a ansiedade (ALEIXO, 2017).

Alguns estudos revelaram, nos últimos anos, a efetividade da musicoterapia a nível comportamental, dando ênfase à depressão, apatia e ansiedade (WEBER, 2009; FERREIRO-ARIAS, 2011; COOKE, 2010). Além do mais, quando prolongada, percebe-se efeitos mais positivos na depressão e nas alterações comportamentais do paciente (FERRERO-ARIAS, 2011). Em apenas um dos estudos selecionados para esse trabalho, mostrou as melhorias que foram mantidas após aplicação da musicoterapia (WEBER, 2009).

Gallego et al, conduziu um estudo caso controle com 42 pacientes, de idade média próximo à 77,5 (desvio de 8,3) que conviviam com Alzheimer em graus de leve a moderado, e aplicou testes de avaliação cognitiva e das funções neuropsicológicas (Mini Exame do Estado Mental, Inventário dos sintomas neuropsiquiátricos, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Índice de Barthel) para identificar o estado inicial dos participantes. Para conduzir o estudo de forma mais agradável, foi perguntado aos participantes suas preferências musicais. Ao término das seis semanas, tempo de duração do estudo, observou-se um descenso significativo das pontuações totais no Inventário de Sintomas Neuropsiquiátricos; houve melhora da subescala de ansiedade e, principalmente, na depressão; melhora nos domínios cognitivos avaliados no Mini Exame de Estado Mental, em específico a orientação, linguagem e memória; redução significativa dos sintomas de delírio, alucinações, irritabilidade e agitação nos participantes com Demência Moderada (GALLEGO, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A demência é um problema de saúde pública que vem crescendo devido ao aumento da expectativa de vida, estimando-se que triplique até o ano de 2050. Sua etiologia ainda não é bem definida e, por isso, torna-se mais difícil estabelecer terapêuticas que ajam curando a doença.

Embora as medicações hoje disponíveis consigam ótimos efeitos sobre o retardamento do quadro, mais do que isso, deve-se objetivar a multidimensionalidade do cuidar e ofertar

terapêuticas que sejam estimulantes à capacidade cognitiva, visto que, no que fora exposto, indivíduos com alto grau de escolaridade, de leitura e afins, possuem um certo efeito protetivo à demência.

Ainda são escassos os estudos acerca da musicoterapia, porém, é sabido que na progressão do quadro, a percepção musical é uma das últimas a ser deteriorada e, por conseguinte, a atuação estimulando essa área, surte efeitos na melhoria da qualidade de vida do paciente que convive com a demência e, em específico, o Alzheimer.

REFERÊNCIAS

1. GALLEGO, M. Gómez, 2015. Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects.
2. SHERVA, Rick, 2019. Genetics of Alzheimer disease;
3. KEENE, C. Dirk, 2019. Epidemiology, pathology, and pathogenesis of Alzheimer disease;
4. WOLK, David A, 2019. Clinical features and diagnosis of Alzheimer disease;
5. JIMÉNEZ-PALOMARES, María, 2013. Revista Española de Geriátria y Gerontología, vol. 48, número 5, páginas 207-250, Septiembre/Octubre 2013. Benefícios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación em la demencia moderada.
6. ROMERO, M. Gómez, 2017. Neurología, volume 32, issue 4, may 2017, pages 253-263. Benefícios de la musicoterapia em las alteraciones conductuales de la demência. Revisión sistemática.
7. LARSON, Eric B., 2019. Risk factors for cognitive decline and dementia.
8. JERÔNIMO, Gislaíne Machado, 2018. Letras de hoje, vol. 52, nº 1, Porto Alegre, Jan/Mar, 2018. Envelhecimento sadio, comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer: um estudo das estratégias comunicativas na narrativa oral.
9. BERNARDO, Lilian Dias, 2018. Cardernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, vol.26, nº4, São Carlos, Out/Dez 2018. Idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática sobre a intervenção da Terapia Ocupacional nas alterações em habilidades de desempenho.
10. MORELLO, Aline Nunes da Cruz, 2017. Dementia & Neuropsychologia, vol. 11, nº 3, São Paulo, Jul/Set 2017. Language and Communication non-pharmacological interventions in patients with Alzheimer's disease: a systemic review. Communication intervention in Alzheimer.
11. MOREIRA, Shirlene Vianna. Dementia & Neuropsychologia, vol. 12, nº 2, São Paulo, Abr/Jun, 2018. Can musical intervention improve memory in Alzheimer patients? Evidence from a systematic review
12. BRANDT, Michelle, 2018. Dementia & Neuropsychologia, vol. 12, nº 4, São Paulo, out/dez, 2018. Metamemory monitoring in Alzheimer's disease: A systematic review.

13. ARAMAKI, Flávia Ogava, 2011. *Dement Neuropsychol*, March 5, pages 48-53, 2011. Cognitive training based on metamemory and mental images.
14. BAPTISTA, Maria Alice Tourinho. *Dementia & Neuropsychologia*, vol. 11, nº 3, São Paulo, July/Sept. 2017. Disease awareness may increase risk of suicide in young onset dementia: a case report.
15. VLIET, Van, 2013. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2013;27(3):265-71. Awareness and its association with affective symptoms in young-onset and late-onset Alzheimer disease: a prospective study.
16. WEBER, Kerstin, 2009. *Journal Aging & Mental Health*, vol. 13, 2009 – issue 1. Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for neuropsychiatric symptoms in dementia.
17. FERRERO-ARIAS, Julio, 2011. *Alzheimer Disease & Associated*, 25 (3) 213-219, July 2011. The Efficacy of Nonpharmacological Treatment for Dementia-related Apathy.
18. COOKE, Marie, L. 2010. *Journal Aging & Mental Health*, vol. 14, 2010 – issue 8. A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia.
19. SALES, Catarina Aparecida, 2011. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 45, nº 1, São Paulo, mar; 2011. A Música na terminalidade humana: concepções dos familiares.
20. ALEIXO, Mariângela Aparecida Rezende. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 66, nº 1, Rio de Janeiro, 2017. Efficacy of music therapy in the neuropsychiatric symptoms of demência: systematic review.
21. RABINOVICI, 2019. *American Academy of Neurology*, vol. 25 (I, DEMENTIA): 14-33. Late-onset Alzheimer Disease.