

Sintomas e Sinais

Todas as pessoas podem ter lapsos de memória durante as suas vidas, sendo normal esquecerem nomes de pessoas que não fazem mais parte de sua rotina de escola, trabalho ou social, ou que não se manteve um vínculo afetivo. Mas, não é normal o idoso esquecer, com frequência, os nomes de pessoas de convívio familiar ou que tenha afetividade, além de esquecer objetos de uso pessoal ou familiar. A doença de Alzheimer (DA) causa mais do que um simples esquecimento. Pode começar com leve perda de memória para fatos recentes e confusão em 71% dos casos, progredindo até deixar a pessoa com vida vegetativa (a DA pode começar por outras formas clínicas, como transtorno visoespacial, alteração de comportamento, prejuízo da linguagem, etc.). Aos poucos, a família sente que seu parente não está mais ali, foi embora, deixou apenas sua imagem e a lembrança de um passado brilhante. O paciente deixa de existir como ser humano, tornando-se alienado. Assim, a DA foi chamada por Brito-Marques de: a doença sem alma. A maioria das pessoas com DA apresentam os seguintes sinais e sintomas: desatenção, desorientação temporal e espacial, perda de memória, transtorno de linguagem, dificuldade com o pensamento abstrato, perda da capacidade de julgamento, mudança de personalidade e dificuldades de realizar tarefas familiares.

Atenção

A atenção é uma função cerebral específica. Depende diretamente do alerta, da função cerebral básica, ou seja, originada de uma rede neuronal inespecífica no tronco encefálico, que chega ao córtex cerebral via os núcleos talâmicos. Essa rede mantém o indivíduo alerta a qualquer estímulo adicionado ao ambiente. Em outras palavras, o alerta funciona no encéfalo como se fosse o combustível que alimenta o funcionamento cerebral. Por outro lado, a atenção no córtex cerebral é formada por uma rede neuronal específica com o epicentro situado no lobo parietal, especialmente o lobo parietal direito. A atenção seletiva dirige o foco para o que o cérebro deseja realizar ou é estimulado. Atenção capacita o indivíduo a fixar uma informação auditiva ou visual para iniciar um processo de memorização, selecionando os estímulos adequados e inibindo os demais. A atenção subdivide-se em graus e depende de motivação. A porção anterior do giro do cíngulo está envolvida com o componente emocional que mantém a atenção, e sua porção cognitiva está no lobo parietal direito.

Desatenção

Pessoas são desatentas em vários graus distintos. A desatenção sofre uma grande influência da emoção, a qual pode ter sido mal equilibrada na infância. A depender do grau de desatenção, a pessoa controla ou não suas dificuldades de vida diária. A síndrome do déficit de atenção associado à hiperatividade, que existe na criança e no adulto, compõe um grupo bastante variado de desatentos. Acredito que uma boa parte da desatenção esteja associada com fatores emocionais adquiridos na infância. Para alguns, a desatenção pode ser um mecanismo de defesa, principalmente quando há algum ganho: *quando me interessa, eu não esqueço e quando não me*

interessa, eu esqueço, embora não assume suas faltas. Por outro lado, a atenção se altera em tempo precoce em portadores de DA que não eram desatentos.

Tempo.

Segundo Aristóteles, o *agora* é uma partícula indivisível do tempo, encravada entre o passado e o futuro e, de certa forma, precisa pertencer um pouco a cada um deles, do contrário não poderá ligá-los. E segundo Pietro Ubaldi, o *onde* se torna *quando*. Nesse caso, o tempo seria um local que se pode visitar no passado e, sem dúvida, também, no futuro. Em 1927, J. W. Dunne declarou que não é o tempo que passa por nós, mas nós que passamos pelo tempo e é precisamente a nossa viagem através da dimensão temporal que nos proporciona a ilusão do movimento. E é dentro dessa ilusão que vivemos, pois o tempo por si não existe e para existir depende da presença do observador – a instantânea consciência.

Desorientação no tempo.

Pessoas com DA em fase inicial e com menos de 65 anos, se já desatentas, com frequência perdem a noção do tempo. Esses pacientes não conseguem fazer uma retrospectiva dos fatos anteriores para se situarem, sendo como um dos sinais mais importantes a incapacidade de mensurar o tempo vivenciado. Os que têm mais de 65 anos e, principalmente com 80 anos ou mais, apresentam maior dificuldade de situar-se no tempo e correlacioná-lo aos fatos que estão acontecendo. Idosos normais nessa faixa de idade desenvolvem o mesmo comportamento por desatenção adquirida. A desorientação temporal completa, como a única função cerebral acometida, sugere mais uma doença neurodegenerativa do que quando várias outras funções cognitivas estão levemente comprometidas.

Mas, apenas perder-se no tempo, nem sempre tem valor clínico - pessoas fora de sua rotina podem tornar-se parcialmente desorientadas no tempo. Alguns indivíduos que são dispersos também se perdem no tempo, mas, quando questionados, corrigem a falha sem dificuldade. Quando as pessoas normais ficam idosas, apresentam menos dificuldade em relação à noção do tempo do que as idosas que já eram desatentas. As pessoas idosas desatentas cometem falhas quanto à orientação do tempo semelhantes às aquelas acometidas pela DA em fase leve. Outro fator de grande importância na avaliação de idosos que estão em transição para uma fase clinicamente inicial de DA é a hora do dia em que eles são avaliados. A depender do horário e de seu estado emocional, a noção do tempo pode variar, e isso não significa que eles não saibam o correto em outro momento. Assim, o médico menos experiente nesse assunto poderá computar o item da avaliação como um resultado falso-positivo.

Espaço

A física newtoniana nos diz que o espaço é igual à velocidade percorrida por um objeto sobre uma unidade de tempo. Por outro lado, a física quântica demonstra que um elétron pode estar representado em outro lugar, a qualquer distância um do outro, no mesmo tempo. Se assim for, podemos entender que tudo já existe, pois é uma questão de percepção. No tocante ao observador do item anterior, podemos dizer que quando olhamos para um objeto, ele é partícula, real, mas,

quando olhamos para outro local, aquele objeto passa a ser uma onda, objeto virtual. Em neurologia, o espaço é construído, principalmente, nos lobos parietais, de acordo com a nossa percepção e estado emocional.

Desde 1976, cientistas mostraram que existem células especializadas no hipocampo direito de ratos, células de *localização*, porque são responsáveis pela formação de mapas na elaboração de memórias espaciais. Esse tipo de células não foi encontrado em humanos. Entretanto, em 2000, estudos com tomografia cerebral por emissão de pósitrons, mostraram que, principalmente a parte posterior do hipocampo direito e o núcleo caudado direito em humanos, eram ativados em situações que envolvem deslocamento do paciente no ambiente, quer virtual quer real. Uma ativação similar da anterior foi realizada em motoristas de táxis experientes na cidade de Londres, comparados a motoristas amadores. Esse estudo mostrou uma maior capacidade espacial dos motoristas de táxis para vencer o complexo trânsito de Londres, além de aumentar o volume do tecido do hipocampo direito nesses motoristas de táxis, como se um mapa da cidade de Londres fosse elaborado nos seus hipocampos direitos.

Desorientação no espaço

A desorientação espacial em ambiente não familiar não é um sintoma específico de D A . Pessoas desatentas fora de sua casa não têm a consciência imediata do local em que se encontram ao acordarem pela manhã. Outras tomam o sentido de direção contrário ao que deveriam ir. Pessoas passando por momentos difíceis, emocionalmente abaladas, podem ficar desorientadas sem ter havido um dano cerebral. Entretanto, perder-se no espaço familiar é geralmente um sinal com significado clínico que deve ser examinado com esmero, principalmente quando nunca aconteceu. Porque o espaço que uma pessoa vive é construído por ela durante toda a sua vida e, quando parte dele modifica-se, após a construção de uma nova avenida ou edifício, etc., a pessoa deverá construir o novo espaço na mente; existem outras memórias antigas sobre aquele ambiente que podem ajudar na reconstrução, mas a capacidade de reconstrução pode não estar inteira. A construção do novo ambiente depende da relação entre a memória antiga e a recente, com a interferência da rede de associação terciária do lobo frontal. Quando acontece a reconstrução, então houve aprendizado: o aprendizado resulta da diferença entre as duas memórias, ou seja, o novo.

Metade dos pacientes com DA apresenta prejuízo na percepção do fluxo óptico que foi associado à pobre *performance* no teste de navegação espacial. O fluxo óptico é a designação do padrão radial dos movimentos que são formados quando uma pessoa se movimenta. Esse padrão radial fornece a direção do movimento e permite a identificação da posição de relação dos objetos de acordo com a velocidade visual aparentemente mais lenta dos objetos distantes e mais rápida dos objetos mais próximos. O córtex parieto-occipital analisa os padrões de movimentos visuais que criam o fluxo óptico e guiam os movimentos através do ambiente pela direção do movimento da pessoa. A DA pode ser iniciada, com: 1. Desorientação quanto ao sentido de direção; 2. Perder-se no espaço que não lhe é familiar; 3. Sentir-se mal ao frequentar determinados ambientes; 4. Ficar procurando o local que há muito não existe mais.

Memória

A função primária da memória é a de evocar todas as percepções passadas análogas às percepções atuais, convocar tudo o que as precedeu e tudo o que veio depois delas, sugerir-nos qual a decisão mais útil. A memória consegue comprimir todo o ocorrido em uma mensagem que, dificilmente alguém conseguirá dividi-la em partes sequenciadas e ordenadas. Pode-se compará-la com um filme que é constituído de milhões de imagens, mas na memória não se é capaz de se obter a sequência das imagens reais. Portanto, a memória não obedece ao fator tempo, ou seja, ela é atemporal, embora possa ser compactada no tempo para que possamos elaborar decisões. Na realidade, nossa memória é constituída por *pacotinhos* de informações e, quanto maior o *pacote* de informações, maior será a quantidade de memória que está agrupada naquele *pacote*. Imagine se nós fossemos juntar cada imagem da nossa memória! Para se avaliar a memória, exige-se, além de conhecimento de neurologia, experiência e bom senso na formulação do resultado: Muriel Lezak, também chama muito a atenção sobre esse assunto.

Perda de memória

A memória é codificada em neurônios, armazenada em redes neurais e evocada por essas ou por outras redes. É modulada pela emoção, pelo nível de consciência e estado de humor. A memória é constituída pela aquisição da informação, sua consolidação e evocação. A tradução da real experiência vivida, consolidada e evocada na memória é um processo cognitivo, que a linguagem tenta traduzir. Portanto, a expressão de um sentimento por meio de uma atitude aproxima-se mais da verdadeira memória aprendida. A emoção, no contexto da situação e a combinação de ambos influenciam da aquisição à evocação da informação. O aprendizado se inicia com uma dose certa de emoção, para que a evocação não sofra grande influência da ansiedade. Na DA, a informação não é aprendida, porque existe degeneração nas células do Corno de Amonn ou CA1. A região do CA1 está intercomunicada com as principais regiões do cérebro (hipocampo, córtex entorrinal e o córtex parietal) que registram e modulam o caráter emocional das experiências e com aquelas que determinam se essas experiências são novas ou não. Por isso na DA, a perda de memória recente afeta tanto a cognição como a memória funcional que lhe está relacionada. Isso se evidencia na avaliação de memória recente quanto ao efeito de primazia e ao efeito de recência. Na fase precoce de DA, podemos encontrar a presença do efeito de recência prejudicado, quando comparado ao efeito de primazia. Com a progressão da doença, o efeito de primazia também se altera: na fase leve, o aprendizado é perdido, e, na fase moderada, a memória funcional melhora.

Dos cinco sentidos humanos, o mais importante para o aprendizado, é o visual. Portanto, simples discriminações visuais revelam propriedades fundamentais de aprendizado e memória. O princípio fisiológico do estímulo visual para o aprendizado necessita ser modulado pelos componentes psicofisiológicos cada vez que for revisto. Quando o modelo de memória terminar de ser lapidado, pertencerá à pessoa, passando a existir como fato. De forma semelhante, ocorre o mesmo processo de maneira inversa na perda da memória e, para avaliar uma pessoa que se sente assim, ela deve ser examinada várias vezes e não deve estar fazendo uso de drogas que

atuam no sistema nervoso central.

Geralmente, pessoas emocionalmente equilibradas não apresentam falhas de memória, enquanto as que são desorganizadas geralmente têm transtornos com a memória. É mais fácil perceber que as organizadas estão com problemas de memória do que as desorganizadas. O esquecimento patológico existe pela falta de atenção e aprendizado. No início, a DA é marcada por um período de não aprendizado decorrente da falta de fixação da informação percebida, especialmente de eventos recentes ou de simples sentido de direção. As pessoas repetem coisas e esquecem conversas ou encontros, colocam objetos em lugares não lógicos, esquecem nomes, eventualmente, de membros da família e de objetos usados no dia a dia. A doença obedece a uma progressão que depende de vários fatores facilitadores.

Linguagem

A linguagem é um componente neuropsicológico, que integra as diversas redes neuronais com o objetivo primário de promover ou gerar comunicação. Nessa comunicação, existe a expressão da fala, escrita e gestos dosados com um grau de emoção; além do mais, do ponto de vista psicanalítico, por meio da linguagem usando a livre associação, sentimentos podem ser trazidos à consciência. A Universidade de Columbia, em Nova York, desenvolve um programa de tratamento usando neuropsicanálise em doenças cerebrovasculares. Gostaria de chamar a atenção dos familiares para o fato de que a percepção do inconsciente pela família e pelo médico pode facilitar tanto o diagnóstico como a condução do tratamento dos pacientes com DA. Demais redes neuronais cognitivas e emocionais propiciam condições para utilização da linguagem que depende da educação, motivação, etc. A linguagem apresenta alguns componentes cognitivos, como o tipo de linguagem, fluência verbal e semântica, repetição, compreensão e nomeação.

Na DA, o tipo de linguagem circunstancial é mais característico do que tangencial e psicótico; a fluência verbal está menos envolvida do que a fluência semântica; a compreensão pode ser confundida com confusão, uma vez que a DA começa alterando a linguagem, na maioria das vezes, como uma afasia transcortical sensorial que evolui para uma afasia de Wernicke tipo-II; a repetição não se altera na DA, exceto em fase avançada da doença; o léxico é o componente da linguagem que mais chama a atenção na DA, pela procura de palavra ou por anomia por confrontação (geralmente, o nome de pessoas é esquecido sem ser necessariamente doença). Portanto, é importante observar o grau da escolaridade e\ou de conhecimento e as condições do paciente para não transformar aparente sintoma numa doença.

Dificuldade de encontrar a palavra certa para aquela situação, de forma espontânea, para expressar sentimentos ou mesmo manter uma conversa pode ser um desafio para aqueles com DA. Eventualmente, a leitura e a escrita também são afetadas. A depender do grau de escolaridade, a fluência verbal voluntária pode ser normal, entretanto a fluência semântica pode ser mais específica para detectar pessoas com DA. Portadores de DA podem chegar a nomear quase todos os objetos conhecidos que compõem um grupo de uma categoria semântica, entretanto não conseguem dizer qual a sua categoria ou um detalhe do objeto daquela categoria e responder

com discernimento. Idosos normais e pessoas ansiosas também apresentam a mesma dificuldade que os pacientes com DA, ao utilizarem a fluência verbal de forma espontânea. Palavras pertencentes à classe gramatical, como verbo e, principalmente, substantivos próprios ou comuns, nome de animais e de ferramentas que não fazem parte do contexto atual de sua vida ou que nunca foram muito utilizadas podem não vir à consciência no momento da busca. Isso, entretanto, deve ser visto com parcimônia, já que, desde 2000, pesquisadores mostraram áreas cerebrais específicas para cada classe de palavras que, possivelmente, deve ter sido desenvolvida durante a vida. À medida que se envelhece, existe inversão da representatividade da imagem da palavra no cérebro. Até a fase adulta, a palavra é lembrada mais pela linguagem e, no envelhecimento, mais pela forma visual que ela representa. Esse mesmo princípio pode ser usado para lembrar objetos guardados: o idoso esquece onde coloca o objeto, mas não esquece o nome do objeto que procura. Entretanto, a DA também pode começar assim, esquecendo onde colocou o objeto, embora seja mais fácil a DA começar esquecendo o nome do objeto.

Dificuldade com o pensamento abstrato

O grau de abstração sofre influência dos genes, escolaridade, conhecimento adquiridos durante a vida e, principalmente, do ambiente. Mas, pessoas com DA podem inicialmente ter problemas em equilibrar sua conta bancária e realizar transações com números. O estado de estar atento quanto à natureza e aos graus dos déficits cometidos por ele próprio e suas consequências é prejudicado ou abolido. Raramente procuram avisar ou ajudar na sua doença, e, apesar de a família levá-lo ao médico quase que *arrastado*, não questionam sobre a sua insanidade. Após o diagnóstico, não se tornam submissos ao tratamento médico: retiram-se da consulta sem emitirem qualquer questionamento. Um paciente com DA pode arquitetar uma estratégia baseada em seu perfil de personalidade: Certa vez, um paciente se ofereceu para levar em casa uma senhora que jamais tinha visto; como ela ainda estava sendo atendida, o paciente junto com o seu motorista, aproveitou o tempo para levar sua esposa em casa e, depois, voltou para buscar a senhora e deixá-la em seu destino. E, por mais estranho que seja esse fato, o paciente se orgulha em contar como uma grande façanha. Comportamentos assim podem fazer parte de DA em fase inicial com prejuízo na rede neuronal frontal, provavelmente terciária.

Perda do julgamento

O julgamento determina a apreciação relativa de todas as coisas. Próximo da inteligência, ela se distingue porque seu exercício envolve mais completamente a personalidade do indivíduo, submetendo a atividade intelectual à influência das paixões. Para pesar judiciosamente o pró e o contra, para realizar com equilíbrio entre seu próprio ponto de vista e o do outro, é necessária uma capacidade de *isenção*, que condiciona a qualidade do julgamento. Uma das aquisições exigidas para tal é a da teoria da mente, consiste na habilidade de atribuir estados mentais, como crenças, conhecimentos, desejos, intenções a si e ao outro e compreender que o outro tem crenças, desejos, conhecimentos e intenções diferentes de si. A credulidade e, mais ainda, a perda da autocrítica indicam deterioração do julgamento. A DA caracteriza-se por apresentar grande

dificuldade em fazer coisas que requerem planejamento, decisão e julgamento. Nessa síndrome, a rede neuronal frontal da região dorsolateral, especialmente do hemisfério esquerdo, está prejudicada. O paciente fala com todas as palavras, mas não consegue dizer o que está querendo e não percebe o fato, embora se mantenha sempre sorridente. Similar a essa questão é o ato do indivíduo sofismar, e, quando questionado, geralmente não aceita seu discurso como falso. Por exemplo, quando uma pessoa com 75 anos, com queixa de memória recebe diagnóstico de DA sem tê-la, esse diagnóstico é um falso-positivo.

Mudanças de personalidade

A personalidade pode sofrer mudança ou acentuação na DA; a inversão de personalidade não é tão comum como a sua acentuação. Existem alterações como diminuição da curiosidade e iniciativa; prejuízo do julgamento e autoconhecimento; insegurança, introversão, monotonia e suspeição; diminuição do afeto. Isolamento e egocentrismo, preocupação, impulsividade e temperamentalidade; insociabilidade e inadequação de comportamento. Pessoas com DA podem exibir oscilação de humor, expressar desconfiança, teimosia e marginalização social. Pessoas de temperamento forte tornam-se pessoas plácidas. No início, isso pode ser uma resposta à frustração que eles sentem quando percebem alterações incontroláveis na sua memória. Depressão frequentemente coexiste com DA e pode ser a queixa inicial. Inquietação e sonolência diurna também podem ser sinais comuns. Como a doença progride, as pessoas podem tornar-se ansiosas ou agressivas e inadequadas. O perfil de personalidade tem grande participação no comportamento de pessoas com DA e, às vezes, torna-se difícil diferenciar um problema do outro. Paciente com personalidade histérica pode ter dificuldade para o diagnóstico correto, porque o paciente mimetiza situações de comportamento, as quais são trazidas na roupagem da família, que se tornam difíceis de serem interpretadas pelo médico.

Os delírios de identidade podem fazer parte de DA, às vezes, enfatizando o quadro clínico ou iniciando-o. Os delírios mais comuns encontrados na DA são a síndrome de Capgras, Fregoli, Otelo e Clérambault. O delírio de identidade mais comum é a síndrome de Capgras ou do sócia. O paciente acredita que sua esposa não é sua esposa. Quando questionado, ele diz que é uma mulher que ele conheceu, parece com sua esposa, mas a sua esposa é outra. Nessa síndrome, há um conflito do *ego* paciente, e, do ponto de vista cognitivo, parece haver uma dissociação entre o sentimento ainda no hemisfério direito e a linguagem do hemisfério esquerdo, ambos operacionalizados pela consciência.

Delírio de identidade que não é tão comum é a síndrome de Fregoli ou da encarnação. O paciente acredita que uma pessoa, como um artista, um amante, alguém que lhe interesse, se apodera do seu corpo, e ela não pode falar porque o invasor está comandando sua mente. Às vezes, pode ser um objeto que fora instalado em seu corpo repassando as informações para aquela outra pessoa que mandou instalar o objeto. Apesar de a causa do delírio ser uma síndrome de etiologia neurológica, vascular ou neurodegenerativa, também podem existir em outras etiologias. Mas, uma coisa é certa, no caso de doença neurológica há também um componente psicanalítico envolvido no inconsciente do paciente.

A síndrome de Otelo é conhecida pela obra de Shakespeare, quando Otelo mata Desdémone devido ao ciúme patológico de Yago. A síndrome de Otelo é um transtorno delirante que sofre o paciente de estar convencido de que sua esposa lhe é infiel. Geralmente vem juntando provas, embora sem fundamentos, para confirmar sua suspeita. A síndrome pode ocorrer em ambos os sexos, sendo mais comum entre os homens. Surge entre os 40 e 50 anos, sem antecedentes psiquiátricos. Pode ocorrer uma concomitância de que o cônjuge esteja, de fato, vivendo um romance com outra pessoa, mas o paciente não sabe; ele acredita naquele que criou. O diagnóstico é consistente quando surge na forma pura, e, se associado a transtornos mais amplos, a síndrome torna-se duvidosa.

A síndrome de Clérambault foi descrita em 1921, por Gaëtan Gatian de Clérambault como uma convicção delirante, na qual um indivíduo, no geral uma mulher, acredita que é amada por alguém. O doente tende a insistir que o objeto de amor é quem se apaixona primeiro e é ele quem faz as primeiras investidas amorosas, ou seja, é o objeto quem declara o interesse sexual inicial. O indivíduo costuma descrever detalhadamente as evidências do amor correspondido, através de mensagens por meio de olhares, comunicação verbal ou não verbal, gestos ou até mesmo através de telepatia, exercidos intencionalmente pelo objeto. A erotomania costuma persistir, apesar dos esforços por parte do objeto amado em negar tal interesse. Essa negação pode ser interpretada paradoxalmente pelo paciente como um “disfarce” da declaração de amor. Existem síndromes de delírios de identidade que durante o seu processo surgem sintomas de uma na outra e vice-versa, especialmente entre as síndromes de Fregoli e Clérambault.

Os portadores de doença de Alzheimer já foram observados na prática médica, mas não, em pesquisa científica com relação ao seu perfil de personalidade por uma visão humanística. Quando nos expressamos como visão humanística, ou seja, usar o sentimento racionalizado. Este perfil depende da cultura, influência emocional, história de vida, nível de educação, grau de escolaridade, e principalmente a dose de amor recebida de seus pais, os quais formam a ética social. Seus transtornos aparecem sob várias formas: são focadas em si; vivem em função das necessidades e das pessoas com as quais criam um processo de codependência até simbiose; têm seus objetivos de vida limitados; são de poucos amigos; gostam de viver isoladas; não ousam mudar; são conservadoras até o limite; obedecem sempre a mesma dieta; criam para si uma rotina; são muito metódicas; costumam apresentar pensamentos circulares e ideias repetitivas bem antes da doença se caracterizar; cultivam manias e desenvolverem com frequência transtorno obsessivo compulsivo; são teimosas, desconfiadas e não gostam de pensar; a leitura os enfastia; não são chegadas a ajudar o próximo; são avessas à prática de atividade física; facilmente entram em depressão; são agressivas contidas; lidam mal com as frustrações que sempre tentam camuflar; não se engajam; apresentam problemas na sexualidade como impotência e frigidez; são bloqueadas na afetividade; algumas têm dificuldade de manifestar carinho; para elas, um abraço, um beijo, um afago requer um esforço sobre humano. Do ponto de vista científico esses dados de observação clínica não determinam diagnóstico, embora alguns desses possam fazer parte tanto do traço de personalidade de portadores de DA como da população normal.

Do ponto de vista científico, esses dados de observação clínica não determinam diagnóstico, embora alguns desses possam fazer parte tanto do traço de personalidade de portadores de DA como da população normal.

Dificuldade de realizar tarefas familiares

Donas de casa normais que vão aos supermercados há vários anos geralmente não precisam fazer lista dos produtos que serão comprados. Não é um procedimento esperado quando donas de casa precisam listar os produtos de compra após muitos anos de prática, para não esquecer os itens. Deve ser investigado o motivo do esquecimento. Um percentual pequeno dessas donas de casa que passam por essa situação poderá desenvolver DA no futuro. Nesse caso, observa-se que, apesar de a memória antiga continuar a oferecer estrutura para a categoria, a memória recente não consegue colocar o novo item dentro dessa categoria antiga. Para isso, necessita-se do componente de memória verbal (hemisfério esquerdo), visual (hemisfério direito) e do lobo frontal (o centro coordenador desse tipo de memória), para preencher as lacunas da memória antiga.

Na realidade, mais na frente, quando a memória recente começar a falhar, seus componentes estruturais já começam a dar sinais de alerta. Pessoas com DA apresentam dificuldades em realizar tarefas complexas, como organizar uma festa, mesmo que isso já tenha sido um hábito. Uma tarefa de rotina que requer várias etapas necessita de ajuda para executar cada etapa de uma vez. Cozinhar é um ato complexo, que requer várias redes neurais para sua elaboração, principalmente quando se trata de pratos que não são de rotina. Uma das desculpas da paciente é a de que já trabalhou muito e agora delega a outros pelo fato de estar cansada. Essas redes neurais acometem mais as mulheres após os 60 anos, estando envolvidas mais diretamente com os circuitos de memória sem se envolver com outros componentes cognitivos primários. Os demais componentes cognitivos são desafrentados pelos circuitos de memória, mas não que eles estão também se destruindo primariamente.

Pessoas com DA em fase avançada precisam de ajuda para fazer a maioria das atividades básicas como fazer a barba, usar o toalete, tomar banho, etc. Nas formas mais graves de DA, os pacientes chegam a perguntar o que vão fazer na etapa seguinte, ao iniciarem um ato motor complexo, como escovar os dentes. A escovação dos dentes é um processo cognitivo aprendido na infância, embora não esteja apenas na dependência da memória antiga. Por outro lado, os mesmos pacientes que apresentam dificuldades com a escovação podem manter uma simples e rápida conversa sobre o seu time de futebol, talvez pela influência da motivação.

Os momentos de lucidez apresentados por esses pacientes são variáveis e distintos. Certa vez, a filha de um portador de DA contou que “seu pai deixou de falar havia muito tempo, vivia todos os dias numa poltrona, não fazia nenhuma atividade de rotina como a higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se com as próprias mãos; estava dependente e sem autonomia. Um dia pela manhã, após o banho, ele levantou a cabeça, olhou para filha e falou: diga a sua mãe que amo muito ela. A filha espantada correu para chamar sua mãe, acreditando que ele teria melhorado, ao chegarem à poltrona, seu pai estava morto”. Como já publiquei um artigo que tinha como título – Alzheimer a doença sem alma, quero terminar a oração dizendo que a doença de Alzheimer pode não ter alma, mas tem espírito.