



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LAÍS SOUZA ANIAS

**“O QUE É BOM PARA MEMÓRIA?”: RELATOS DE UMA
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

Santo Antônio de Jesus

2019

LAÍS SOUZA ANIAS

**“O QUE É BOM PARA MEMÓRIA?”: RELATOS DE UMA
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito final do Estágio Supervisionado da ênfase II – Psicologia Clínica e Promoção de Saúde do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kelly Cristina Atalaia da Silva

Período: maio de 2018 a fevereiro de 2019.

Santo Antônio de Jesus

2019

LAÍS SOUZA ANIAS

**“O QUE É BOM PARA MEMÓRIA?”: RELATOS DE UMA REABILITAÇÃO
NEUROPSICOLÓGICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito final do Estágio Supervisionado da ênfase II – Psicologia Clínica e Promoção de Saúde do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Kelly Cristina Atalaia da Silva
Professora Orientadora - Presidente da Banca Examinadora

Ms. Ana Flávia Soares Conceição
Avaliadora

Prof.^a Dr.^a Cláudia Feio da Maia Lima
Avaliadora

Santo Antônio de Jesus, 27 de fevereiro de 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para minha trajetória na vida acadêmica. Não é o fim, agora é um novo começo, um recomeço. A minha mãe, Selma, por toda preocupação, carinho e dedicação durante todos estes anos. A minha irmã, Alice, pelo companheirismo e parceria. Ao meu pai, pelo incentivo. Em nome de vocês, eu agradeço a toda minha família, que diretamente ou indiretamente contribuíram para minha permanência na Universidade. Em tempo, agradeço as amizades construídas aqui, você foram fundamentais neste processo. Agradeço também, as companheiras do grupo de estágio, pela união e apoio mútuo durante esses meses. Gostaria de agradecer a minha orientadora, Kelly Atalaia. Muito obrigada, não só pelos ensinamentos acadêmicos, mas pela ética e dedicação. Por fim, agradeço aos pacientes, que contribuíram grandemente para minha formação.

*As coisas tangíveis
tornam-se insensíveis
à palma da mão
Mas as coisas findas
muito mais que lindas
essas ficarão.*

Memória – Carlos Drummond de Andrade

Resumo

Com o aumento da expectativa de vida, algumas patologias neurodegenerativas ganham notoriedade na atualidade. Assim, a longevidade é um marcador para o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas. Com o avanço de tais doenças, faz-se necessário um olhar mais amplo para o envelhecimento, desse modo, será possível dispor de novas estratégias que irão contribuir para todos os aspectos do envelhecimento. Dentre estas estratégias, consideramos no presente estudo a Avaliação Neuropsicológica (AN) e a Reabilitação Neuropsicológica (RN). A doença de Alzheimer (DA) é considerada uma patologia neurodegenerativa, com estágios distintos a depender da progressão da doença. É caracterizada pelo DSM V, como um Transtorno Neurocognitivo Maior que tem como critério diagnóstico prejuízo na memória associado a outras habilidades cognitivas. Este estudo teve como objetivo relatar os efeitos de um programa de RN em um caso clínico de provável DA, após realizar AN (pré e pós intervenção). Para as análises de comparação entre os escores da pré RN e pós RN, foi utilizado o Teste T para amostras pareadas. As estratégias utilizadas para RN envolveram principalmente a memória autobiográfica e a memória implícita, pois estas estavam preservadas na paciente. Além destas, foi utilizada a Terapia de Orientação para a Realidade (TOR), Terapia de Reminiscência (TR), atividades práxicas, atividades de nomeação, fluência verbal, atenção, memória explícita e habilidades aritméticas. No decorrer da RN, a paciente iniciou o uso de antipsicótico, apresentando apatia e sonolência em algumas sessões. Após a RN, a paciente demonstrou mudanças significativas estatisticamente ($p \leq 0,05$) no MEEM, na FAB, no QPAF e no reconhecimento da lista de palavras da bateria CERAD. Nos instrumentos que avaliam memória (recordação imediata), nomeação, fluência verbal e no Teste do Desenho do Relógio, a paciente apresentou queda no escore bruto. Considerando que o processo de reabilitação é multidimensional, tais resultados demonstram ganhos pontuais da paciente, que também refletem nas modificações ocorridas durante este processo.

Palavras-chaves: Envelhecimento; Doença de Alzheimer; Reabilitação Neuropsicológica;

Abstract

With the increase of the life expectancy, some neurodegenerative pathologies gain notoriety in the present time. Thus, longevity is a marker for the development of neurodegenerative diseases. With the progress of such diseases, we need to take a broader view of the future so that we can have new strategies that are useful for all aspects of aging. Among these strategies, we consider the present study Neuropsychological Assessment (AN) and Neuropsychological Rehabilitation (RN). Alzheimer's disease (AD) is a neurodegenerative disorder, neurological disorders dependent on disease progression. It is characterized by DSM V as a Neurocognitive Disorder Greater than the treatment of mental disorders associated with memory associated with other cognitive abilities. This study aimed to report the effects of an NB program in a clinical case of probable AD, after performing AN (pre and post intervention). For the analysis of the comparison between the RN and post RN scores, the T-Test was used for paired samples. As the strategies used for the study of the RN involved an autobiographical memory and an implicit memory, because these were preserved in the patient. In addition, a Reality Orientation Therapy (TOR), Reminiscence Therapy (TR), praxis activities, naming activities, verbal fluency, attention, explicit memory and arithmetic skills were published. During the course of the NB, one started on the use of antipsychotics, presenting apathy and somnolence sometimes. After an RN, one patient showed the same changes statistically ($p \leq 0.05$) in the MMSE, in the FAB, without QPAF and without the recognition of the list of words of the battery CERAD. Instruments that evaluate memory, indication, verbal fluency and not the Clock Test, a sculpted fall patient. The rehabilitation process is multidimensional, using specific patient demonstrations, which also reflect the needs of the indicators during this process.

Keywords: Aging; Alzheimer's disease; Neuropsychological Rehabilitation

Sumário

1. Introdução	9
2. Método	15
2.1. <i>Descrição da paciente</i>	<i>15</i>
2.2. <i>Instrumentos.....</i>	<i>16</i>
2.3. <i>Análises Estatísticas</i>	<i>17</i>
3. Relato de Caso.....	17
3.1. <i>Avaliação Neuropsicológica.....</i>	<i>17</i>
3.2. <i>Reabilitação Neuropsicológica.....</i>	<i>20</i>
3.3. <i>Reavaliação Neuropsicológica</i>	<i>25</i>
4. Resultados	26
5. Discussão	30
6. Considerações Finais	34
Referências Bibliográficas	35
Apêndices.....	40
Anexo	44

1. Introdução

A Neuropsicologia é a ciência que estuda a relação entre cérebro e comportamento (Mäder, 1996; Rodrigues & Ciasca, 2010; Wilson, 2008). Para Mäder-Joaquim (2010) a relação entre a organização cerebral, comportamento e cognição é a preocupação da Neuropsicologia, incluindo os casos em que há um desenvolvimento típico, como também quadros patológicos. Toni, Romaneli e Salvo (2005) enfatizam a interdisciplinaridade da Neuropsicologia, por envolver duas áreas de conhecimento: as Neurociências e a Psicologia. Estes autores descreveram a Neuropsicologia como análise das disfunções comportamentais que estão diretamente relacionadas com as alterações cerebrais. Entre os interesses da Neuropsicologia, é crescente o número de estudos voltados para o desenvolvimento humano, principalmente para a área do envelhecimento.

De acordo com Hamdan, Pereira e Riechi (2011) a Neuropsicologia é uma área importante nos estudos sobre o envelhecimento, pois contribui para representação da cognição humana, sendo essencial para diferenciação entre o envelhecimento normal e patológico. As modificações no envelhecimento podem ocorrer no sistema nervoso central (SNC) e no sistema nervoso periférico (SNP), e, assim, influenciar nos processos sensoriais, motores, emocionais e cognitivos (Ribeiro e Cosenza, 2013). O envelhecimento é um processo complexo e multifatorial (Santos, Andrade & Bueno, 2009), relacionado à diversidade das pessoas e como elas desenvolveram-se do ponto de vista genético, emocional, social e psicológico ao longo da vida (Neri, 2013). Desse modo, são importantes os estudos da neuropsicologia voltados para esta fase, considerando todos estes aspectos e intervindo nos processos do envelhecimento saudável, normal e patológico.

Dentre as teorias contemporâneas sobre o envelhecimento, destaca-se o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*lifespan*), proposto por M. Baltes. De acordo com este paradigma, além do caráter plural do desenvolvimento enquanto um processo multifatorial, este também sofre interferências genéticas, biológicas, sociais e culturais de ordem normativa ou não normativa, marcado por perdas e ganhos na relação entre o sujeito e a cultura (Neri, 2006). Na velhice, este processo é caracterizado por mecanismos de compensação e modificação de recursos para regular as perdas e manter capacidades (Neri, 2013). As mudanças compreendidas no processo do desenvolvimento podem ter três influências: graduadas por idade, graduadas por história e não normativas (Neri, 2013).

As influências graduadas por idade referem-se a processos normativos que comumente vão acontecer para todas as pessoas e são influenciados por características biológicas como o

envelhecimento e a maturação durante a infância, ou por características sociais - marcos normativos dentro da cultura e relacionados aos processos de socialização (Neri, 2006). Aquelas graduadas por história, correspondem as influências que atingem as pessoas de uma mesma época. Por fim, as influências de curso não normativo tem uma característica diferente das duas anteriores, pois, não afeta igualmente todas as pessoas, e são acontecimentos que difere do que era esperado ao longo do curso da vida (Neri, 2006).

Tais pressupostos estabelecidos pela da teoria *lifespan* fizeram com que o envelhecimento fosse visto de forma mais ampla, e não somente o seu caráter genético-biológico, mas também socioculturais e psicológicos. Assim, segundo Neri (2006), a Psicologia do Envelhecimento passa a considerar esta etapa do desenvolvimento não só como uma psicologia do declínio, mas, como um processo que envolve perdas e ganhos. Com o aumento da longevidade faz-se necessário esse olhar mais amplo para o envelhecimento, desse modo, será possível dispor de novas estratégias que irão contribuir para todos os aspectos do envelhecimento.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população idosa brasileira corresponde atualmente a 9,22% e as projeções indicam que em 2058 este percentual será de 24,85%. Esta é uma nova realidade da população brasileira, sendo caracterizada futuramente como uma população idosa. O aumento demográfico da população idosa é um fator importante para o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas (Souza & Teixeira, 2013). Dentre estas, a doença de Alzheimer (DA) é considerada o tipo de demência mais comum na população idosa (Galluci, Tamelini & Forlenza, 2005; Oliveira, 2010). De acordo com Sereniki e Vital (2008), a DA atinge aproximadamente 10% das pessoas com idade acima de 65 anos.

Segundo Gazzaniga, Ivry e Mangun (2006) a DA é do tipo degenerativa, e as causas ainda não são bem explicadas, pois a confirmação do diagnóstico só pode ser exata *post-mortem*. Algumas hipóteses são consideradas para explicar a etiologia da doença: a hipótese genética, a exposição de salicilatos de alumínio, a hiperatividade de neurônios corticais e disfunção da produção de proteínas amiloidais (Gazzaniga et al., 2006).

Souza e Teixeira (2013) apresentam os seguintes aspectos fisiopatológicos da DA: genéticos, patologia amiloide e patologia neurofibrilar. Com relação aos aspectos genéticos, estão relacionados a forma familiar (precoce) da DA, as mutações do gene da proteína precursora de amiloide, do gene presenilina 1 (PS1) e do gene presenilina 2 (PS2) (Smith, 1999; Souza & Teixeira, 2013). Além destes, outros genes relacionados a DA participam do

metabolismo da proteína β -amiloide (presente em maiores densidades nos pacientes com DA), principalmente mutações do gene da apolipoproteína E (ApoE) no alelo 4 (Smith, 1999).

Braak e Braak (1991) afirmam que a evidência neuropatológica da DA é o acúmulo de depósitos amiloidais extracelulares e modificações neurofibrilares intraneuronais. Outro marco da DA no estudo de Braak e Braak (1991) foi que nos estágios mais avançados, os sujeitos apresentaram mudanças neurofibrilares subcorticais. Estas mudanças ocorrem pela formação anormal de proteínas, produzindo emaranhados neurofibrilares no interior do neurônio, resultando em morte neuronal (Baddeley, 2011). Souza e Teixeira (2013) afirmam que estes emaranhados neurofibrilares e as placas senis são marcadores para DA. O peptídeo β -amiloide (β A) é o elemento principal da placa senil. Estas são associações entre lesões resultantes dos depósitos amiloidais e das lesões neurofibrilares (Souza & Teixeira, 2013).

Os sintomas característicos são prejuízos na memória, associado a declínio de outras habilidades cognitivas, como por exemplo: orientação, julgamento, raciocínio abstrato, cálculo, entre outras. (Galluci et al., 2005). Segundo Gazzaniga et al. (2006) o início sutil das dificuldades de memória são complicados de serem detectados pela representação dos padrões cognitivos no envelhecimento senescente. De acordo com Galluci et al. (2005) a DA pode ser classificada em três estágios: o primeiro estágio é marcado por dificuldade de memória episódica associada ao aprendizado, decorrendo em prejuízos de outras habilidades. No estágio intermediário, o (a) paciente apresenta dificuldade em nomeação e apraxia, e, nos estágios terminais estão presentes agressividade, mudanças comportamentais, incapacidade de realizar os cuidados pessoais e modificações no ciclo sono-vigília.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), a característica do Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM) é a presença de déficit em uma ou mais funções cognitivas (memória, atenção, funções executivas, linguagem, percepção e cognição social), apresentados no decorrer do desenvolvimento. Dentre os subtipos do TNM caracterizados pelo DSM-V (APA, 2014) estão presentes a DA, a demência frontotemporal, doença com corpos de Lewy, doença vascular, lesão cerebral traumática, uso de substância/medicamento, infecção por HIV, doença do príon, doença de Parkinson, doença de Huntington, outra condição médica, múltiplas etiologias e não especificado. Segundo o DSM-V (APA, 2014), para caracterizar provável DA, devem estar presentes um dos seguintes critérios: 1) presença de um marcador genético a partir de histórico familiar ou teste genético; 2) todos os seguintes: a) declínio na memória e aprendizagem, associado a déficit em outra habilidade cognitiva; b) rebaixamento progressivo e permanente

na cognição; c) exclusão de outra patologia neurodegenerativa, cerebrovascular, mental ou sistêmica.

A DA está incluída nos quadros patológicos em que a Neuropsicologia pode contribuir cientificamente com estudos, intervenções práticas e eficazes para diminuição dos prejuízos cognitivos, sintomas comportamentais e para o diagnóstico precoce. Nestes casos, tais intervenções são importantes visando a qualidade de vida do (a) paciente. Para Hamdan et al. (2011) a avaliação e a reabilitação neuropsicológica (RN) são as principais implicações práticas da Neuropsicologia. Nos casos de DA, a avaliação neuropsicológica (AN) e a RN podem auxiliar pacientes e familiares. Desse modo, o principal interesse da avaliação neuropsicológica (AN) é investigar as funções cognitivas (Hamdan et al., 2011), incluindo o que está preservado e o impacto na funcionalidade do sujeito.

Capovilla (2007) destaca a importância da AN ainda nos casos em que há comprovação da lesão nos exames de neuroimagem para que seja possível estabelecer relações comportamentais. A AN é fundamental para realização de diagnóstico diferencial, identificação do comprometimento cognitivo e avaliação do grau deste comprometimento (Vieira, Fay, & Silva, 2007). Para AN são utilizados instrumentos padronizados, entrevistas com familiares e observações qualitativas que podem auxiliar na avaliação, contribuindo para maior precisão no trabalho clínico. De acordo com Abrisqueta-Gomez (2006) é preciso considerar a importância dos instrumentos na AN, entretanto, não se deve colocar estes acima de critérios qualitativos, incluindo-os em um “contexto ecológico”. A AN também tem como função fornecer informações importantes sobre as limitações e capacidades aos membros do convívio familiar e social do paciente (Capovilla, 2007).

As aplicações da AN no idoso estão voltadas para diagnóstico diferencial das demências, assim como na prática forense e nos processos de habilitação para veículos automotores (Malloy-Diniz et al., 2013). Malloy-Diniz et al. (2013) apontam para uma característica importante que deve ser observada no processo de AN: a heterogeneidade da população idosa. No Brasil, é preciso considerar o grande índice de analfabetismo, a classe social, as condições de saúde e moradia para que a AN seja mais coerente com o funcionamento anterior do sujeito (Malloy-Diniz et al., 2013). Para Haase, Gauer e Gomes (2010) a AN tem como interesse a utilização de evidências para um modelo de funcionamento mental, e, também a identificação de funções comprometidas e preservadas para orientar os passos futuros, inclusive, a RN.

O princípio que embasa a RN envolve a capacidade do cérebro de se reorganizar após lesão (Vale, et al., 2011). Esta capacidade denomina-se de neuroplasticidade. Segundo Sohlberg e Mateer (2009) a neuroplasticidade é de extrema importância para a reabilitação, pois, a partir desta o cérebro pode modificar sua estrutura e função. Na RN, este mecanismo possibilita que áreas não comprometidas possam auxiliar nesta reorganização cerebral. Alguns mecanismos que envolvem a neuroplasticidade podem explicar a eficácia da RN e recuperação funcional, como por exemplo: *diasquise*, supersensibilidade (pós sináptica) e/ou hiperatividade pré sináptica, reativação de aferências inativas e/ou preservação de colaterais, restituição por brotamento regenerativo e colateral, representação vicária ou substituição funcional e substituição comportamental (Haase & Lacerda, 2004).

A RN também pode ser denominada como intervenção neuropsicológica (IN), pois, entende-se que o processo de “habilitar novamente” o sujeito em sua complexidade e completude ainda é inalcançável (Wilson, 1997). Liberman e Lima (2016) afirmam que diante de um acontecimento, como, por exemplo, uma lesão, é preciso que o sujeito recupere, refaça, redescubra e reinvente a vida. Neste sentido, o processo de reabilitação está para além do retorno de uma condição anterior.

O processo de “re-habilitação” é marcado por medos, inseguranças e desconfortos, portanto, é preciso que este não seja dissociado das dimensões emocionais, sociais e políticas (Liberman, & Lima, 2016). Neste sentido, Ávila (2003) considera a RN como um tratamento biopsicossocial por atender a aspectos emocionais, sociais, físicos, ambientais e cognitivos, incluindo paciente e familiares, considerando também a história de vida do sujeito.

Os modelos teóricos da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) e de Otimização Seletiva e Compensação (SOC) embasam a RN para a população idosa. De acordo com Santos, Moura e Haase (2008) a CIF baseia-se numa visão ampla e biopsicossocial, considerando as capacidades do sujeito e não exclusivamente suas dificuldades. Este modelo teórico na RN com idosos em processo demencial possibilita um olhar integral, para além da patologia, e, uma prática clínica analisando todos os fatores que influenciam nas condições de saúde - ambientais, pessoais, funcionais e biológicos (Santos, et al., 2008). O modelo SOC desenvolvido, permite selecionar áreas que estão preservadas e podem ser otimizadas, e compensar os déficits em outras áreas (Santos et al., 2008), como por exemplo, a utilização de estratégias compensatórias durante a RN.

Baseadas nestes modelos, são utilizadas as seguintes estratégias: estimulação cognitiva, técnicas comportamentais, terapia de reminiscência (TR), terapia de orientação à realidade

(TOR), e orientação aos cuidadores e familiares (Monteiro, Covre & Fuentes, 2013). Segundo Abrisqueta-Gomez (2006) a RN voltada para os casos de demência em idosos deve ser mais ampla, semelhante a abordagem “holística”. Esta abordagem foi desenvolvida por Diller e Bem-Yshay na década 70, e nesta época era constituída por um programa intenso de atividades diárias, direcionada para aspectos cognitivos e emocionais (Gouveia, 2006). Esta abordagem tem como finalidade o retorno as atividades funcionais, elaboração de mecanismos de compensação e adaptação psicossocial do paciente, envolvendo aspectos cognitivos, sociais e emocionais (Taub & Prade, 2006; Gouveia, 2006). De acordo com Wilson (2005) a RN possibilita que as pessoas com déficit cognitivo, social e emocional causado por lesão cerebral, reduzam as dificuldades no convívio social e nas atividades de vida diária. Desse modo, o objetivo maior é o bem-estar e qualidade de vida.

A resolução 02/2004 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) reconhece a área da Neuropsicologia enquanto especialidade em Psicologia, podendo ser considerada uma área nova no Brasil e em desenvolvimento. As práticas reconhecidas por esta resolução envolvem diagnóstico, AN e RN. Entretanto, apesar da regulamentação da especialidade, os autores destacam barreiras para sua prática no Brasil (Hamdan et al., 2011). Dentre as dificuldades, Hamdan et al. (2011) enfatizam a escassez na capacitação nesta área e a adaptação de estratégias para o contexto brasileiro. No Recôncavo Baiano tais práticas são ainda mais restritas, e o Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) é o primeiro gratuito oferecido a comunidade.

Entendendo que os transtornos psicológicos ou patologias neurológicas podem causar prejuízos cognitivos e implicações na vida diária, a RN é fundamental para interferir neste processo de comprometimento cognitivo do sujeito. Portanto, este tipo de intervenção é relevante por proporcionar possibilidade de maior autonomia, autocuidado, qualidade de vida e bem-estar para as pessoas. É importante destacar que o Estágio Supervisionado possibilita um atendimento acessível para a comunidade local, uma vez que a RN é uma prática em desenvolvimento no Brasil e incomum no Recôncavo da Bahia.

O presente estudo teve como objetivo relatar os efeitos de um programa de reabilitação neuropsicológica em um caso clínico de provável doença de Alzheimer (DA), após realizar avaliação neuropsicológica (pré e pós intervenção), realizada no Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

2. Método

Este estudo corresponde a um relato de caso clínico na área de Neuropsicologia, que aconteceu em três etapas: avaliação neuropsicológica, reabilitação neuropsicológica e reavaliação neuropsicológica. Os atendimentos iniciaram-se em outubro de 2018 e foram finalizados em janeiro de 2019, correspondendo a um total de 16 sessões de atendimento clínico. A paciente foi selecionada para o atendimento após realização de triagem no Serviço de Psicologia. Como critério de inclusão para o atendimento, considerou-se as queixas de memória e o prejuízo na funcionalidade.

2.1. Descrição da paciente

Flor¹, atualmente com 79 anos, sexo feminino, branca, aposentada, ensino fundamental incompleto, lê e escreve com dificuldade. Reside há anos em um sítio com seu companheiro, e atualmente, com uma cuidadora. Flor, sempre teve uma vida muito ativa. No decorrer da sua vida foi comerciante e proprietária de uma loja que vendia artigos de costura, roupas e brinquedos. Flor casou-se duas vezes, tem seis filhos e está aposentada há aproximadamente 10 anos. Em seu primeiro casamento, teve quatro filhos e este durou cerca de 10 anos. Com o atual companheiro, Flor possui dois filhos e está casada há 48 anos.

A paciente, além de ser proprietária da loja, gostava de costurar e fazer bordados, sendo esta uma das atividades que ela parou de realizar. Ela iniciou os atendimentos no Serviço de Psicologia após ter participado do processo de triagem direcionado aos atendimentos neuropsicológicos. Os familiares relataram que Flor apresenta histórico de esquecimento há cinco anos, e, atualmente, a queixa da paciente e dos seus familiares está direcionada a perda das memórias recentes. Os déficits de memória influenciam na vida diária da paciente, pois esta não realiza mais atividades que comumente realizava, como exemplo, as tarefas domésticas, o cuidado pessoal, o uso dos medicamentos sem auxílio, costura e bordado.

O filho de Flor relatou episódios em que a paciente esqueceu panelas no fogão, ou que colocou alimentos no micro-ondas por um grande período de tempo, e ainda, esquece de fechar a torneira do banheiro. Por esses motivos, seus familiares avaliaram a necessidade de isentá-la destas atividades, sendo estas atualmente realizadas exclusivamente pela cuidadora. O filho de Flor também relatou um período (dez dias) de internamento hospitalar, em que a paciente apresentou *delirium*, “confusão mental” e agressividade.

¹O nome citado é fictício para resguardar o sigilo da paciente.

Em relação às condições de saúde, a paciente possui diabetes (tipo 2), é hipertensa, possui neuropatia e doença renal crônica. Atualmente, ela faz tratamento farmacológico com Olanzapina (2,5 mg), Vitergan Master, Monocardil, Clopidogrel, Rusovastantina, Anlodipino, Pantoprazol, Metoprolol, Hidralozina, Furosemida, NPH24 e Exelon Patch. É importante destacar que apesar da utilização do Exelon Patch (medicação indicada para DA), a paciente não tinha diagnóstico de DA anteriormente. No relatório da alta médica referente ao período de internamento hospitalar, havia uma suspeita de demência vascular.

No início da RN, o neurologista indicou o antipsicótico (Olanzapina) para controle da agressividade (queixa recorrente dos familiares). Esta medicação foi iniciada com uma dose diária. Os familiares, sob orientação médica foram administrando a dose, e, até o fim da RN a paciente estava fazendo uso de três doses diárias de Olanzapina (2,5 mg). Durante os atendimentos a pergunta da paciente: “o que é bom para a memória?” era recorrente, sendo esta frase que motivou o título do artigo.

A paciente e seu filho foram informados que o atendimento neuropsicológico poderia ser objeto de estudo, sendo respeitada a privacidade da paciente. Assim, qualquer informação ou dado que possa identifica-la será mantido em sigilo. Em concordância com isto, o seu filho assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 1) disponibilizado no Serviço de Psicologia.

2.2. Instrumentos

A AN de Flor contou com avaliações cognitivas, comportamentais e funcionais, e nestas foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista inicial com Flor e posteriormente com os familiares, o Desenho do Relógio (Sunderland, Hill et al., 1989), a Escala Geriátrica de Depressão (Paradela, Lourenço e Veras, 2005), e a bateria *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease – CERAD* (Bertolucci, Okamoto, Brucki, Siviero, Neto & Ramos, 2001) composta pelo Mini Exame do Estado Mental – MEEM (Adaptado de Folstein et al., 1975), Fluência Verbal (animais), Teste de Nomeação de Boston, Lista de Palavras (recordação imediata, tardia e reconhecimento) e Habilidade Construtiva. Foram realizadas escalas funcionais com o informante (filho): o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*– IQCODE (Sanchez & Lourenço, 2009) e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (QPAF) (Sanchez, Correa & Lourenço, 2011). Os escores da AN (pré intervenção) serão apresentados na Tabela 1.

2.3. Análises Estatísticas

Os dados dos instrumentos foram digitados e analisados no *software Statistic Package for the Social Sciences (IBM SPSS 25)*, possibilitando a comparação entre os resultados da avaliação neuropsicológica e a reavaliação após a RN. Para as análises de comparação entre os escores da AN pré reabilitação neuropsicológica e AN pós reabilitação neuropsicológica, foi utilizado o Teste T para amostras pareadas.

3. Relato de Caso

3.1. Avaliação Neuropsicológica

Para a primeira AN (pré intervenção) foram realizadas duas sessões, com aproximadamente 50 minutos cada. Durante a primeira sessão de avaliação, foi possível observar que Flor respondia para além do solicitado nos instrumentos, e ao chegar no final da sessão, continuava a conversar, mesmo sendo alertada que chegara ao fim da sessão. Desse modo, na segunda sessão optou-se por incluir a Bateria de Avaliação Frontal – FAB (Beato, Nitirini, Formigoni & Caramelli, 2007), por identificar no comportamento de Flor uma desinibição, que poderia estar associada a demência fronto-temporal.

A FAB (Beato et al., 2007), é um instrumento para avaliação das síndromes disexecutivas, composta por seis etapas: similaridades (conceituação), fluência lexical (flexibilidade mental), série motora (programação), instruções conflitantes (sensibilidade a interferência), vai-não-vai (controle inibitório) e comportamento de preensão (autonomia ambiental). A pontuação máxima em cada sub-teste corresponde ao escore três, e o escore máximo da FAB corresponde a 18. A bateria foi desenvolvida com o objetivo de avaliar de forma breve domínios frontais que podem estar comprometidos em doenças neurológicas. Beato et al. (2007) validou a versão brasileira em uma amostra com idosos normais (N=48), correlacionando os escores da FAB com os escores do MEEM, escolaridade e idade. Paula, Moura, Bocardí, Moraes, Malloy-Diniz e Haase (2013) consideraram como ponto de corte da FAB o valor de 11 pontos, para sujeitos escolarizados (3-14 anos), com idade entre 60-79 anos. Estes autores apontam que o percentil 25 é o indicador de disfunção executiva.

O Teste do Desenho do Relógio (Sunderland et al., 1989) é um instrumento simples e breve, e o (a) paciente deve desenhar um relógio seguindo as instruções solicitadas, com os ponteiros no horário desejado. O ponto de corte para o Teste do Desenho do Relógio não são bem definidos, Sunderland et al. (1989) avaliou 67 pacientes com DA comparados a um grupo

de 83 idosos sem a patologia (grupo controle). As pontuação do Teste do Desenho do Relógio variam entre 0 a 10, e ao analisar os resultados, a média dos pacientes com DA foi de aproximadamente 5 ($\pm 2,7$). Esta será utilizada como valor de referência para o presente estudo.

A Escala Geriátrica de Depressão (EGD 15) é uma versão reduzida da versão original, composta por 15 itens. A versão original desenvolvida por Sheikh e Yesavage (1986) é composta por 30 itens. Paradela et al. (2005) realizaram a validação da versão reduzida da escala no Brasil, com pacientes de um ambulatório geral. A EGD-15 é um instrumento de rastreio que pode auxiliar na identificação de Depressão Maior ou Distímia em idosos (Paradela et al., 2005). As questões da EGD-15 referem-se ao estado do humor e as respostas são dicotômicas (sim ou não). É atribuído 1 ponto a cada resposta que sugere depressão, e o ponto de corte da escala observado por Paradela et al. (2005), corresponde a 5.

A bateria CERAD (Bertolucci e colaboradores, 2001) tem como objetivo a avaliação neuropsicológica da DA, e é compatível com os critérios adotados pelo DSM. Bertolucci et al. (2004), em estudo para validação da CERAD para população brasileira, considerou os seguintes pontos de corte, verificando o grau de sensibilidade e especificidade da CERAD para DA: MEEM – 26 pontos, fluência verbal – 11, teste de nomeação de Boston – 12 pontos, lista de palavras (memória imediata) – 13, lista de palavras (evocação tardia) – 3, lista de palavras (reconhecimento) – 7 e habilidade construtiva – 4 e evocação da habilidade construtiva – 4.

O MEEM compõe a bateria CERAD e também foi validado por Lourenço e Veras (2006), em uma amostra composta por 303 idosos (73; $\pm 5,3$) que buscavam atendimento em um ambulatório brasileiro. Após a realização de análises para medir a sensibilidade e especificidade do MEEM, e com a realização da estratificação por escolaridade, definiu-se o ponto de corte deste instrumento. Para os analfabetos, o ponto de corte definido para demência foi 18, enquanto para os sujeitos escolarizados, recomenda-se o ponto de corte 24. Neste estudo, será considerado a presente validação (Lourenço & Veras, 2006) e os pontos de corte referidos anteriormente, pois, esta é uma amostra que tem maior aproximação com o caso relatado. Desse modo, é mais representativa.

A IQCODE (Sanchez & Lourenço, 2009) é uma escala de funcionalidade composta por 26 itens. Nesta, é solicitado que o familiar ou cuidador compare o estado do idoso atualmente com o seu estado há dez anos atrás. Carrabba, Menta, Fasolin, Loureiro e Gomes (2015) desenvolveram um estudo para verificar as características psicométricas da versão brasileira da IQCODE para idosos com baixa escolaridade e baixa renda, delimitando assim, o ponto de corte para demência na versão reduzida da escala (16 itens) e a versão completa (26 itens). O valor

de referência definido por Carrabba et al. (2015) corresponde a 3,42 para os casos de demência na versão completa do instrumento.

O QPAF (Sanchez et al., 2011) é um instrumento composto por 10 itens que envolvem atividades diárias realizadas pelo idoso, com o objetivo de avaliar a funcionalidade deste. O QPAF deve ser respondida por um informante próximo ao idoso. No Brasil, Sanchez et al. (2011) validou a escala, desenvolvendo um estudo de adaptação transcultural. O prejuízo na funcionalidade e em realizar as atividades de vida diária, é um dos critérios que auxiliam no diagnóstico das demências, e são utilizados também para diagnóstico diferencial entre a demência e o Comprometimento Cognitivo Leve – CCL (Sanchez et al., 2011). Assis (2014) ao analisar as características psicométricas do QPAF, destacou que os estudos em geral não apresentam ponto de corte para este instrumento, entretanto, aqueles que apresentam o ponto de corte consideram como indicador de incapacidade funcional 5 pontos.

Tabela 1
Avaliação Neuropsicológica de Flor – Pré Intervenção

<i>Habilidades Cognitivas</i>	<i>Instrumentos</i>	<i>Resultados</i>	<i>Valor de Referência (v.r.)</i>
Funções Cognitivas (em geral)	MEEM	Escore 13	24
Escala Funcionais	IQCODE	Escore 4,04	3,42
	QPAF	Escore 24	5
Nomeação	Teste de Nomeação de Boston	Escore 10	12
Funções Executivas	FAB	Escore 2	11
	Fluência Verbal (Animais)	Escore 8	11
Memória	Lista de Palavras (Recordação Imediata)	Escore 7	13
	Lista de Palavras (Recordação Tardia)	Escore 0	3
	Lista de Palavras (Reconhecimento)	Escore 0	7
	Evocação da Habilidade Construtiva	Escore 0	4
Praxia	Habilidade Construtiva	Escore 8	4
	Desenho do Relógio	Escore 5	5
Humor	Escala Geriátrica de Depressão	Escore 5	5

Após o processo de avaliação foi realizada uma sessão para devolutiva dos resultados. O neurologista havia solicitado exames de neuroimagem para a paciente, entretanto, estes não

foram apresentados até o fim da RN. Desse modo, a partir dos critérios do DSM-V, a hipótese diagnóstica de Flor é provável DA em fase moderada. Esta hipótese é baseada na AN, visto que, nos instrumentos utilizados para avaliar a memória e outras habilidades cognitivas, Flor ficou abaixo do valor de referência. Além disso, as observações clínicas, como por exemplo, o discurso repetitivo, a perda da funcionalidade por esquecer algumas tarefas de atividade de vida diária também apoiaram tal hipótese. É preciso salientar que o diagnóstico diferencial para demência fronto-temporal não foi possível realizar, pois, apesar do escore na FAB, a análise do exame de neuroimagem é essencial. Optou-se como hipótese o provável DA, principalmente, em razão dos déficits de memória observados na AN.

3.2. Reabilitação Neuropsicológica

As sessões de reabilitação neuropsicológica ocorreram entre novembro de 2018 a janeiro de 2019, aconteciam semanalmente, e eram realizados dois atendimentos diários, com aproximadamente 50 minutos cada. Foram realizadas um total de 11 sessões de RN. Flor faltou uma sessão com justificativa, e durante a RN estava sendo acompanhada pela cuidadora, ou pelo filho. A partir da avaliação neuropsicológica, foi possível definir quais as habilidades cognitivas seriam estimuladas na reabilitação.

Neste processo, foram utilizadas estratégias (Quadro 1) que estimulassem as funções cognitivas que estariam preservadas e àquelas deficitárias. Desse modo, o foco da RN não estava centrado em uma única habilidade, e assim, diversas funções cognitivas foram estimuladas. Todas as atividades propostas foram guiadas pela técnica de “aprendizagem sem erros”. Esta pressupõe que a (o) terapeuta auxilie a (o) paciente para que ela (ele) não cometa erros, e desse modo, não armazene a informação errada.

As atividades realizadas com Flor eram todas ecológicas, ou seja, de acordo com a história de vida da paciente e com as funções exercidas na sua trajetória. Com relação à escolaridade, Flor era sempre solicitada e encorajada a ler as atividades que exigiam leitura/escrita, porém, por apresentar dificuldade devido ao seu grau de instrução, algumas tarefas eram adaptadas pela estagiária.

Nas sessões de reabilitação neuropsicológica, os treinos envolveram as habilidades preservadas, como a memória implícita e a memória autobiográfica. Entretanto, as habilidades que não estavam preservadas também foram estimuladas, com o objetivo de treina-las. Foram utilizadas as rotas que estavam preservadas em consonância com a neuroplasticidade cerebral para que estas auxiliassem as rotas que estavam prejudicadas. A Terapia de Reminiscência (TR)

foi utilizada para que Flor evocasse memórias do seu passado e da sua história, considerando a importância da memória autobiográfica no processo demencial. Esta técnica foi desenvolvida por Butler, em 1963, e tem como objetivo recordar o passado, criando novos sentidos. A TR dá ênfase ao passado e possibilita a reflexão, o (a) terapeuta pode fazer intervenções, orientando o (a) paciente para o momento presente (Camara et al., 2009; Abrisqueta-Gomez, 2006).

Com o objetivo de estimular a memória autobiográfica, durante a reabilitação foram realizadas as seguintes tarefas: a construção de linha do tempo sobre a história de vida e reapresentação desta, imagens das cidades visitadas por Flor, recordação através do álbum de fotos e preenchimento de uma ficha pessoal. É importante destacar que durante outras atividades, a memória autobiográfica também estava sendo estimulada, visto que as habilidades cognitivas são inter-relacionadas, não sendo possível isolar uma única função cognitiva. A separação feita no presente estudo e durante as sessões é didática, para uma melhor visualização do que foi realizado nas sessões de RN.

Quadro 1. Descrição das tarefas realizados durante a RN.

Memória Autobiográfica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>História de vida</i> A paciente construiu uma linha do tempo sobre sua história de vida, e com auxílio da estagiária, orientou-se temporalmente. Na sessão seguinte, a linha do tempo construída com Flor foi apresentada novamente, solicitando leitura da mesma.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Cidades visitadas</i> Foi solicitado de Flor que ela conte às suas experiências naqueles lugares, o que ela fazia, e onde ela ia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Terapia de Reminiscência (TR)</i> A partir de um álbum de fotos, Flor explicava para estagiária os lugares onde estava, as pessoas e os momentos fotografados.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Preenchimento de ficha pessoal</i> Flor preencheu uma ficha que continha informações como nome completo, data de nascimento, telefone, nome do marido, filhos e netos.
Memória Implícita Procedural
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Desenho de moldes de roupa</i> Flor desenhou um molde de uma camisa. Esta tarefa também envolveu outras habilidades, como: praxia e memória autobiográfica.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Receita de bolo”</i> Descrição dos passos para fazer um bolo.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Passos para bordar</i> Flor listou todos os passos para o bordado “ponto-cruz”.

Continua

Continuação

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Bordados</i> A paciente iniciou uma flor bordada em ponto-cruz com auxílio da estagiária seguindo os passos anteriores. A este bordado, a paciente deu continuidade em outra sessão. Foram realizados bordado “ponto-cruz” no papel, no tecido e bordado “ponto caseado”.
Memória Explícita e Habilidades Práticas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Evocação de frases</i> Foram lidas frases para a paciente, e era solicitado que ela ouvisse atentamente e depois explicasse algo sobre o que ouviu ou repetisse a frase.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Evocação praxica de figuras</i> A paciente olhava a figura por um tempo. Posteriormente, desenhava a figura observada anteriormente. Esta atividade foi realizada em outras sessões, entretanto, solicitava-se a cópia e depois de um intervalo, a evocação tardia da figura copiada.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Desenho de figuras</i> A paciente copiou figuras a partir de um modelo. As figuras eram formas geométricas e vestidos mais simples (em formato de desenho) ou modelos mais complexos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Perguntas a partir da visualização de imagens</i> Flor observava a imagem, e a estagiária fazia perguntas referentes aos objetos presentes na figura. Posteriormente, a imagem era retirada e Flor era solicitada a responder as mesmas perguntas.
Nomeação, Fluência Verbal e Habilidades Aritméticas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Nomeação de objetos</i> Flor ouvia a descrição de alguns objetos e foi solicitado a nomeação destes. Posteriormente, eram apresentadas imagens do objeto descrito. A paciente também nomeou os objetos ao tocá-los em uma caixa.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Palavras com as iniciais solicitadas</i> A estagiária solicitava que Flor falasse palavras que iniciassem em diferentes letras.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Cálculo com dinheiro falso</i> Flor precisava responder soma e subtração de cálculos com dinheiro falso. Além do cálculo, era exigido da paciente abstração, pois eram utilizadas a estratégia de compras de roupas para resolução do problema.
Orientação, Atenção e Controle Inibitório
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Relógio para monitoramento</i> Incluiu-se na sessão um relógio para monitorar o tempo da sessão, e este era sempre apresentado a paciente, identificando os minutos que haviam passado, e o horário atual.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Associação entre cores e rostos</i> Flor era orientada a observar o rosto e associar a cor referente. Posteriormente, ela precisava dizer qual a cor estava associada àquela figura.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>STROOP com números (adaptado)</i> Foi solicitado que Flor falasse as cores apresentadas, os números e por fim, falasse quais coram eram àqueles números.

A RN foi iniciada com a construção de um “livro” (Apêndice A) linha do tempo com “lã” e botões para marcar eventos importantes, pois estes são materiais que também remetem a história de vida da paciente. Nesta linha do tempo, Flor marcou como significativo o nascimento dos seus filhos, sendo desafiada pela estagiária a pensar sobre outros eventos, como a aposentadoria, viagens realizadas e os seus casamentos. A paciente estava sempre voltando na linha do tempo, e contando a quantidade de filhos e seus respectivos nomes. Na sessão seguinte, a paciente leu a “história da sua vida”, entretanto, não recordava inicialmente de ter realizado esta tarefa na sessão anterior.

Flor foi solicitada a identificar, a partir de figuras, os lugares em que já viajou para comprar produtos para a sua loja, e relatar como eram esses lugares e suas experiências, ela utilizou uma folha em branco que estava sob a mesa e fez a representação de um “mapa” demonstrando as ruas e as lojas que realizava suas compras, evocando três ruas onde ficavam estas lojas. Este era um comportamento recorrente da paciente quando as atividades envolviam folhas de ofício, era comum ela desenhar ainda que a tarefa não solicitasse isto, demonstrando prejuízos no controle inibitório.

Dentre as atividades que envolviam memória autobiográfica, na última sessão de reabilitação, os familiares de Flor levaram um álbum de fotos a pedido da estagiária. A paciente pôde contar a história das fotos, os lugares, e as pessoas presentes. Por vezes, Flor confundia algumas pessoas, não se reconhecia nas fotos ou não tinha noção temporal (por exemplo: em uma foto dela mais antiga, relatou que era uma foto mais recente). Nestes momentos, a estagiária realizava intervenções, orientando-a. Também foi sugerido que a paciente preenchesse uma ficha com suas informações pessoais e de seus familiares (nome completo, data de nascimento, endereço, telefone, nome completo do esposo, nome dos filhos e netos).

Para orientação, foi adotada a Terapia de Orientação a Realidade (TOR). Segundo Abrisqueta-Gomez (2006) a TOR utiliza aspectos ambientais que fez/faz parte da vida do paciente, para auxiliar na orientação temporal e espacial. Desse modo, optou-se por incluir um relógio manual durante as sessões (Apêndice B). A estagiária mostrava a paciente o horário que iniciava a sessão, e após um período, questionava quanto tempo a paciente achava que havia passado, e assim, monitorava a passagem do tempo, marcando o horário a cada etapa junto com Flor. Ao preencher a ficha pessoal, também foi solicitado que a paciente respondesse informações atuais referentes ao dias (data, estação do ano, proximidade do seu aniversário). Nesta, a paciente confundiu-se com relação ao ano atual. A cuidadora foi orientada a repetir esse processo em casa, destacando para Flor em um calendário, o dia da semana e a data.

Para estimular a memória implícita, foram utilizadas tarefas relacionadas a costura, bordado e receita. Assim, foram realizados bordado “ponto-cruz”, “ponto caseado” e a descrição das etapas para fazer um bolo e para bordar. As atividades de bordado (Apêndice C) eram atividades prazerosas para a paciente e esta ficava muito engajada e concentrada. Iniciou-se o bordado, com o planejamento escrito das etapas necessárias para bordar, e posteriormente, a paciente com auxílio da estagiária iniciou o bordado “ponto-cruz” de uma flor no tecido. Neste, a paciente foi seguindo os passos escritos anteriormente. Flor teve uma dificuldade inicial para bordar corretamente, e ao errar o “ponto” voltava e refazia, se autocorrigindo. Demos continuidade a este bordado na sessão seguinte, entretanto, a paciente descrevia dificuldades para enxergar e algumas dificuldades referentes aos detalhes da flor bordada. Pois, nos detalhes, havia uma “interrupção” do automatismo e da atenção concentrada ao bordar, e neste momento, ela errava o ponto.

Como estratégia, foi solicitado que Flor bordasse o “ponto-cruz” reto em uma folha de papel adaptada, como se fosse o tecido e depois, reproduzisse a linha reta no tecido. Além disso, utilizou-se o “ponto caseado”, pois este demandava que a paciente bordasse de forma reta e sem interferência, sendo esta uma tarefa menos complexa. Desse modo, ela realizou o bordado corretamente. Entretanto, nesta sessão, Flor apresentou uma diferença de engajamento, pois havia iniciado o uso de uma dose maior da Olanzapina (2,5 mg). Nesta sessão, a paciente não estava disposta e muito sonolenta, recusou-se a continuar o bordado (atividade que em outras sessões ela fazia com muita disposição) e não realizou intrusões nas tarefas que envolviam desenhos.

Ao escrever com a estagiária uma “receita de bolo” ela não falava alguns ingredientes, mas após olhar as figuras, nomeava e acrescentava na receita. Durante a escrita da receita de bolo, a estagiária auxiliou os passos do bolo para que Flor não repetisse passos que ela já havia acrescentado. Foi possível observar uma diferença da primeira etapa da receita, em que ela apresentou maior dificuldade, para o final, em que ela descreveu corretamente os passos finais para assar o bolo.

Com relação à memória declarativa episódica, optou-se por ler frases para a paciente, e esta realizar duas tarefas: explicar ou falar algo sobre a frase e depois, repetir a frase. Considerando a aprendizagem sem erros as frases eram simples, como por exemplo: “o menino estava brincando na rua”. Entretanto, a paciente teve muita dificuldade, recordando parcialmente as frases ainda que a estagiária desse pistas das frases. Algumas atividades

práticas também envolveram a memória explícita, como por exemplo, a evocação tardia de figuras abstratas ou de vestidos.

Foi observado que a paciente se beneficiava de estímulos visuais e das tarefas práticas, portanto, as atividades geralmente envolviam estes aspectos. Durante as sessões que haviam desenhos, Flor sempre desenhava vestidos, mesmo que a estagiária solicitasse a cópia de figuras abstratas. Quando solicitada a desenhar vestidos, diferente do que ela costumava fazer, ela fazia a cópia do modelo e de algum modo, incluía os seus “próprios” vestidos (Apêndice D). Em uma das sessões, a paciente fez intrusão de mangas no vestido, diferente do modelo. Ela notou o erro, e se autocorrigiu, porém ao fazer o outro lado do vestido, Flor também incluiu mangas, cometendo o mesmo erro novamente.

Com relação às atividades práticas, além de desenho dos vestidos, sugeriu-se também, o desenho de figuras abstratas. A tarefa inicial em que era solicitado que a paciente olhasse para o desenho, criasse uma imagem mental e posteriormente desenhasse pareceu muito complexa, pois, Flor não conseguia realizar e necessitou de muitas pistas. Desse modo, adotou-se a estratégia da cópia, e depois, retirava-se a figura e solicitava que ela desenhasse. Dessa maneira, Flor apresentou melhores resultados. Esta é uma tarefa mais simples, pois, em termos das funções cognitivas, está sendo solicitada inicialmente somente a praxia.

Outras habilidades cognitivas estiveram presentes nas tarefas da RN: como atenção, fluência verbal, nomeação, aritmética e controle inibitório. A orientação aos familiares e a cuidadora também foi utilizada como estratégia, realizando psicoeducação sobre a DA, orientações de como realizar a TOR em casa, e momentos de escuta para entender modificações do comportamento da paciente e sobre mudanças do uso dos medicamentos.

3.3. Reavaliação Neuropsicológica

A reavaliação neuropsicológica é um procedimento que possibilita ao profissional visualizar os resultados da RN. Desse modo, são utilizados os mesmos instrumentos da primeira avaliação. A reavaliação de Flor foi realizada em duas sessões, com aproximadamente 50 minutos cada sessão. As escalas funcionais foram respondidas pelo filho. Estes dados serão apresentados na Tabela 2. Ao fim da reavaliação, foi realizada uma sessão para devolutiva com a cuidadora e o marido de Flor.

4. Resultados

Na primeira avaliação realizada em novembro de 2018, com os instrumentos descritos anteriormente (Tabela 1), Flor apresentou prejuízo na memória declarativa episódica, associada à dificuldade de orientação temporal/espacial e na fluência verbal. Foram observados déficits moderados com relação à nomeação e prejuízos graves relacionados ao controle inibitório. A queixa da paciente e dos familiares está relacionada com o que foi demonstrado pela avaliação - dificuldade de evocar fatos recentes. Flor também apresentou as seguintes habilidades preservadas: memória implícita, memória autobiográfica e habilidades práxicas. Foi possível identificar que Flor, além de uma boa habilidade práxica, se beneficiava de estímulos visuais.

Os dados qualitativos e a avaliação com a FAB apontaram para uma desinibição cognitiva. Dentre os sub-itens da FAB, a paciente obteve escore apenas nos itens referentes a fluência lexical e ao comportamento de prensão (AN pré intervenção). Foi possível observar também que Flor realizava atividades além do que era solicitado pela estagiária, como por exemplo, desenhos de vestidos e dobraduras em folhas que estavam na mesa. Outro aspecto qualitativo observado durante a primeira AN e critério para hipótese diagnóstica é que Flor repetia durante a sessão algumas falas/questionamentos como se fossem uma informação nova.

Com relação à orientação, a paciente apresentava um discurso muito coerente, entretanto, algumas informações eram divergentes do discurso dos familiares. Durante a avaliação inicial ela relatou que tomava os medicamentos, vestia-se e realizava o autocuidado sem auxílio. Porém, nas entrevistas com os familiares, foi possível entender que ela não realizava mais estas tarefas, e o que ela falava era por falta de orientação temporal, visto que esta era uma atividade que ela realizava anteriormente e deixou de realizar recentemente.

Após RN os avanços de Flor foram bem pontuais (Tabela 2). Seu engajamento e disposição para as atividades foi variando de acordo com as sessões, ficando mais disposta nas atividades que eram prazerosas para ela, como costura e desenho. Foi possível analisar segundo, a percepção da estagiária, que Flor apresentou em maior parte da RN, apatia e desengajamento. Este tipo de comportamento se agravou quando o uso da dose do antipsicótico foi maior.

Ao comparar os dados da AN pré intervenção com a AN pós intervenção (Tabela 2), é possível observar que a paciente obteve avanços nos seguintes instrumentos: Bateria FAB, Bateria CERAD – Mini Exame do Estado Mental, Bateria CERAD – Lista de Palavras (Reconhecimento), Bateria CERAD – Habilidade Construtiva e na Escala Geriátrica de Depressão (EGD-15). Flor apresentou declínio nos escores dos seguintes instrumentos: IQCODE, QPAF, Bateria CERAD – Fluência Verbal (Animais), Bateria CERAD – Teste de

Nomeação de Boston, Bateria CERAD – Lista de Palavras (Recordação Imediata) e no Teste do Desenho do Relógio.

Tabela 2

Resultados das avaliações neuropsicológicas

<i>Habilidades Cognitivas</i>	<i>Instrumentos</i>	<i>Escores Brutos</i>		<i>v.r.</i>	<i>t</i>	<i>p (sig.)</i>	<i>Comparação</i>
		<i>Pré RN</i>	<i>Pós RN</i>				
Funções Cognitivas (em geral)	MEEM	13	19	24	1,48	0,001	↑
Escala Funcionais	IQCODE	4,04	4,07	3,42	0,77	0,33	↓
	QPAFF	24	28	5	0,51	0,00	↓
Nomeação	Teste de Nomeação de Boston	10	6	12	1,96	0,12	↓
Funções Executivas	FAB	2	5	11	0,10	0,001	↑
	Fluência Verbal (Animais)	8	7	11	1,66	0,61	↓
Memória	Lista de Palavras (Recordação Imediata)	7	0	13	1,85	0,39	↓
	Lista de Palavras (Recordação Tardia)	0	0	3	0,29	0,77	=
	Lista de Palavras (Reconhecimento)	0	1	7	4,82	0,001	↑
	Evocação da Habilidade Construtiva	0	0	4	0,74	0,28	=
Praxias	Habilidade Construtiva	8	10	4	1,69	0,67	↑
	Desenho do Relógio	5	3	5	1,39	0,09	↓
Humor	Escala Geriátrica de Depressão	5	2	5	1,11	0,24	↑

Nota. *t* = Teste T de Student; *p* = teste de significância ($p \leq 0,05$); ↓: indicativo de prejuízo; ↑: indicativo de ganho; =: não houve mudança no escore bruto.

E os escores permaneceram os mesmos nos instrumentos: CERAD – Lista de Palavras (Recordação Tardia) e CERAD – Evocação da Praxia Construtiva. É importante considerar que durante a primeira avaliação, a paciente ainda não estava fazendo uso da Olanzapina. O uso deste medicamento iniciou-se junto com o período da reabilitação.

Dentre os instrumentos que avaliaram as funções executivas, é possível identificar que a paciente apresentou diferenças positivas entre as avaliações. Na primeira avaliação, realizada

em novembro de 2018, Flor obteve dois pontos referentes aos subitens da FAB: fluência lexical e comportamento de preensão. Na segunda avaliação, a paciente atingiu escore cinco, pois, respondeu corretamente aos subitens: similaridades, fluência lexical, série motora, instruções conflitantes e comportamento de preensão. A análise estatística demonstrou uma mudança significativa ($t=0,10$; $p=0,001$) ao comparar a FAB (pré e pós intervenção). Este resultado associado a diferença do escore bruto (Tabela 2) entre as avaliações sugere um melhor desempenho nas funções executivas. Porém, ainda é um aumento de escore bruto inferior comparado com o ponto de corte. O avanço nas funções executivas também foi possível ao observar as avaliações qualitativas, pois, durante a segunda avaliação Flor não realizou outras atividades (desenhos, dobraduras), para além do solicitado pela estagiária. Com relação à fluência verbal, Flor apresentou um declínio não significativo.

No MEEM foram observados os maiores ganhos de Flor (Gráfico 1). No estado de progressão da DA este é um resultado satisfatório, visto que, é comum que na DA os idosos apresentem declínios neste instrumento. Na primeira avaliação, realizada em novembro de 2018, Flor obteve escore 13 no MEEM. Após o período de RN, o escore foi de 19. De acordo com o valor de referência para um a quatro anos de estudo, Flor aproximou-se do ponto de corte, que corresponde a 24 pontos. No MEEM, os resultados da comparação das médias de Flor entre as ANs apontaram para uma diferença significativa ($t=1,48$; $p=0,001$). As pontuações no MEEM que diferiram da primeira avaliação envolvem a orientação e linguagem. Neste instrumento, os itens de memória não apresentaram diferenças, entretanto, na bateria CERAD, observou-se declínio dos itens de recordação imediata (memória).

Os itens que apresentaram diferenças foi orientação espacial, a cópia dos pentágonos, o comando em três etapas, e a escrita de uma frase (Gráfico 1). O aumento na orientação espacial demonstra, para além da própria habilidade, um aprendizado, pois, durante a primeira sessão de avaliação, o espaço era um ambiente novo, ainda não conhecido pela paciente. Na segunda avaliação, ela nomeia todos os lugares, inclusive o Serviço de Psicologia, refletindo uma aprendizagem após ter ido para diversos atendimentos.

Sabe-se que o desempenho cognitivo não é isolado do contexto e dos acontecimentos da vida da paciente. São inúmeras as variáveis que podem interferir neste processo, que não dependem somente da reabilitação. É preciso considerar que durante a RN, todas as tarefas que envolviam a memória episódica, a paciente já apresentava dificuldades em concluir e demandava interferência da estagiária com procedimentos de pistas perceptuais.

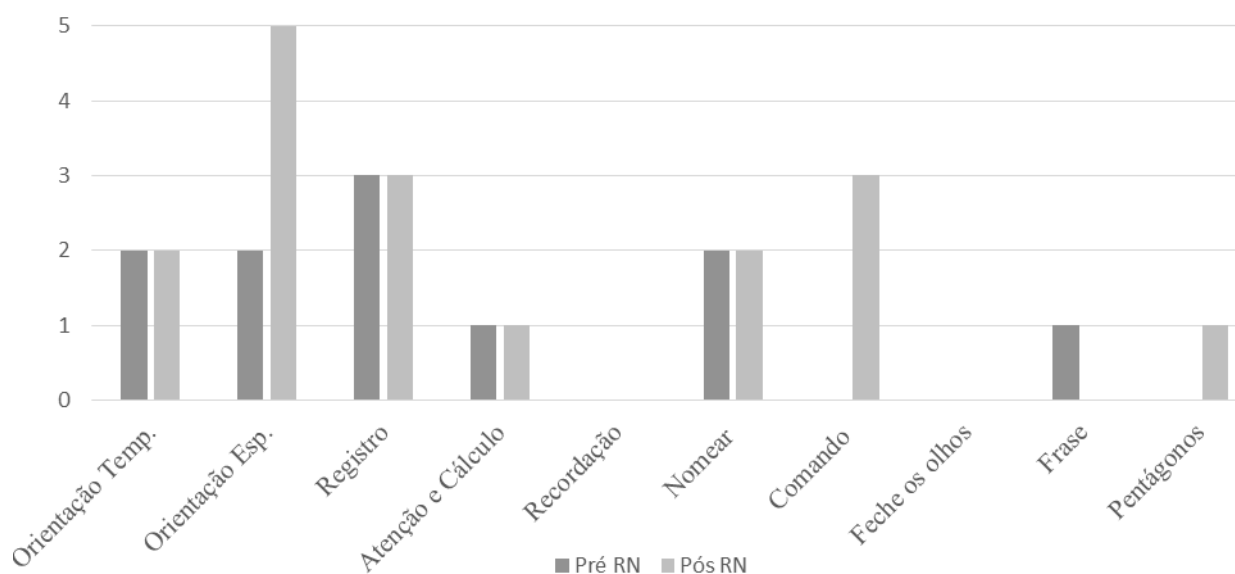


Gráfico 1. Resultados do escore bruto no MEEM (pré e pós RN).

Durante a reavaliação neuropsicológica, a paciente demonstrava ainda estar sob influência da aprendizagem sem erro, solicitando a pista da estagiária, como geralmente acontecia durante a RN. Esta influência da pista sugere que o processo de generalização na RN não foi eficaz, pois Flor estava sob controle da pista durante a reavaliação neuropsicológica, e como esta não foi retirada gradativamente (em detrimento dos déficits de Flor), a paciente não generalizou a aprendizagem, não acontecendo a generalização para mensuração psicométrica. Com relação ao humor, observou-se que a paciente apresentou na reavaliação indicativos de melhora. Ainda que, em algumas sessões de RN, a paciente demonstrasse apatia, sonolência e rebaixamento do humor justificados pelo aumento progressivo da dose da medicação antipsicótica.

As diferenças nas escalas funcionais demonstram uma relativa piora do grau de deterioração cognitiva da paciente com base no discurso do informante (filho) em um período curto de tempo. No QPAF observou-se significância estatística ($t= 0,51$; $p=0,00$) ao realizar as análises de comparação pareada. Este resultado demonstra que ao comparar a média entre as duas avaliações neuropsicológica, Flor apresentou mudanças. Esta modificação entre as avaliações é também confirmada pela diferença do escore bruto (Tabela 2). As orientações e as sessões de psicoeducação sobre a DA foram realizadas com o filho e a cuidadora, entretanto, em algumas sessões as queixas refletiam na culpabilização, infantilização e retirada de

autonomia da idosa. Por exemplo, Flor não era incentivada a escolher suas próprias roupas e não era comunicada sobre viagens. As estratégias indicadas para os déficits de memória não foram utilizadas, e a família aparentemente não compreendia a dificuldade de memória de Flor. A queixa dos familiares era recorrente com relação a agressividade, e para eles, a medicação era o ideal para controle desse tipo de comportamento.

Nas habilidades práticas, Flor apresentou rendimentos satisfatórios. Atividades que envolviam as praxias eram vistas como prazerosas para a paciente durante a RN. Na reavaliação neuropsicológica, o score no Teste do Desenho do Relógio diminuiu, entretanto, associa-se este declínio à dificuldade de memória, pois, a paciente desenhou corretamente o relógio e seus números, mas não recordou dos ponteiros e do horário do relógio. Este foi um dos instrumentos em que ela demandou dicas da estagiária, pois não recordava o horário. Durante o processo de RN, expectativas foram criadas com relação aos objetivos da paciente e com relação aos resultados da reabilitação, porém, compreende-se que este não é um processo “mágico”/linear. As trocas entre paciente e estagiária foram fundamentais para o processo de RN. Com o decorrer das sessões, Flor estabeleceu um vínculo com a estagiária e com o espaço. Apesar de não recordar da estagiária, a paciente conhecia o espaço onde estava e sempre referia-se às dificuldade de memória, demonstrando entender que ali era o “lugar para a memória”.

5. Discussão

As estratégias adotadas na RN deste estudo de caso podem ser eficazes para os pacientes com DA, apesar dos ganhos pontuais da paciente no caso apresentado. Ávila (2003) apontou em seu estudo com pacientes com DA leve, que é comum os pacientes apresentarem quedas significativas em alguns instrumentos com o decorrer do tempo. Isto acontece pela própria caracterização da DA, como uma doença degenerativa. Este tipo de resultado foi observado com Flor, em que, prejuízos na evocação tardia se manteve e na evocação imediata aumentou. Ávila (2003) afirma que entre os itens de orientação e memória do MEEM são os primeiros a apresentarem dificuldades na DA. No caso relatado, o item de orientação foi o que a paciente obteve maiores scores, atingindo um resultado positivo no MEEM. Assim como no presente estudo, Da-Silva, Pereira, Veloso, Satler, Arantes & Guimarães (2011), ao apresentar os resultados de um programa de reabilitação da memória aplicada à demência, também encontrou diferenças significativas no MEEM.

É importante destacar que a hipótese diagnóstica de DA foi considerada para iniciar a RN. Porém, não foi possível realizar o diagnóstico diferencial entre a DA e a demência

frontotemporal a partir dos exames de neuroimagem. Assim como também não foi possível a investigação de marcadores biológicos, como o líquido cefalorraquidiano, para suspeita de uma variação da DA. Uma variação frontal da DA (“DA atípica”) foi relatada por Souza et al. (2013) e esta caracteriza-se por não apresentar dificuldades típicas de memória, incluindo síndromes frontais ou atrofia posterior cortical. Na DA atípica, o paciente pode apresentar síndromes disexecutivas, apatia, estereotípias, comportamento agressivo, compulsão alimentar, declínio na interação social e negligência com os cuidados pessoais (Souza, et al., 2013).

Vale ressaltar que, no relatório apresentado em sua alta médica, não foi apontado como hipótese diagnóstica a DA, apesar disso, a paciente já fazia uso do inibidor de colinesterase (Exelon Patch) antes da RN. Neste sentido, pode-se afirmar que durante a RN, a paciente já estava sob efeito desta medicação que é indicada para os casos de DA. Tais inibidores auxiliam no tratamento da DA e demonstram resultados positivos nos aspectos cognitivos, funcionais e comportamentais (Engelhardt, Brucki, Cavalcanti, Forlenza, Laks & Vale, 2005). O tratamento combinado entre medicação e RN foram relatados na literatura como essenciais para o processo, de modo que o treino cognitivo pode potencializar o tratamento farmacológico (Newhouse et al., 1997; Ávila, 2003).

De acordo com Sohlberg e Mateer (2009) a generalização deve estar presente intencionalmente no programa de RN, e acontece em níveis distintos: generalização de uma habilidade para outra, para atividades funcionais espontâneas e estruturadas, e para mensuração psicométrica. A paciente apresentou dificuldade em generalizar o que era aprendido durante a sessão para outros contextos e/ou outros momentos da RN. Porém, aparentemente, ocorreu generalização entre habilidades. Como demonstrou a reavaliação, Flor, teve ganho nas funções executivas, sendo que a maioria das tarefas eram de memória implícita e autobiográfica. Bologani, Gouveia, Brucki e Bueno (2000), relatam a dificuldade de um paciente amnésico transpor o que foi aprendido através da memória implícita, pois esta é extremamente específica e estimulada a partir de um contexto específico. A dificuldade em generalização é um dos desafios da RN. Wilson (2008) afirma que, o principal objetivo da RN não é a melhora dos escores nos testes, e os benefícios da RN devem ser refletidos na funcionalidade do sujeito, e na sua autonomia. Por isso, a generalização é tão importante.

O processo de reabilitação é multidimensional, pois envolve vários aspectos da vida do (a) paciente. Com os idosos, principalmente aqueles que tem maior grau de dependência dos familiares e cuidadores, a RN envolve atividades de vida diária (AVD) e orientação a estes familiares. No caso relatado, as orientações ocorreram, entretanto, não houve treinamento de

tarefas específicas para as AVDs, como vestir-se, alimentar-se e uso de medicamentos. Flor, segundo os familiares, tinha comportamentos agressivos durante o banho e na escolha da roupa. Assis, Assis e Cardoso (2013) relatam que o banho e a atividade de vestir-se são tarefas complexas para idosos com demência, pois envolvem a orientação e planejamento. É orientado que o idoso participe da escolha da roupa, sendo incentivado quando for possível (Assis et al., 2013). Porém, esta era uma das atividades que o filho ou a cuidadora realizava pela paciente, demonstrando uma das reações citadas por Câmara, Menezes e Campos (1998), a superproteção. Dentre as dificuldades do processo de RN, a superproteção dos familiares, apesar da psicoeducação realizada não possibilita o mínimo de autonomia para Flor, nas condições que são possíveis.

Em alguns momentos de orientação e escuta ao filho e a cuidadora, foi possível notar falas que correspondem a infantilização da idosa, considerando algumas situações de esquecimento como “birras” ou “teimosia”. Um estudo que teve como objetivo entender a relação entre os familiares e idosos em condição de dependência, Floriano, Azevedo, Reiners e Sudré (2012) destacou que a infantilização do idoso é representada pela dependência nas AVDs, dificuldade em realizar os cuidados, comportamentos de oposição ou o próprio comportamento do idoso. Estes autores apontam a infantilização do idoso como um complicador, pois, desconsidera todas as vivências e experiências do idoso, associando-o a uma criança. Algumas estratégias adotadas pelos familiares visam evitar acidentes e complicações no estado do idoso (Floriano et al., 2012). No caso de Flor, com estes objetivos, o filho decidiu isenta-la de atividades como cozinhar, tomar banho sem auxílio, aplicação de insulina e uso de medicamentos.

É fundamental o papel que os cuidadores exercem na vida dos pacientes com demência. (Cruz & Hamdan, 2008). Nestes casos, a sobrecarga gerada pela dependência é um complicador para o cuidador e/ou familiar (Monteiro et al., 2013). A preocupação do filho de Flor com relação aos seus cuidados era visível e compreendida durante as sessões. O cuidador geralmente não é preparado para esta tarefa, e é escolhido por diversas questões: ser mulher ou o cônjuge, morar próximo, maior disponibilidade, grau de parentesco. Neumann e Dias (2013) em pesquisa com familiares e idosos com DA apontou algumas mudanças na vida deste cuidador. O “tornar-se cuidador” geralmente não é uma “escolha” e são vivenciados sentimentos como um “luto antecipado” a cada perda presente na DA (Neumann & Dias, 2013).

Os sintomas comportamentais e psicológicos nas demências (SCPD) podem ser comumente encontrados nos pacientes na fase moderada a grave, e são motivos de estresse e

sobrecarga para o cuidador (Forlenza, Cetraz & Diniz, 2008). Segundo McKeith e Cummings (2005) é comum que no início da DA os sujeitos apresentem sintomas relacionados a ansiedade e depressão, e nos estágios intermediários e finais, os sintomas mais comuns são alucinações, delírios, e agressividade/euforia. O filho de Flor relatava episódios de agressividade recorrente, mesmo que durante as sessões ela não demonstrasse comportamentos agressivos e nem irritabilidade.

Em estudo de revisão realizado por Oliveira et. al (2015), apenas um estudo demonstrou a relação entre a reabilitação cognitiva e os SCPD. No estudo de Brunelle-Haman, Thivierge e Simard (2015) com pacientes com DA leve a moderada, a reabilitação envolvia tarefas de técnicas de memória para 15 pacientes e seus cuidadores. Ao comparar os resultados desta intervenção, Brunelle-Hamann et al. (2015) observaram uma diminuição significativa de sintomas delirantes.

O tratamento farmacológico é uma indicação para os SCPD e foi uma das estratégias utilizadas pelos familiares da paciente. Os antipsicóticos compõem uma das categorias de medicamentos indicados para pacientes com demência (McKeith & Cummings, 2005). Os antipsicóticos atípicos comumente utilizados para os SCPD descritos na literatura são: risperidona, olanzapina, aripiprazol e a quetiapina (Ramos & Rocha, 2006). Em artigo de revisão, Ramos e Rocha (2006), encontraram alguns estudos que relataram os efeitos adversos dessas medicações. A olanzapina, medicação recomendada para Flor, tem como efeito adverso maior sonolência, dificuldade de marcha, ganho de peso, anorexia e incontinência urinária com relação ao placebo (Ramos & Rocha, 2006).

A sonolência foi um dos aspectos observados na paciente durante as sessões de RN. Em decorrência dos comportamentos observados após o início do uso de antipsicótico, é possível argumentar que a medicação também influenciou na RN e conseqüentemente, nos resultados da reavaliação neuropsicológica. Vale et al. (2011) destaca a importância de uma avaliação dos diversos aspectos envolvidos nos casos de SCPD. Se possível, os autores indicam ajustar tais aspectos (psicossociais, comportamentais, biológicos) antes do tratamento farmacológico, visto que, estes podem apresentar efeitos colaterais prejudiciais para o idoso (Vale et al., 2011). Tampi, Tampi, Balachandran e Srinivasan (2016) também afirmam que o uso do antipsicótico deve ser adotado caso o idoso não se beneficie de outras estratégias não-farmacológicas, apresentando assim, sintomas mais graves.

Entendendo que a RN depende de diversas variáveis, Santos et al. (2008) apontam que a eficácia para o programa de RN não deve ser considerada apenas os resultados da avaliação

neuropsicológica, diante da multiplicidade de características que envolvem a RN. Neste sentido, pode-se considerar a eficácia e a importância da RN no caso relatado, visto que possibilitou a interação entre familiares, estagiária e paciente.

6. Considerações Finais

O presente relatório possibilitou uma experiência na prática clínica em Neuropsicologia. Neste estudo, foi possível observar como a RN pode auxiliar pacientes e familiares que possuem comprometimentos cognitivos. O caso relatado demonstrou a eficácia da RN e a dificuldade em extrapolar as intervenções e aprendizagem realizadas durante a RN para outros contextos.

As tarefas ecológicas foram muito eficazes na RN, visto que, nestes momentos, a paciente demonstrava interesse e prazer em realizá-las. Da mesma forma, as tarefas que envolviam memória implícita eram motivadoras para a paciente. Nestas atividades, Flor reconhecia que, apesar da dificuldade em converter a memória de curto prazo para longo prazo, ainda havia preservada suas “*memórias antigas*”. Cabe ressaltar que a não possibilidade da realização do diagnóstico diferencial pode ter prejudicado o processo, pois, ao assumir a hipótese diagnóstica de DA, considerou-se os prejuízos apresentados por esta patologia. De modo que, caso a hipótese diagnóstica fosse considerada como demência frontotemporal, as intervenções seriam diferentes na RN.

Destaca-se a importância deste tipo de atendimento no contexto que está inserido, voltado para uma população em vulnerabilidade social, que, provavelmente não terá acesso a um atendimento em Neuropsicologia em outros espaços. Esse trabalho faz-se necessário para ampliar a prática em Neuropsicologia no Recôncavo Baiano, possibilitando o desenvolvimento de novas experiências.

Referências Bibliográficas

- Abrisqueta-Gomez, J. (2006). Reabilitação neuropsicológica: “O caminho das pedras”. In Abrisqueta-Gomez, J. & Santos, F. H. dos. (Orgs.) *Reabilitação Neuropsicológica: Da teoria à prática*. São Paulo: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association et al. (2014) *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Assis, M. G., Assis, L. O. & Cardoso, A. P. (2013). Reabilitação das atividades diárias. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D. & Cosenza, R. M. (Orgs.). *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.
- Assis, L. O. (2014). Propriedades psicométricas do questionário de atividades de vida diária de Pfeffer (Tese de Doutorado). Instituto de Ciências Biológicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Rev. Psiq. Clin. (São Paulo)* 30(4), pp. 139-146.
- Baddeley, A. (2011). A memória e o envelhecimento. In Baddeley, A., Anderson, M. & Eysenck M. (Orgs.). *Memória*. Porto Alegre: Artmed Editora AS.
- Braak, H, & Braak, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathologia*, 82, pp. 239-259.
- Beato, R. G., Nitrini, R., Formigoni, A. P., & Caramelli, P. (2007). Brazilian version of the Frontal Assessment Battery (FAB): Preliminary data on administration to healthy elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 1(1), pp. 59-65. <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642008DN10100010>
- Bertolucci, P. H. F., Okamoto, I. H., Brucki, S. M. D., Siviero, M. O., Toniolo Neto, J. & Ramos, L. R. (2001). Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(3A), 532-536. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2001000400009>
- Bolognani, S. A. P., Gouveia, P. A. R., Brucki, S. M. D., & Bueno, O. F. A. (2000). Memória implícita e sua contribuição à reabilitação de um paciente amnésico: relato de caso. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 58(3B), pp. 924-930.
- 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), pp. 677–707.
- Carrabba, L. H., Menta, C., Fasolin, E. M, Loureiro, F. & Gomes, I. (2015). Características psicométricas das versões completa e reduzida do IQCODE-BR em idosos de baixa renda e escolaridade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 18(4), pp 715-723.
- Câmara, D. C, Menezes, A. K. & Campos, C. M. T. (1998). Atendimento interdisciplinar a pacientes com demência e seus cuidadores. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 2(1), 11-21.

- Capovilla, A. G. S. (2007) Contribuições da neuropsicologia cognitiva e da avaliação neuropsicológica à compreensão do funcionamento cognitivo humano. *Cadernos de Psicopedagogia*. 6(11).
- Cruz, M. N. & Hamdan (2008). O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, 13(2), pp. 223-229.
- Da-Silva, S. L., Pereira, D. A., Veloso, F., Satler, C. E., Arantes, A. & Guimarães, R. M. (2011). Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não conyrolado intrasujeitos. *Estudos de Psicologia*., 28(2), pp. 229-240.
- Engelhardt, E., Brucki, S. M. T., Cavalcanti, J. L. S., Forlenza, J. L., & Vale, F. A. C. (2005). Tratamento da Doença de Alzheimer: Recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq. Neuropsiquiati*, 63(4), pp. 1104-1112.
- Floriano, L. A., Azevedo, R. C., Reiners, O. A. A., & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 21(3), pp. 543-548.
- Forlenza, O. V., Cretaz, E., & Diniz, B. S. de O. (2008). O uso de antipsicóticos em pacientes com diagnóstico de demência. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(3), pp. 265-270. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000300014>
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B. & Mangun, G. R. (2006). Métodos em Neurociência Cognitiva. In Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B. & Mangun, G. R. *Neurociência Cognitiva: A biologia da mente*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 137.
- Galluci, J. C., Tamelini, M. G. & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Rev. Psiq. Clin.*, 32(3), pp. 119-130.
- Gouveia, P. A. R. (2006). Introdução a reabilitação neuropsicológica de adultos. In Abrisqueta-Gomez, J. & Santos, F. H. dos. (Orgs.) *Reabilitação Neuropsicológica: Da teoria à prática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Hamdan, A. C., Pereira A. P. A., & Riechi S. J. I. T. (2011). Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica: desenvolvimento histórico e perspectivas atuais. *Interação em Psicologia*, 15 (n.especial), pp. 47-58.
- Haase, V. G., Gauer, G., & Gomes, C. M. A. (2010). Neuropsicometria: modelos nomotético e idiográfico. In Malloy-Diniz, L., Fuentes, D., Mattos, P. & Abreu, N. (Orgs.). *Avaliação Neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Haase, Vitor Geraldi, & Lacerda, Shirley Silva. (2004). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas em Psicologia*, 12(1), 28-42.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). *Evolução dos grupos etários 2010 – 2060*. Recuperado em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>.

- Liberman, F., & Lima, E. A. (2016) Corpos em composição com acontecimentos: imagens e notas sobre um processo de re-habilitação. In Kastrup, V. & Machado, A. M.(Orgs.). *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação*. Curitiba: Editora CRV, pp. 163-176.
- Lourenço, Roberto A, & Veras, Renato P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>
- Mäder, M. J. (1996). Avaliação neuropsicológica: aspectos históricos e situação atual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 16(3), 12-18.
- Mäder-Joaquim, M. J. (2010). O Neuropsicólogo e seu paciente: introdução aos princípios da avaliação neuropsicológica. Em: Malloy-Diniz, L., Fuentes, D., Mattos, P. & Abreu, N. *Avaliação Neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Malloy-Diniz, L. et al. (2013). O exame neuropsicológico do idoso. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D. & Cosenza, R. M. (Orgs.). *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.
- McKeith, I. & Cummings, J. (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet. Neurol.* 4, pp. 735-742.
- Monteiro, L. C., Covre, P. & Fuentes, D. (2013). Reabilitação neuropsicológica. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D. & Cosenza, R. M. (Orgs.). *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D. & Cosenza, R. M. (Orgs.). *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.
- Neumann, Solange Maria Freire, & Dias, Cristina Maria de Souza Brito. (2013). Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador?. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 10-17.
- Newhouse, P.A., Potter, A. & Levin, E.D (1997). Nicotinic System Involvement in Alzheimer's and Parkinson's Diseases. *Drugs&Aging*, 11, pp. 206-228.
- Oliveira, A. R. R. (2010). O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do programa de enriquecimento instrumental (PEI). *Cuad. Neuropsicol.*,4(1), pp. 31-41.
- Oliveira, A. M., Radanovic, M., Mello, P. C., Buchain, P. C., Vizzoto, A. D., ..., Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *Bio Med Research International*, pp. 1-9. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/218980>.
- Paula, J. J. de, Moura, S. M., Bocardi, M. B., Moraes, E. N. de, Malloy-Diniz, L. F., & Haase, V. G. (2013). Screening for executive dysfunction with the frontal assessment battery:

psychometric properties analysis and representative normative data for brazilian older adults. *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 89-98. <https://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201300010010>

Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>

Ramos, M. G. & Rocha, F. L. (2006). Eficácia e segurança dos antipsicóticos atípicos nas demências: uma revisão sistemática. *J. Bras. Psiquiatr.*, 55(3), 218-224.

Ribeiro, A. M. & Consenza, R. M. (2013). *Envelhecimento normal do sistema nervoso*. Em: Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D. & Cosenza, R. M. (Orgs.). *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.

Resolução CFP n. 002, de 03 de março de 2004. Reconhece a Neuropsicologia como especialidade em Psicologia para finalidade de concessão e registro do título de Especialista. Recuperado em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2004_2.pdf

Rodrigues, S. D. D., & Ciasca, S. M. (2010). Aspectos da relação cérebro-comportamento: histórico e considerações neuropsicológicas. *Revista Psicopedagogia*, 27(82), 117-126.

Santos, A. C. T, Moura, S. M. & Haase, V. G. (2008). Recomendações para reabilitação neuropsicológica aplicada à demência. *Mosaico Estudos em psicologia*, 2(1), pp. 17-38.

Santos, F. H., Andrade, V. M. & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), pp. 3-10.

Sanchez, M. A. S., Correa, P. C. R. & Lourenço, R. A. (2011). Cross-cultural Adaptation of the "Functional Activities Questionnaire - FAQ" for use in Brazil. *Dementia&Neuropsychologia*, 5(4), 322-327. <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642011DN05040010>

Sanchez, M. A. & Lourenço, R. A. (2009). Questionário do Informante sobre o Declínio Cognitivo do Idoso (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (7). <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700003>

Serenik, A. & Vital, M. A. (2008). A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Rev. Psiquiatria*, 30(1).

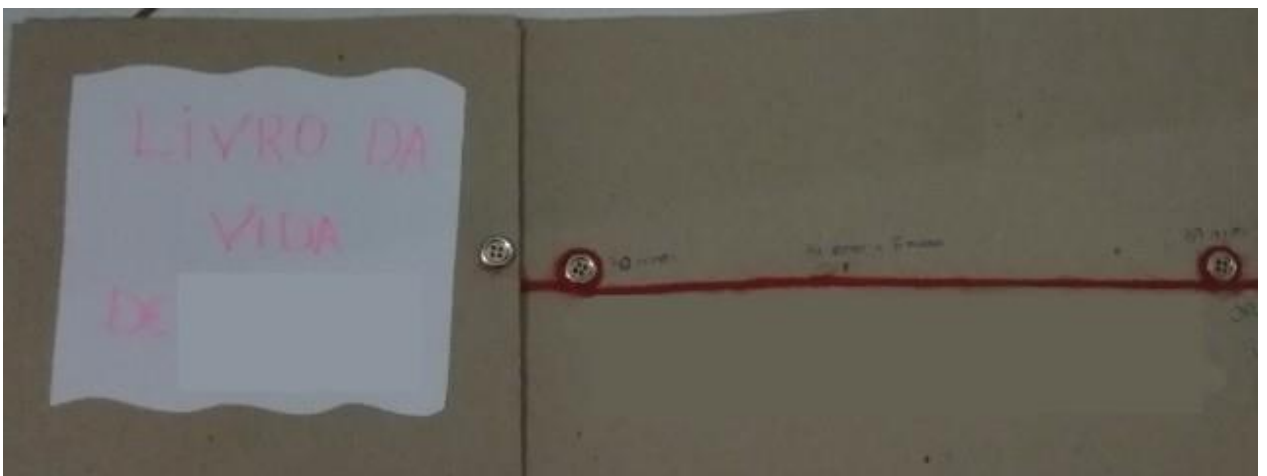
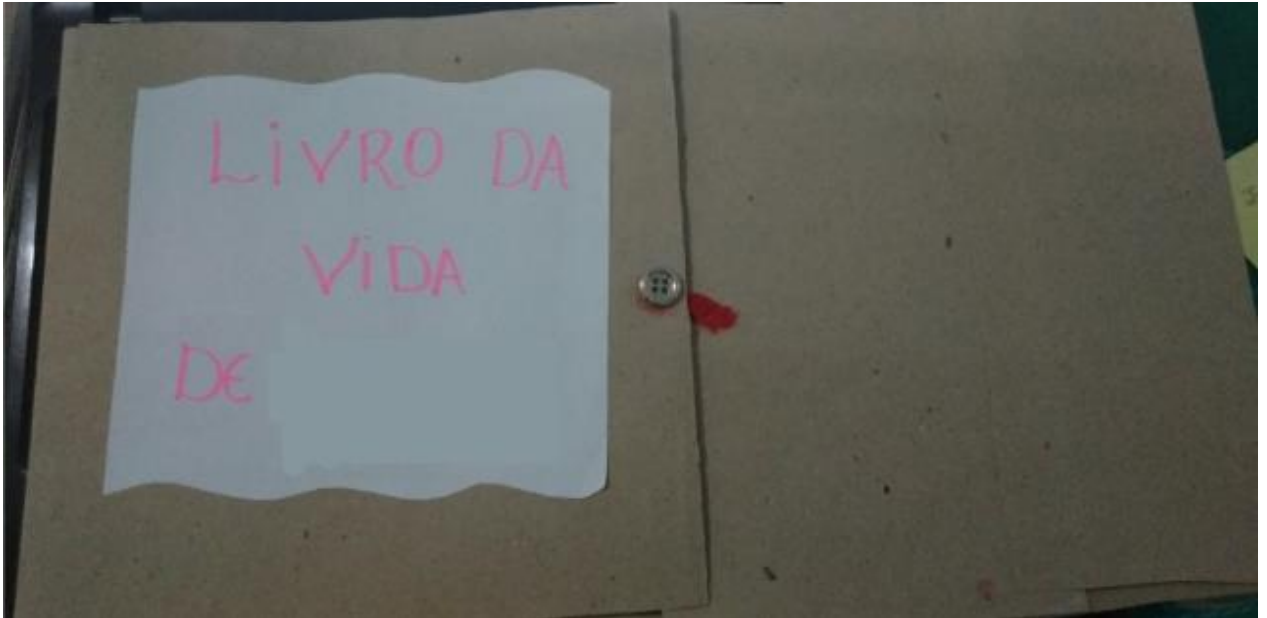
Souza, L. C. de, Bertoux, M., Funkiewiez A., Samri, D., Azuar, C., Habert, M., Kas A., Lamari, F., Sarazin, M., & Dubois, B. (2013). Frontal presentation of Alzheimer's disease: A series of patients with biological evidence by CSF biomarkers. *Dementia&Neuropsychologia*, 7(1), pp. 66-74. <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642013DN70100011>.

Souza, L. C. & Teixeira (2013). Envelhecimento patológico do sistema nervoso. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D. & Cosenza, R. M. (Orgs.). *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.

- Sohlberg, M. M & Mateer, C. A (2009). Variáveis que contribuem para uma Recuperação Neurológica e Neurocomportamental. In Sohlberg, M. M & Mateer, C. A (2009). *Reabilitação Cognitiva: Uma abordagem Neuropsicológica Integrativa*. São Paulo: Santos Editora, p. 71.
- Sohlberg, M. M. & Mateer, C. A (2009). Fundamentos para a Prática da Reabilitação Cognitiva. In Sohlberg, M. M & Mateer, C. A (2009). *Reabilitação Cognitiva: Uma abordagem Neuropsicológica Integrativa*. São Paulo: Santos Editora, p. 20.
- Sunderland, T., Hill, J. L., Mellow, A. M., Lawlor, B. A., Gundersheimer, J., Newhouse P. A. & Grafman, J. H. (1989). Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *J. Am. Geriatr. Soc*, 37(8), pp. 725-729.
- Smith, Marília de Arruda Cardoso. (1999). Doença de Alzheimer. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21(Suppl. 2), 03-07
- Tampi, R. R., Tampi, D. J., Balachandran, S. & Srinivasan, S. (2016). Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefit and risks from meta-analyses. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 7(5), pp. 229-245. doi: 10.1177/2040622316658463
- Taub, A. & Prade, C. V. (2006). Modelo de intervenção em reabilitação neuropsicológica de lesões adquiridas. In Abrisqueta-Gomez, J. & Santos, F. H. dos. (Orgs.) *Reabilitação Neuropsicológica: Da teoria à prática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Toni, P. M., Romanelli, E. J., & Salvo, C. G. D. (2005). A evolução da neuropsicologia: da antiguidade aos tempos modernos. *Psicologia Argumento (Curitiba)*. 23(41), pp. 47-55.
- Vale, F. A., Neto, Y. C., Bertolucci, P. H., Machado, J. C., Silva, D. J., Allam, N. & Balthazar, M. L. F. (2011). Tratamento da doença de Alzheimer. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(1), pp. 34-48.
- Vieira, C., Fay, E. D. S. M. & Neiva-Silva, L. (2007). Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectivas em saúde mental. *Aletheia*. pp. 181-195.
- Wilson B. A. (1997). Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 3, pp. 487-496.
- Wilson, B. A. (2005). *The theory and practice of Neuropsychological Rehabilitation: an overview*. Em: *Neuropsychological Rehabilitation: Theory and Practice (Studies on Neuropsychology, Neurology and Cognition)* (pp. 1-9). CRC Press.
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 4. pp. 141-162.

Apêndice A- Livro Autobiográfico

Livro da vida de Flor

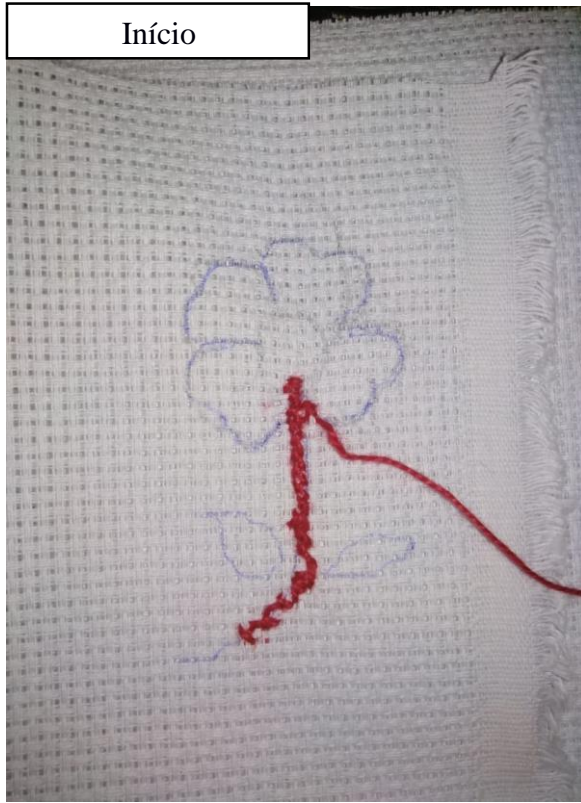


Apêndice B – Relógio

Relógio utilizado para TOR



Apêndice C – Bordados



Apêndice D – Desenho de Vestidos

Cópia – Tentativa 1



Cópia – Tentativa 2



Intrusão

Intrusão

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)



Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Centro de Ciências da Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, residente e domiciliado(a) à rua _____, na cidade de _____, portador de documento de Identidade nº / órgão emissor _____, estou ciente e concordo em participar do atendimento psicológico oferecido pelo Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Responsabilizo-me por justificar minha ausência em caso de estar impedido de comparecer ao Serviço de Psicologia. No caso de não justificar a ausência por três vezes consecutivas, fico sujeito à perda da continuidade do atendimento. Reconheço que o atendimento psicológico poderá ser objeto de estudo científico, por estar sendo desenvolvido no Serviço de Psicologia, uma clínica escola da UFRB. Tenho ciência ainda de que toda e qualquer informação utilizada será de caráter sigiloso, de modo a garantir que minha privacidade seja respeitada, ou seja, o nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar o participante será ocultado.

Santo Antônio de Jesus, ____/____/____

Participante _____

Estudante de Psicologia _____

Supervisor/ CRP-03 _____