



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

AILLA CARDOSO DA SILVA SANTOS

**“COMO SE FOSSE A PRIMEIRA VEZ”:
UM CASO DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM
PACIENTE COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

Santo Antônio de Jesus

2019

AILLA CARDOSO DA SILVA SANTOS

**“COMO SE FOSSE A PRIMEIRA VEZ”:
UM CASO DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM
PACIENTE COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

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

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

Santo Antônio de Jesus

2019

AILLA CARDOSO DA SILVA SANTOS

**“COMO SE FOSSE A PRIMEIRA VEZ”: UM CASO DE REABILITAÇÃO
NEUROPSICOLÓGICA EM PACIENTE COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito final do Estágio Supervisionado I e II da ênfase II – Psicologia Clínica e Promoção da 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
Orientadora

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.

Dedico esse trabalho as pessoas que me acompanham nos caminhos da vida, especialmente, aos meus maiores educadores, minha mãe Rita e meu pai Dilson, aos meus irmãos Aillin e Álvaro, por nutrirem nossa ligação com alegria, e ao meu amor, Ivens, que me incentiva a percorrer a estrada, lado a lado. Aos amigos que tenho, especialmente, a Renata, com quem pude compartilhar a trajetória acadêmica e levarei para a vida. Também dedico àqueles que me auxiliaram durante a graduação, em especial, a minha orientadora Kelly Atalaia e a equipe de estagiárias parceiras do NUNNCOG, que juntas encaramos os desafios do campo *Psi*.

"Entrar na Academia já entrei,
mas ninguém me explica por que essa torneira aberta
neste silêncio de noite
parece poesia jorrando..."

(Manoel de Barros - Poemas concebidos sem pecado e Face imóvel, p. 9, 1999).

RESUMO

Com o fenômeno do envelhecimento populacional, diversas condições de saúde são percebidas na população idosa, dentre elas, a incidência de doenças degenerativas, como a Doença de Alzheimer. Essa é considerada uma demência neurodegenerativa marcada pelo declínio cognitivo progressivo em múltiplos domínios, em especial, alteração de memória e comprometimento na funcionalidade, trazendo diversos transtornos neuropsicológicos. No entanto, o diagnóstico da doença em sua fase inicial ainda é escasso, levando à notificação de casos em estágio moderado ou já avançado. A Reabilitação Neuropsicológica surge como uma terapêutica para o paciente diante dos prejuízos adquiridos pela Doença de Alzheimer. O trabalho teve como objetivo descrever o relato de caso de reabilitação neuropsicológica em uma paciente idosa de 93 anos com doença de Alzheimer avançada, além de analisar os efeitos da reabilitação. Para isso, foram realizadas avaliações neuropsicológicas pré- e pós-intervenções. As sessões de reabilitação ocorreram em 12 encontros. Buscou-se atuar sob o aproveitamento das funções preservadas e a adaptação às perdas adquiridas pelo quadro demencial, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da paciente e dos familiares. Foram trabalhadas, principalmente, orientação, modalidades de memória preservadas (autobiográfica e memória implícita), bem como modalidades prejudicadas (memória episódica e habilidade construtiva). A análise estatística foi feita através do Test T para amostra pareada no software *Statistical Product and Service Solutions* (IBM SPSS) versão 25. Os resultados mostraram mudanças estatisticamente significativas em recordação tardia e reconhecimento, fluência verbal e habilidade construtiva. Qualitativamente houve diferença no escore bruto de orientação temporo-espacial. Este estudo de caso corroborou pesquisas anteriores que apontam efeitos positivos da reabilitação com pacientes com Alzheimer, podendo auxiliar na estabilização ou retardo da progressão da doença. Entretanto, a reabilitação de pacientes com Alzheimer ainda é pouco estudada por profissionais de saúde, como pela psicologia, sendo necessários maiores investimentos em pesquisas e estudos na área.

Palavras-chave: Avaliação neuropsicológica; Reabilitação Neuropsicológica; Demência; Doença de Alzheimer.

ABSTRACT

As the aging population continues to grow, degenerative diseases occur more frequently, such as Alzheimer's disease. It is neurodegenerative dementia characterized by progressive cognitive decline in various domains, especially memory loss, and social and emotional impairments, leading to several neuropsychological disorders. However, the diagnosis of the disease in its initial phase is still not accurate and made in a timely manner, leading to the notifications in moderate or already advanced cases. Neuropsychological Rehabilitation emerges as an alternative for coping with the damages in various functional cognitive areas of Alzheimer's disease. The study aims to describe and report a neuropsychological clinical case in 93-year-old women with AD, and to analyze the effects of rehabilitation. For this, reason neuropsychological pre- and post-intervention evaluations were done. The rehab program occurred in 12 meetings. The work was conducted respecting the utilization of the preserved functions aimed at an adaptation to the losses acquired by the dementia framework, in order to improve the quality of life of the patient and his family members. The rehabilitation was based on preserved memory guidelines such as autobiographical and implicit memory, as well as modalities that presented alterations such as episodic memory and constructive ability. Statistical analysis was performed using the T-Test for paired sample in Statistical Product and Service Solutions (IBM SPSS) software version 25. The results showed statistically significant changes in late recall and recognition, verbal fluency, and constructive ability. Qualitatively, there was a difference in the temporal-spatial orientation gross score. This case study affirmed previous researches on the positive effects of rehabilitation in Alzheimer's patients. Rehabilitation could stabilize and delay disease progression. However, the rehabilitation of Alzheimer's patients is still scarcely studied by health professionals, and Psychology, research investments in this area, are needed.

Keywords: Neuropsychological evaluation; Neuropsychological Rehabilitation; Dementia; Alzheimer's disease.

SUMÁRIO

1. Introdução	9
2. Método	13
2.1. <i>Descrição do caso</i>	13
2.2. <i>Instrumentos</i>	14
2.3. <i>Procedimentos</i>	15
3. Relato de caso	15
3.1. <i>Avaliação Neuropsicológica</i>	15
3.2. <i>Reabilitação Neuropsicológica</i>	17
4. Resultados e discussão.....	21
5. Considerações finais	29
Referências	31
Apêndices.....	36
Anexos.....	39

1. Introdução

A transição demográfica é uma realidade mundial e está em relação direta com o envelhecimento da população. Segundo dados das Organizações das Nações Unidas (ONU), de cada 9 pessoas, pelo menos uma é idosa. Por volta do ano de 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos de idade representarão um quarto da população mundial projetada, ocorrendo, pela primeira vez, um número maior de idosos que crianças. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos, de acordo com a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos (2012).

No Brasil, o número de idosos dobrou nos últimos 20 anos, segundo a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2011, os idosos somaram 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas (Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2012).

Esse crescimento populacional inclui mudanças na capacidade adaptativa dos seres humanos. Novas demandas surgem à pessoa idosa, como a necessidade de serviços, o acesso a informações, saúde, autonomia e mobilidade. O aumento da população idosa levará, conseqüentemente, a uma maior incidência de doenças degenerativas e condições crônicas que são mais prevalentes neste público específico. Dentre as principais doenças neurodegenerativas que acometem os idosos, destacam-se as síndromes demenciais. Sua incidência dobra a cada cinco anos a partir dos 65 anos, sem diferença por sexo, mas com maior incidência em mulheres em idade mais avançada (Parmera & Nitrini, 2015; Faria & Silva, 2017).

As demências são síndromes clínicas caracterizadas pelo declínio cognitivo progressivo em múltiplos domínios, especialmente pelo declínio progressivo e global de memória, associado ao déficit de uma ou mais funções cognitivas, com comprometimento de suas funções sociais e funcionais. Os quadros demenciais podem ser classificados em como degenerativos e não degenerativos, com início precoce ou pré-senil (antes dos 65 anos de idade) e tardio (a partir dos 65 anos), reversíveis ou irreversíveis, entre outros (Parmera & Nitrini, 2015).

A principal causa de demência nos países ocidentais é a Doença de Alzheimer, representando cerca de 50 a 70% dos casos. A DA é uma demência neurodegenerativa e tem

sua origem predominantemente cortical (Araújo & Nicoli, 2010). O curso do processo degenerativo pode variar de 2 a 20 anos e não é sabido totalmente a sua etiologia. Nesse sentido, o diagnóstico preciso da doença só é possível mediante exame anatomopatológico (Ávila & Bottino, 2014).

Com relação aos aspectos neuropatológicos da DA é característico que ocorram mudanças macroscópicas e microscópicas, como a atrofia cortical, acúmulos neurofibrilares intracelulares de proteína TAU e acúmulos extracelulares de placas senis compostas de agregados filamentosos da proteína β -amilóide ($A\beta$). Isso porque as placas senis resultam do metabolismo anormal da proteína precursora do amilóide (APP), conduzindo à formação de agregados do $A\beta$ em pacientes com DA (Fernandes & Andrade, 2017; Falco et al., 2016; Parmera & Nitrini, 2015).

Achados moleculares associados como fator de risco para o estabelecimento da DA retratam o polimorfismo do gene da apolipoproteína E (APOE) na sua variante denominada alelo e4. Tal alelo se apresenta em excesso nos indivíduos com DA, quando comparados com a população em geral. Entretanto, é válido ressaltar que a variante e4 do gene apoE é um fator de risco e não uma causa determinante de DA, pois, assim como existem indivíduos que possuem os dois alelos da apoE na forma e4 e não apresentam DA, há também indivíduos que apresentam apenas alelos e2 ou e3, mas encontram-se acometidos pela demência (Fridman, Dias Neto & Ojop, 2004).

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), a DA pode ser classificada como Transtorno Neurocognitivo Maior provável, quando há a evidência de mutação genética, a partir de história familiar ou teste genético, evidências de declínio na memória e na aprendizagem e em, pelo menos, outro domínio cognitivo (com base em história detalhada ou testes neuropsicológicos em série), declínio progressivo e gradual na cognição, e ausência de evidências de etiologia mista. Caso contrário, deve ser diagnosticada como possível DA. Os diagnósticos diferenciais dos quadros demenciais baseiam-se na história clínica, no exame neurológico e na identificação do perfil característico frente à avaliação neuropsicológica (American Psychiatric Association, 2014).

Quanto ao curso clínico, a DA progride em diversos estágios de forma gradual na maioria dos casos. Apresenta-se com início insidioso e deterioração progressiva e o prejuízo de memória é o evento clínico de maior magnitude (Gallucci, Tamelini & Forlenza, 2005). Geralmente, a doença afeta os lobos temporais mediais e no hipocampo e então progride para os lobos temporal e parietal, bem como para outras regiões cerebrais (Baddley, Eysenck, & Anderson, 2011b).

No primeiro estágio da DA tende a ocorrer a perda da memória para fatos recentes (memória episódica) e dificuldades na aquisição de novas habilidades. No estágio intermediário, todos os domínios cognitivos passam a exibir prejuízos evidentes e no estágio mais avançado, funções cognitivas e funcionalidade estão gravemente prejudicadas, sendo comuns: desorientação, alterações comportamentais, alterações de humor, do ciclo sono-vigília até incapacidade de realizar atividades do dia a dia (Teixeira & Caramelli, 2014; Gallucci, Tamelini & Forlenza, 2005).

Diante da relevância da DA, faz-se necessário o enfoque preventivo e diagnóstico precoce, para que sejam realizadas intervenções visando o adiamento da progressão acelerada da doença, no sentido de garantir qualidade de vida ao sujeito que se apresenta com o quadro da demência. Nesse sentido, a avaliação neuropsicológica (AN) presta-se como uma ferramenta para o reconhecimento e a mensuração das alterações cognitivas e das atividades de vida diária (AVDs), contribuindo para o diagnóstico diferencial, bem como para o planejamento da Reabilitação Neuropsicológica (Teixeira & Caramelli, 2014).

A AN corresponde ao início do trabalho do neuropsicólogo e é um processo de investigação abrangente para identificar a organização do funcionamento cerebral e sua relação com as atividades comportamentais (Hamdan et al., 2011). Dentre seus principais objetivos, destacam-se: identificar e descrever pontos fortes e fracos da pessoa acerca do seu funcionamento cognitivo (memória, atenção, linguagem, funções executivas, etc.), psicológico e comportamental que possam ou não relacionar-se a comprometimentos psiquiátricos e/ou neurológicos, estabelecer correlações entre os comprometimentos, as capacidades preservadas e a vida diária dos sujeitos, e avaliar a evolução de quadros neurodegenerativos (Gouveia et al., 2001; Wilson, 1992).

A AN é realizada através da combinação de recursos como entrevistas com pacientes e familiares, medidas de autorrelato, observações comportamentais, testes padronizados e baterias ecológicas. Atualmente não se concebem avaliações que não se incluam percepções subjetivas da desvantagem social e da qualidade de vida do sujeito, ou seja, requer uma estratégia funcional ou comportamental (Mansur, 2010).

Diversos fatores podem interferir no desempenho do paciente no processo de avaliação. Portanto, faz-se necessário que a interpretação da AN não esteja centrada nos resultados quantitativos de testes padronizados, pois, ainda que estes ajudem a responder questões quanto ao nível de funcionamento cognitivo geral, problemas emocionais e psicológicos, entre outros, a avaliação clínica deve ser essencialmente valorizada na AN (Wilson, 2010; Gouveia et al., 2001).

O uso de técnicas ecológicas no processo de reabilitação neuropsicológica é atualmente uma premissa básica para o sucesso nos resultados das intervenções. A validade ecológica se refere à capacidade dos instrumentos neuropsicológicos de inferir na adaptação do sujeito ao meio em que vive. Assim, é recomendável que os instrumentos na avaliação estejam sempre inseridos no contexto ecológico, ou seja, mais próximos do cotidiano do paciente (Abrisqueta-Gomez, 2006a; Wilson, 2010).

A AN é, portanto, uma ferramenta necessária para auxiliar o diagnóstico provável ou possível de DA, investigando a cognição, AVDs, exame físico para verificar co-morbidades, avaliação de humor e do comportamento e exames de neuroimagem (Ávila & Bottino, 2014). A partir da avaliação, constrói-se então um plano de Reabilitação Neuropsicológica (RN), como é chamado o conjunto de intervenções realizadas através de profissionais da área que trabalham com pacientes e familiares (Abrisqueta-Gomez, 2006a).

De acordo com o conceito da OMS (1980), a reabilitação neuropsicológica envolve a recuperação dos pacientes ao maior nível nos âmbitos físico, social e psicológico possível, possibilitando sua autonomia e integração social. A finalidade da reabilitação, segundo a OMS, não é atingir a “cura”, visto que é difícil e quase improvável reestabelecer ou retornar as pessoas como “capazes novamente”, diante das características ou sequelas advindas de lesões cerebrais com as quais muitas pessoas passam a conviver (Gouveia, 2006).

O objetivo central da reabilitação é melhorar, ao maior nível, possíveis problemas cognitivos, emocionais e sociais, auxiliando a pessoa a alcançar maior adaptação funcional e qualidade de vida. O plano de reabilitação envolve a parceria entre profissionais de saúde, os sujeitos e suas famílias; a construção de objetivos e metas, definidos em conjunto, respeitando as limitações e, sobretudo, as potencialidades de cada caso (Wilson, 2003).

Estudos têm mostrado o impacto positivo da reabilitação no retardo da progressão da doença de Alzheimer (Bottino, Carvalho, Alvarez, Ávila & Zukauskas, 2002). Isso porque, a estrutura cerebral pode ser substancialmente influenciada pelo ambiente, ou seja, o funcionamento do cérebro pode se ajustar em resposta às alterações ambientais ao longo da vida e modificar algumas funções cognitivas prejudicadas por condições patológicas ou lesões adquiridas, na tentativa de recuperar funções perdidas e/ou principalmente, fortalecer funções similares relacionadas às afetadas. Tal fator é possível devido à plasticidade cerebral (Oliveira, Salina & Annunziato, 2001; Abrisqueta-Gomez, 2006b).

A plasticidade cerebral refere-se à capacidade do Sistema Nervoso Central (SNC) em modificar algumas de suas propriedades morfológicas e funcionais em decorrência de alterações do ambiente. Assim, a reabilitação neuropsicológica pode atuar como uma

ferramenta para potencializar a neuroplasticidade, que, por sua vez, viabiliza a recuperação do paciente neurológico (Oliveira, Salina & Annunziato, 2001).

Nesse sentido, este trabalho tem relevância na produção científica sobre RN no atendimento a pacientes com DA e relevância social, pois foi possível observar que a oferta de serviços em saúde, através do estágio de clínica-escola, pode se tornar, para a comunidade local, um serviço público e gratuito de atendimento neuropsicológico, visto que, ainda é escassa a oferta de serviços nessa área da saúde no contexto do recôncavo baiano. Esse trabalho também traz à luz a importância do estágio supervisionado no processo formativo profissional, tornando possível o contato do estudante com a atuação da clínica neuropsicológica no Brasil e suas nuances.

Deste modo, objetivou-se apresentar o relato de caso ocorrido no período de estágio curricular específico da ênfase de saúde do curso de psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e analisar os efeitos da Reabilitação Neuropsicológica em uma pessoa idosa com quadro demencial avançado. Por isso, primeiramente, buscou-se (1) fazer avaliação neuropsicológica da paciente (pré e pós-intervenção) e (2) promover a reabilitação neuropsicológica, a fim de atuar sob o aproveitamento das funções preservadas e a adaptação às perdas adquiridas pelo quadro demencial, para melhorar a qualidade de vida da paciente e dos familiares. Após o processo de AN, foi feito o esclarecimento diagnóstico de provável DA.

2. Método

O trabalho consistiu em um relato de caso obtido através da experiência do estágio supervisionado I e II do curso de psicologia da UFRB, ocorrido entre os meses de maio/2018 e fevereiro/2019, no formato de clínica-escola, localizado no Serviço de Psicologia da UFRB, com atuação em neuropsicologia.

2.1. Descrição do caso

Paciente Sra. Josefa (nome fictício), sexo feminino, 93 anos, viúva (marido faleceu há seis anos), destra e sem escolaridade formal, mãe de 10 filhos, viveu por quase 70 anos na zona rural e trabalhava como agricultora. Durante os atendimentos, Josefa morava com dois filhos, sendo a Sra. Izaura (nome fictício), de 50 anos, sua principal cuidadora (informante). A paciente foi encaminhada para AN por apresentar desorientação, quadro de esquecimento que se intensificou após a morte do marido, momentos de irritabilidade, agitação e dificuldade

para dormir. Segundo o relato de Izaura, Josefa não lembrava o nome de alguns filhos e nem mesmo a existência deles.

No momento da avaliação neuropsicológica a paciente fazia uso de algumas medicações, como: Fosamax D, Ancoron (100 mg), Xarelto (10 mg), Digoxina (25 mg), Quetiapina (receitado para dormir, de 25 mg), Rosuvastatina (5 mg), Pradaxa (110mg) e Levotiroxina (50 mg). Quanto às AVDs, conforme relatos da informante, há dois anos a paciente apresentou períodos de incontinência urinária, atualmente precisava de apoio em locomoção, higiene pessoal, vestuário e não realizava mais nenhuma tarefa doméstica. Sobre o humor, Izaura relatou que Josefa apresentava oscilação, ficando ora mais isolada e “triste” e ora mais irritada.

O exame de Tomografia Computadorizada do Crânio realizado em 18 de setembro de 2018 (Anexo A) apontou sinais de microangiopatia degenerativa, involução cortico-subcortical, sobretudo dos lobos temporais e redução volumétrica dos hipocampus. A paciente também realizou o mapeamento cerebral computadorizado em 27 de setembro do mesmo ano (Anexo B). O laudo relatou lentificação global da distribuição da atividade elétrica cerebral de base, sem evidência de atividade epileptiforme. Além desses exames, a paciente apresentou eletrocardiogramas que apontaram problema cardíaco (fibrilação atrial). Após a triagem neuropsicológica foi consentido pela paciente e assinado pela informante (visto que a paciente não era alfabetizada) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), como parte dos aspectos éticos do trabalho, a fim de conferir o sigilo e reconhecendo que os atendimentos poderiam ser objeto de estudos científicos.

2.2. Instrumentos

Para auxiliar a AN foram utilizados instrumentos de rastreio cognitivo e específicos, dentre eles, as escalas funcionais IQCODE – *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly*, validado por Sanchez e Lourenço (2009), utilizado o ponto de corte de Carrabba et al. (2015), e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (QPAF) (Pfeffer et al. 1982) adaptado por Sanchez, Correa e Lourenço (2011) e adotado o ponto de corte de Assis (2014). Para avaliação de humor, foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (EDG-15), validada por Paradela, Lourenço e Veras (2005) e para rastreio cognitivo, o teste Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) adaptado de Folstein et al. (1975) e validado por Lourenço e Veras (2006) e o Escore Isquêmico de Hachinski (Hachinski et al., 1975).

Entre os instrumentos específicos, foi utilizada a Bateria neuropsicológica CERAD – *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* validado para uso no Brasil por

Bertolucci, Okamoto, Brucki, Siviero, Neto e Ramos (2001), que compõe o Teste de rastreio MEEM e demais subtestes, como a Lista de Palavras – recordação imediata, tardia e de reconhecimento, Teste de Nomeação de Boston e o Teste de Fluência Verbal semântica – Animais, Habilidade Construtiva e Evocação da Praxia Construtiva. Por fim, o Estadiamento Clínico da Demência – CDR de Hughes et al. (1982) validado por Montañó e Ramos (2005).

2.3. Procedimentos

O trabalho foi organizado em quatro etapas principais, descritas a seguir: (1) Descrição do caso clínico, com informações colhidas na triagem neuropsicológica; (2) AN, incluindo entrevistas, observação comportamental, avaliação funcional, aplicação de baterias de testes psicométricos, que ocorreu em seis sessões, (3) Descrição da RN realizada em 12 sessões e (4) Resultados e discussão, com base na comparação entre a AN e a reavaliação (ocorrida em uma sessão após a RN), a fim de levantar um comparativo de desempenho antes e após a RN, discutindo os principais achados sobre o tema. A análise comparativa foi feita através do Test T para amostra pareada no software *Statistical Product and Service Solutions* (IBM SPSS) em sua versão 25.

3. Relato de caso

3.1. Avaliação Neuropsicológica

A AN ocorreu em seis sessões, no período de 27 de agosto a 11 de outubro de 2018, com duração aproximada 50 minutos cada. Foram realizadas avaliações com instrumentos de rastreio e específicos, a fim de compreender o funcionamento cognitivo da paciente e avaliação funcional das AVDs, através do relato da informante. Durante as sessões de avaliação a paciente esteve com três informantes diferentes (filhas de Josefa), porém, tendo como informante principal a Sra. Izaura, que já morava com a paciente há mais de oito anos. No período da avaliação, Josefa faltou três sessões com justificativa. Uma das faltas à clínica foi explicada como motivada por um mal estar da paciente. Após ida ao hospital o médico que a atendeu solicitou que a mesma fizesse repouso. Outras duas faltas foram justificadas pela ausência de pessoal para levá-la à clínica.

A aplicação do IQCODE e do QPAF teve como objetivo comparar o desempenho funcional atual de Josefa com o seu desempenho há 10 anos, identificando a funcionalidade para AVDs, a presença e grau de declínio cognitivo, e, conseqüentemente, verificando a assistência requerida (Brasil, 2007). Outro instrumento, dessa vez aplicado na avaliação de humor, foi a Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (EDG-15), na versão curta da escala

original (Sheikh & Yesavage, 1986), que buscou investigar a presença de sintomas depressivos (v.r.= 5 para depressão geriátrica, conforme os autores da validação).

Conforme aponta Engelhardt et al. (2011) estudos neuropatológicos indicaram que até 34% de casos de demência mostram associação com comprometimento cognitivo vascular significativo. Nesse sentido, foi utilizada como parte da avaliação neuropsicológica a escala Isquêmica de Hachinski (EIH) (Hachinski et al., 1975), um instrumento de rastreio que busca investigar a existência de Demência Vascular (DV) ou de Demência mista (DA em conjunto com o comprometimento cognitivo vascular). O escore bruto obtido com o EIH da paciente não sugeriu critérios para quadro de demência Vascular (escore=4). De acordo com Hachinski et al. (1975) o ponto de corte ' ≤ 4 ' sugere critérios para demência degenerativa.

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi realizado na primeira sessão de rastreio e a paciente obteve escore bruto de 8 pontos, indicando funcionamento cognitivo geral prejudicado (v.r.= 18 pontos para idosos sem escolaridade formal). O escore do MEEM pode variar entre 0 (zero) pontos – indicando o maior grau de comprometimento cognitivo – até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.

Através do rastreio cognitivo, da avaliação funcional e dos exames de neuroimagem, levantou-se a hipótese diagnóstica de um quadro provável de DA. Assim, foi aplicada a bateria neuropsicológica específica para a DA, a Bateria CERAD, sendo mais completa do que uma triagem e capaz de detectar a demência em um estágio inicial, pois comporta subtestes de rastreio cognitivo (como o MEEM) e de maior especificidade (Bertolucci et al., 2001), e o resultado mostrou prejuízo em quase todos os itens do CERAD, especialmente em memória.

Com o CDR (Estadiamento Clínico da Demência), objetivou-se avaliar o grau de demência da paciente, sendo um instrumento que permite classificar a prevalência dos diversos graus de demência, além de identificar casos questionáveis, ou seja, aqueles que não são enquadrados como normais para classificar o grau de demência entre idosos (Montaño & Ramos, 2005). No CDR global a paciente obteve a pontuação acentuada nas categorias (orientação, julgamento e resolução de problemas, atividades comunitárias, lar e passa tempo, e cuidados pessoais) inclusive com perda ressaltada na categoria de memória, indicando quadro demencial em estágio avançado, com prejuízos acentuados na funcionalidade (CDR=3; v.r. = 3; indicador de demência avançada).

No período da AN, observou-se que Josefa apresentava-se espacial e temporalmente desorientada, conversava sobre o seu marido como se ainda estivesse vivo, referia-se como se estivesse morando no sítio em que viveu até os 43 anos. Apesar de apresentar momentos raros

de orientação, na maior parte do tempo, acreditava ser uma adulta-jovem que ainda realizava todas as atividades laborais do sítio. A paciente apresentou preservação da memória implícita e memória autobiográfica, que foram, portanto, rotas importantes na construção do plano de RN.

Após o processo de avaliação neuropsicológica foi feita a devolutiva para a paciente e informante, a fim de relatá-las os resultados da avaliação, as funções cognitivas preservadas e comprometidas. Através da psicoeducação, foi-se desfazendo possíveis mitos de “cura” e dialogou-se sobre a capacidade de trabalhar rotas neurais para retardar a progressão da demência. Foi um momento importante para acessar as expectativas dos familiares quanto à terapêutica e planejar as sessões de reabilitação. Após a devolutiva, Josefa esteve em consulta com neurologista, que reforçou o diagnóstico e introduziu a medicação para DA, com ajuste de dose mínima.

3.2. Reabilitação Neuropsicológica

A paciente apresentou, durante a avaliação, comprometimentos em muitos domínios cognitivos, principalmente na orientação e memória episódica, que refletia na dificuldade de transformar memórias de curto prazo em longo prazo, fazendo com que, para Josefa, todos os encontros fossem como a primeira vez, desde o espaço que não era reconhecido, o nome ou a fisionomia da estagiária. O atendimento neuropsicológico foi, desde o princípio, planejado a fim de garantir a qualidade de vida nas condições em que a paciente se encontrava e trabalhar no fortalecimento cognitivo geral e de sua funcionalidade. No Quadro 1. destacam-se as principais intervenções e técnicas utilizadas nas sessões de reabilitação.

Quadro 1

Intervenções realizadas nas sessões de Reabilitação Neuropsicológica

<i>Funções cognitivas trabalhadas na RN</i>	<i>Intervenções/técnicas</i>	<i>Aplicação durante as sessões de RN</i>
Orientação	Terapia de Orientação para a Realidade (TOR)	Uso de recursos externos, como calendários ecológicos com data, mês, dia da semana, ano, local, época do ano e horas (relógio).
Memória autobiográfica	Terapia da Reminiscência	Livro da história de vida pessoal com fotos e que se relacionavam à vida da paciente.

Memória implícita procedural	Apresentação de estímulo visual e atividade de descrição sobre o objeto: o que fazer e como fazer.	Da colheita ao bolo de aipim: apresentação da raiz da mandioca e explicação do passo a passo da receita de bolo.
Habilidade construtiva visual e Fluência verbal	Apresentação de estímulo visual e atividade de montar.	Quebra-cabeças de duas e quatro peças: montar, nomear imagens e descrevê-las. Construção de modelo de rede de descanso que a mesma produzia na juventude.
Memória episódica	Explicação sobre a vida recente.	Relato da vida atual: onde mora e com quem vive.
	Técnica de redução do intervalo de evocação.	Treino do nome: apresentação e reapresentação do nome da estagiária para mensurar o intervalo de evocação da paciente.

A RN ocorreu em 12 sessões e duravam em média 50 min. Todas as sessões basearam-se no princípio da “Aprendizagem Sem Erro” (SE), que é, segundo Wilson (2010), um dos principais procedimentos em reabilitação da memória que facilitam a maior eficácia na aprendizagem. A autora retrata que a aprendizagem SE é uma técnica de ensino através da qual se evita, ao máximo possível, que as pessoas cometam erros quando estão aprendendo novas habilidades ou adquirindo informações novas. Nesse sentido, pessoas que tenham comprometimento na memória episódica podem fortalecer ou reforçar o erro ao emitir resposta incorreta, não se beneficiando da aprendizagem, a partir da tentativa e erro (Wilson, 2010; Sohlberg, Mateer, 2010).

Os encontros sempre iniciavam com atividades de orientação temporal-espacial e treino de nomes: a estagiária se apresentava e intercalava as atividades da sessão com Terapia de Orientação para a Realidade (TOR). A TOR é uma técnica com o objetivo de reduzir a desorientação e confusão por meio de pistas ou auxílios externos. Com o uso de tarefa ecológica foi elaborado um calendário agrícola mensal (Apêndice A) baseado no conhecimento de Josefa acerca da vida na zona rural como lavradora (período em que a mesma relatava com vivacidade), com imagens de plantios característicos da região em que morava e respectivos à época do ano.

A facilitação da memória autobiográfica foi feita através de atividades que usavam memória para fatos e acontecimentos da história de vida, para isso, utilizou-se a Terapia da Reminiscência (TR), que ajuda na manutenção do sentido de identidade pessoal recordando o seu passado (Baddley, Eysenck, & Anderson, 2011b). Foi construído um livro da história de

vida pessoal que continha os principais acontecimentos e as etapas de sua vida até o momento das sessões (Apêndice B).

Nessas sessões, se houvesse erros no relato da história de vida contada pela idosa, eram corrigidos imediatamente, garantindo que a informação recebida fosse bem compreendida pela idosa. O uso de tarefas que requeriam memórias construídas ao longo da vida foram atividades prazerosas. A paciente recordou boa parte das fases anteriores de sua vida, apesar de apresentar momentos de não reconhecimento de si através de fotos e de momentos anteriores mais recentes, com idade de aproximadamente 80 anos. A paciente tinha preservado o reconhecimento do seu nome e aspectos de sua vida até os 30 anos.

Na primeira sessão Josefa estava bastante confusa, contava sobre sua vida com dados distorcidos. Dizia ter 38 anos, que possuía uma irmã e que teve apenas três filhos, quando na realidade era mãe de 10 filhos e aquela que ela dizia ser sua irmã era, na verdade, sua filha. Havia histórias sobre fazendas, onde nunca morou, e casamentos que nunca existiram. Ao final, Josefa chegou a narrar em 3ª pessoa do singular, quando a princípio se tratava de sua história de vida. Percebeu-se que a narrativa era tratada com muitos detalhes, mas particularmente descolada dos fatos. Guiar o diálogo, mediar e confrontar possíveis distorções na memória foi um desafio durante todo o tempo.

Nos encontros seguintes Josefa apresentou melhora no seu funcionamento cognitivo, ocorrendo pouca ou nenhuma flutuação cognitiva. Em alguns relatos, foi possível perceber a alternância autônoma sobre o tempo vivido, como na fala: *“hoje a criação dos outros é diferente do que se criava, pois levava xinga da mãe, a mãe batia. Quem é véi que nem eu sabe como o mundo tá melhor, antes era pior, hoje tá diferente... vai se comparar aos dias de hoje?”*, Essa fala traduz uma diferença qualitativa na orientação de Josefa, muito diferente das primeiras sessões.

Além da memória autobiográfica, foi também explorado a memória implícita procedural, que, conforme apontam Ávila e Miotto (2002) contribui para melhoras em pacientes amnésicos na realização de tarefas complexas – resultado da prática repetitiva de atividades que requerem essa habilidade cognitiva e que são diretamente relacionadas à vida diária do paciente. A tarefa consistia em apresentar um estímulo conhecido pela paciente e a mesma mostrava o que se podia fazer com o objeto (Apêndice C).

Em sua história de vida, a paciente sempre se referia a trabalhos manuais na lavoura de mandioca. Assim, foi utilizada como recurso da reabilitação a raiz já bem conhecida por Josefa. A mesma relatava com precisão o modo como rapava (sic), cortando, no “faz de

conta”, com o lápis que estava exposto na mesa e que se transformara numa faca amolada pela imaginação, e o corte, feito pela experiência de décadas.

Josefa parecia expressar, pela memória implícita, respostas aprendidas e julgamentos enraizados, tão fortes e presentes quanto à raiz da mandioca, que, apesar de não estar visível a quem caminha numa plantação, ainda está lá. Submersa na terra potente e fértil, bem como a nossa capacidade plástica cerebral, que nunca subestima a diversidade de áreas responsáveis pelo processamento das informações transformadas em memórias visuais, táteis, afetivas, auditivas, entre outras, possíveis e ativas no processo reabilitativo.

Como a paciente respondia positivamente à apresentação de estímulos visuais, foram trabalhadas habilidades construtivas com o recurso de imagens em quebra-cabeça que relacionavam elementos da vida diária da paciente, lembranças de conhecimentos gerais e experiências de vida. A paciente tinha que organizar as peças do quebra-cabeça e descrever as figuras que eram formadas.

Esse exercício também facilitou a fluência verbal. Por exemplo, ao trabalhar reconhecimento visual, a paciente reconheceu a imagem de uma laranja, fruta que Josefa colhia na lavoura, montou as peças, nomeou corretamente, trouxe variações diferentes do fruto, as semelhanças e diferenças e o processo da colheita. Na imagem de uma galinha a paciente descreveu com precisão o processo de cozimento da galinha, desde quando depenava até o que era aproveitado e por quanto tempo era cozida. Com a figura da rede de descanso, Josefa mostrou com um barbante como fazia as franjas da rede que ela, por muitos anos, produziu com sua mãe (Apêndice D).

Além da estimulação das funções não prejudicadas da paciente, também foi trabalhada a memória recente (episódica) que apresentava maiores prejuízos. Especificamente nessa sessão, foi solicitada à paciente que relatasse como era sua casa em que vivia atualmente. À priori, sua resposta foi: *“comprada de outra pessoa e é bem trancadinha”*. Ao explorar a pergunta, percebeu-se que Josefa havia se referido à casa do sítio em que viveu há mais de 50 anos, contando, no tempo presente, que dormia em um quarto com o marido, e no outro, seus pais. A estagiária contornava a pergunta novamente, argumentando que aquela era a casa de muitos anos atrás, que seus pais já tinham falecido e que ela era atualmente viúva. Ela concordava e retornava a descrever a casa onde morava no sítio.

No início dessa sessão, Josefa se referia às coisas no tempo passado como se acontecessem no presente, como por exemplo, “eu planto; meu pai tem”. Conforme a sessão foi avançando, em alguns momentos ela disse: “no meu tempo”, “meu pai tinha”, “quando eu era jovem”. No entanto, sempre voltava a descrever a casa do sítio. Após alguns minutos,

começou a contar uma história sobre a compra de um terreno e nunca chegava a um desfecho. Essa sessão demandou cognitivamente da paciente e percebeu-se um movimento de repetição do pensamento.

Mesmo durante o intervalo, onde era feita a TOR, ela ainda continuava repetindo a história sem desfecho. Era, então, corrigido e retornava-se à pergunta sobre sua casa atual. A paciente chegou a responder ao final da sessão: “*hoje em dia construí uma encostadinha na rua, é na cidade, tem dois quartos.*” No fim, falou do seu esposo: “*eu tinha, mas Deus levou*” e “*meu quarto tem duas camas*” (informação correta). Em um momento, falou o nome das pessoas com quem morava (seus dois filhos) e com quem dividia o quarto (sua filha).

No experimento com treino de nomes, primeiro era dito o nome da estagiária e após alguns minutos era perguntado à paciente se a mesma sabia o nome da estagiária. Essa foi uma técnica de redução do intervalo de evocação e verificou-se o comprometimento na memória recente, cujo menor intervalo entre as perguntas foi de 60 segundos sem recordação e evocação do nome. No intervalo inferior a 1min a paciente evocava pseudopalavras de fonética próxima ao nome da estagiária.

Durante os atendimentos, no começo, no meio e no fim de cada sessão era reforçado o *rapport*, a fim de fortalecer o vínculo construído e reconstruído a cada encontro. Antes ou após o término da sessão era reservado um momento para orientar os familiares para tarefas a serem aplicadas no dia-a-dia da paciente, a fim de que a intervenção pudesse ganhar amplitude no funcionamento diário, bem como permitir que Josefa tivesse experiências de autonomia, através da valorização das habilidades preservadas e tudo o que fazia, como pentear seus próprios cabelos, escolher sua vestimenta e preservar seus gostos alimentares.

4. Resultados e discussão

Ao finalizar as sessões de reabilitação foi feita a reavaliação neuropsicológica que buscou averiguar o funcionamento cognitivo geral e avaliação funcional de Josefa após as sessões de trabalho. A reavaliação ocorreu após a 12ª sessão, no dia 13 de dezembro de 2018 e durou, em média, 50 min. A comparação descritiva dos resultados da avaliação pré- e pós-reabilitação pode ser visualizada na Tabela 1, e a comparação das médias através da análise do Teste T pode ser visualizada na Tabela 2.

Ao iniciar o programa de reabilitação a paciente começou o uso de bromidrato de galantamina, indicado para o tratamento da DA de intensidade leve a moderada, tomando a dose mínima de 8 mg ao dia. Na terapêutica da DA não existe um tratamento estabelecido que

reverta a progressão da doença ou os prejuízos causados pelo quadro demencial. No entanto, uma abordagem multidisciplinar pode auxiliar na estabilização ou trazer alguma leve melhora na cognição (Bottino et al., 2002). A farmacoterapia recebeu grande impulso após a introdução dos medicamentos anti-colinesterásicos para o tratamento da DA. A galantamina aumenta a produção de acetilcolina, substância responsável pela transmissão sináptica associada à melhora da função cognitiva em pacientes com o quadro (Coglive, 2015) e, embora não revertam os sintomas cognitivos, retardam a progressão da doença (López, 2015).

Conforme apontam Vale, Corrêa Neto, Bertolucci, Machado, Silva, Allam e Balthazar (2011) pessoas com DA tem um maior número de co-morbidades que as levam ao uso de múltiplos medicamentos. A polifarmácia é, nesse sentido, um fator para as interações medicamentosas que podem influenciar no quadro demencial, devendo-se, portanto, ter ciência das contraindicações e monitorar o aparecimento de efeitos adversos. Além do galantamina, a paciente fazia uso de pelo menos cinco medicamentos, que, de acordo com estudos, já se classifica como polifarmácia (Pereira, Peres, Iop, Boing, Boing, Aziz, d'Orsi, 2017; Lucchetti, Granero, Pires & Garzoni, 2010; Ramos et al., 2016; Rambhade, Chakarborty, Shrivastava, Patil & Rambhade, 2012).

Como a paciente começou a fazer uso de medicação para demência no início da RN, é possível que a combinação da reabilitação com o medicamento possam ter influenciado os resultados obtidos. Entretanto, é também possível que a dose mínima receitada não tenha sido adequada para o quadro avançado da paciente, já que a dose que a paciente estava tomando comumente é indicada para DA leve ou moderado (Bottino et al., 2002).

O estudo de De Vreese et al., publicado em 1998, comparou 24 pacientes com DA divididos em quatro grupos; placebo, tratamento medicamentoso com inibidores de acetilcolinesterase (AChE-I), treinamento cognitivo (TC) e tratamento combinado (TC + AChEI). Os resultados revelaram que pacientes que receberam o tratamento combinado apresentaram melhor efeito terapêutico em relação ao funcionamento cognitivo e desempenho em AVD (Ávila, 2003). Assim, de acordo com estudos recentes, a associação de técnicas de RN ao tratamento medicamentoso tem se mostrado eficaz para o processo de reabilitação dos pacientes com DA (Bottino et al., 2002).

A aplicação das escalas funcionais IQCODE e QPAF com a informante identificou prejuízos nas AVDs em comparação com o desempenho funcional da idosa há dez anos e mais intensamente comparado há seis anos (score bruto do IQCODE =4,08 na avaliação pré-reabilitação e score bruto =4,45 na reavaliação pós-reabilitação), (v.r.=3,42). O score bruto total do QPAF foi de 24 pontos na primeira avaliação e 27 pontos na avaliação pós-

reabilitação (v.r. ≥ 5). Segundo o relato, durante esses seis anos alguém passou a fazer quase todas as AVDs pela idosa e o resultado foi de piora nos itens dos questionários, dentre eles, na capacidade de lembrar-se de rostos e nomes de parentes e amigos, lembrar-se de conversas e acontecimentos recentes, lidar com cálculos do dia-a-dia e assuntos financeiros, tomar decisões, entre outros.

Na reavaliação das AVDs houve diferença do escore bruto tanto no IQCODE quanto no QPAF, que pode ser visualizada na Tabela 1. Pela observação clínica, observou-se uma análise mais realística da filha sobre o funcionamento diário de Josefa já que, durante as respostas das escalas funcionais na avaliação pré-intervenção, percebeu-se um desconforto em Izaura e uma tendência a amenizar as respostas na direção de “pouca piora” ou “sem alteração”, numa tentativa de negação da percepção de piora quanto às AVDs de sua mãe. Izaura se referia à Josefa como uma “velha forte” e que seu esquecimento era próprio do envelhecimento. No plano da reabilitação foi feito psicoeducação com Izaura sobre o diagnóstico da paciente, discutindo os aspectos da demência e diferenciando processos normativos e não normativos do envelhecimento.

Através da impressão clínica, foi percebido que durante a aplicação do EGD-15 a paciente divagou em muitos itens da escala, ora estava ancorada, ora havia flutuação cognitiva. Isso fez com muitas respostas parecessem ter sido dadas aleatoriamente, comprometendo a acurácia da escala.

Ainda que em todos os encontros a paciente estivesse na clínica como se fosse pela primeira vez, a partir da observação clínica foram percebidas mudanças comportamentais com o passar das sessões. Josefa levava menos tempo para se acomodar e parecia não estranhar ao espaço e à estagiária como nos primeiros encontros, em que ela chegava mais fechada e menos risonha, levando à hipótese da aprendizagem implícita.

Na avaliação pós-reabilitação, qualitativamente houve pouca melhora no desempenho da praxia visuoespacial (escore bruto=6), (v.r.=9), demonstrando relativo prejuízo da praxia, como ocorre ao logo da progressão da doença. Ávila (2003) ressalta que pacientes com DA apresentam quedas significativas de desempenho destes testes no decorrer dos anos, principalmente na evocação tardia após interferência.

Tabela 1
Comparação descritiva dos Resultados entre a avaliação pré e pós-reabilitação neuropsicológica

<i>Habilidades cognitivas</i>	<i>Instrumentos</i>	<i>EPR.</i>	<i>V.R</i>	<i>EPS</i>	<i>Comparação</i>
Escalas funcionais	IQCODE	4,08	3,42	4,45	↓
	QPAF	24	5	27	↓
Humor	EGD-15	6	5	7	↓
	MEEM Total (Bateria CERAD)	6	18	14	↑
	Orientação temporal	0	5	1	↑
	Orientação espacial	0	5	1	↑
	Registro	2	3	2	=
	Atenção e cálculo	0	5	0	=
	Recordação	0	3	0	=
	Nomeação de Relógio/caneta	2	2	2	=
	Repetição de frase	0	3	3	↑
	Comando em 3 etapas	2	3	3	↑
	Frase	0	1	0	=
	“Feche os olhos”	0	1	1	↑
	Cópia de pentágonos	0	1	1	↑
Fluência verbal	Bateria CERAD – Fluência verbal	2	11	4	↑
Nomeação	Teste de Nomeação de Boston	5	12	4	↓
	Lista de palavras: Recordação imediata Total	0	13	7	↑
	1º ensaio	0	5	1	↑
	2º ensaio	0	5	3	↑
	3º ensaio	0	5	3	↑
Memória/aprendizagem verbal	Lista de palavras: Recordação Tardia	0	3	0	=
	Lista de palavras: Reconhecimento	2	7	1	↓
Praxias	Habilidade Construtiva	5	9	6	↑
	Evocação Praxia Construtiva	0	4	0	=

Notas. (=) = Escore bruto sem alteração; ↑ = Melhora no escore bruto; ↓ = Piora no escore bruto; EPR = Escore bruto da avaliação Pré-Reabilitação realizada entre agosto/2018; EPS = Escore bruto da avaliação Pós-Reabilitação realizada em dezembro/2018; V.R. = Valor de Referência.

Apesar de não ter ocorrido significância estatística na comparação das médias do MEEM, houve melhora bruta do escore com relação à avaliação pré-reabilitação (escore

bruto=6) e a avaliação pós-reabilitação (escore=14), demonstrando melhora qualitativa da orientação. Já na comparação de médias do subteste de habilidade construtiva do CERAD ($t=-5,882$; $p=0,000$), e evocação da praxia construtiva ($t=5,590$; $p=0,042$) houve diferença significativa, possível de ser vista na Tabela 2. e ilustrada qualitativamente (Apêndice E).

Tabela 2

Comparação de médias das avaliações pré e pós-Reabilitação Neuropsicológica entre agosto e dezembro de 2018

<i>Instrumentos</i>	<i>T</i>	<i>Sig</i>
IQCODE	1,048	0,875
QPAF	-0,582	0,147
GDS	-3,296	0,258
MEEM Total (Bateria CERAD)	-1,848	0,350
Fluência verbal (animais) (Bateria CERAD)	-6,249	0,000*
Teste de Nomeação de Boston	0,959	0,264
Lista de palavras: Recordação imediata Total	-0,700	0,871
Lista de palavras: Recordação Tardia	3,545	0,006*
Lista de palavras: Reconhecimento	-3,825	0,043*
Habilidade Construtiva	-5,882	0,000*
Evocação Praxia Construtiva	5,590	0,042*

Notas. T=teste T de Student; p= teste de significância ($p \leq 0,05$).

No subteste da lista de palavras da CERAD, houve significância estatística na recordação tardia ($t=3,54$; $p=0,006$) e em reconhecimento ($t=-3,825$; $p=0,043$). Observou-se uma melhora qualitativa no item de recordação imediata, visto que, na avaliação pré-reabilitação a paciente não havia evocado nenhuma palavra (escore bruto=0) (v.r.=13). Após as intervenções, os resultados da reavaliação mostraram que a paciente obteve um desempenho melhor em recordação imediata (escore=7). Os treinos cognitivos com evocação de nomes possibilitam a capacidade de aprendizagem e podem contribuir para melhores desempenhos após a reabilitação (Ávila, 2003), apontando, para além do fator da aprendizagem, a estimulação de rotas mnemônicas através do processamento de informações auditivas.

No subteste de Fluência Verbal também houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre as avaliações ($t=-6,249$; $p=0,000$). Mesmo com essa diferença estatística, a paciente teve um desempenho qualitativo inferior ao valor de referência (v.r.=11), apontando um prejuízo na linguagem (Mansur et al., 2005). Em fases avançadas da DA, o paciente pode manter habilidades comunicativas, que salientam sua capacidade de

readaptação funcional, apesar haver, geralmente, a redução da iniciativa, espontaneidade, diminuição do vocabulário e dificuldade de encadear ideias e fornecer informações precisas (Bayles, Tomoeda, Cruz & Mahendra, 2000; Brucki, Malheiros, Okamoto, & Bertolucci, 1997).

Quanto ao Teste de Nomeação, não houve mudança estatisticamente significativa nem qualitativa, obtendo-se escore abaixo do esperado para o reconhecimento visual e percepção (agnosia) das lâminas do teste (escore=5; v.r.=12). Isso corrobora o estudo de Backman et al. (1991) que verificou que o treino cognitivo com pacientes com DA tende a obter ganhos pequenos ou as vezes até diminuição no desempenho. No entanto, pequenas alterações cognitivas ou mesmo a estabilização de algumas funções cognitivas em períodos de tempo de reabilitação neuropsicológica em pacientes com doenças neurodegenerativas já revelam um algum avanço, pois, muitas vezes, pequenas alterações nas escalas e testes podem representar ganhos na vida dos pacientes (Ávila & Miotto, 2002).

Conforme Kucmanski et al. (2016) o desconhecimento da DA é um ponto crucial no Brasil, assim como perceber a progressão da doença. Além disso, pode ser que o não entendimento sobre envelhecimento normal e patológico reflita na escassez de profissionais qualificados para fazer o diagnóstico correto das síndromes demenciais, razão pela qual se dão as subnotificações desses pacientes. Estima-se que existam cerca de 1.200.000 pessoas com DA no país, mas que não correspondem com exatidão à realidade, visto que há grande contingente de idosos que desenvolvem quadro demencial e que não procuram o serviço de saúde (Atalaia-Silva, Ribeiro & Lourenço, 2008).

A AN, o diagnóstico e a reabilitação da DA em estágio inicial podem favorecer melhores resultados no sentido de retardar a progressão da doença, já que, o paciente poderá manter-se em um nível cognitivo e funcional mais elevado. Isso possibilita que o mesmo permaneça com autonomia por mais tempo, e conseqüentemente torna-se positivo para familiares nos cuidados com o paciente (Wilson, 2003).

De acordo com Wilson (1997), os programas de reabilitação devem ser orientados para o paciente combinando a teoria da aprendizagem, Psicologia Cognitiva e Neuropsicologia para identificar e remediar dificuldades cognitivas, entendendo que todos os aspectos biopsicossociais devem ser abordados (Abrisqueta-Gomez, 2006a). Cada programa de reabilitação precisa ser encarado como uma entidade dinâmica, cuja equipe deve manter o esforço de ser, sobretudo, criativa, pois a criatividade é uma das chaves para a construção de um plano de intervenção. Aliar a reabilitação ao contexto de vida da paciente é essencial para

o engajamento nas sessões, pois quanto mais motivado e ativo o paciente estiver no processo reabilitativo, melhores serão os efeitos da reabilitação (Wilson, 2003).

Mesmo em estágios avançados da DA, basear o plano de intervenção a partir das necessidades de cada paciente é essencial para atingir o efeito significativo sobre a funcionalidade (Brueggen, et al., 2017). Muitos autores frizam a eficácia das técnicas ecológicas como recursos no programa de reabilitação neuropsicológica por serem muito generalizadas para as atividades da prática diária, ou seja, da utilização do próprio contexto social e físico do paciente, pautada na história de vida e em conhecimentos prévios (Santos, Moura & Haase, 2008; Schlindwein-Zanini, 2010; Wilson, 2009).

É o caso da TOR, que, quando associada aos aspectos já conhecidos da paciente, facilitam ganhos de orientação (Camões, Pereira & Gonçalves, 2009). Dois estudos sobre a utilização da TOR com sessões semanais com grupo treinado e um grupo-controle não-treinado revelaram que a TOR pode trazer benefícios para a orientação dos pacientes com DA. O primeiro em 1977, por Citrin e Dixon, e o segundo em 1981 por Zeplin et al. mostraram resultados de melhora na orientação do grupo treinado, enquanto que com o grupo-controle houve piora ou nenhuma alteração. Ainda no segundo estudo, ocorreu entre os grupos treinados melhora nos itens de orientação temporo-espacial do MEEM, enquanto o grupo-controle houve piora (Ávila & Miotto, 2002).

Na DA, além dos comprometimentos na funcionalidade, a perda progressiva da memória é demarcada no quadro demencial mesmo no estágio inicial. O declínio da memória, que possui múltiplos componentes, não se dá de maneira uniforme. A reabilitação neuropsicológica de memória em pacientes com DA, como ocorreu com o caso relatado, tem por objetivo melhorar o desempenho do paciente por meio de técnicas específicas ou estratégias e auxílios externos (Wilson, 2009).

Especialistas em reabilitação neuropsicológica indicam que, qualquer que seja o prejuízo cognitivo, existe a possibilidade de conservação de alguma capacidade funcional (Shohberg & Mateer, 2010). Isso sugere que os pacientes preservam certa capacidade de aprendizagem, podendo ser estimulados e reabilitados (Ávila & Miotto, 2002). Alguns autores retratam modalidades de memória que são frequentemente estimuladas na reabilitação de pacientes com DA, como a memória autobiográfica (Camões, Pereira & Gonçalves, 2009), pois, para além de proporcionar ganhos cognitivos, é essencial para manter a identidade e autoestima do paciente, e a facilitação da memória implícita residual, visto que a memória implícita de pacientes com DA está relativamente preservada, apesar de apresentarem déficits significativos de memória explícita (Ávila & Miotto, 2002).

Na DA, pode haver a perda completa de algumas lembranças, como a capacidade de reconhecimento, memórias que antes seguiam o curso temporal são danificadas, e com isso, memórias pessoais e de identidade também são prejudicadas. Com o avanço da demência, o paciente com Alzheimer pode esquecer-se completamente das pessoas com quem convivia socialmente, de familiares, e de pessoas de convívio mais próximo (Gil, 2005). A paciente não se lembrava de muitos familiares, como netos, irmãos e nem mesmo de alguns dos seus filhos, corroborando a literatura, em que o esquecimento geralmente é iniciado pelos netos, e por fim, nem mesmo os filhos são reconhecidos.

Estudos têm mostrado evidências de resultados promissores com o treino da memória em pacientes com DA, já que essa abordagem promove a melhora da memória explícita e pode se estender para habilidades funcionais temporariamente. Um estudo de Nousia et al. (2018) sobre o efeito benéfico do treinamento cognitivo multidomínio no desempenho neuropsicológico de pacientes com a doença de Alzheimer mostrou dados promissores quanto aos impactos positivos de intervenções não farmacológicas no curso de pacientes com a doença.

Isso se deve pela capacidade do cérebro em se reorganizar, mesmo em doenças neurodegenerativas como a DA, ocorrendo formas de compensação cognitiva, através de ativação de áreas corticais que não sofreram neurodegeneração e que podem passar a desempenhar funções previamente relacionadas às regiões que sofreram. Nesse sentido, os exercícios cognitivos feitos na reabilitação podem agir positivamente no cérebro desses pacientes, induzindo à plasticidade neural e protegendo os idosos com DA contra a neurodegeneração (Vale et al., 2011; Camões, Pereira & Gonçalves, 2009).

A relação entre a DA e os princípios da reabilitação neuropsicológica perpassam as reações afetivas na família do paciente e podem repercutir especialmente de forma negativa sobre o cuidador. Isso porque, doenças crônicas, progressivas e degenerativas requerem cuidados ininterruptos, manejo das manifestações psiquiátricas e comportamentais, envolvidos por laços emocionais, sejam eles, positivos ou negativos, vivenciados pela convivência anterior à instalação da doença e produzem desgaste físico, mental e emocional (Luzardo, Gorini & Silva, 2006).

No âmbito da assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) divulgou a Portaria de nº 703/GM, de 12 de abril de 2002 que instituiu o Programa de Assistência aos Portadores da DA, desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios. O programa tornou os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento

dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores e o que mais for necessário à atenção aos pacientes com DA (Brasil, 2002).

No entanto, apesar de a Portaria de assistência aos portadores de DA estar instituída há mais de 16 anos, a realidade que se apresenta no contexto brasileiro é outra. Na rede municipal da cidade onde a paciente residia não havia a efetivação da política em sua complexidade, malmente funcionava a dispensação de medicamentos para demência. Nota-se que as políticas públicas brasileiras ainda escancaram exclusão e marginalizam as populações vulneráveis, especialmente os pacientes com DA (Luzardo et al., 2006). Nesse sentido, ressalta-se a importância da atenção integral ao paciente com DA, cuidadores e familiares, através de medidas governamentais de assistência social e de saúde, como é o caso do programa reabilitação neuropsicológica, que favoreça a manutenção da rede de cuidado.

5. Considerações finais

A comparação entre as duas avaliações demonstrou mudança qualitativa de desempenho em parte das habilidades avaliadas, como na orientação temporo-espacial, conseguindo sustentar maior intervalo de tempo de compreensão e orientação, aprendizagem verbal e memória (através do melhor desempenho na lista de palavras de recordação imediata) e habilidades construtivas, ainda que com apenas 12 sessões de reabilitação. Durante as sessões, todos os encontros pareciam ser, para ela, como se fosse a primeira vez. Esse foi um desafio constante, devido à modulação da relação que era estabelecida e do vínculo que era construído a cada encontro.

A prática da clínica neuropsicológica requer condutas orientadas para sempre favorecer a autonomia do paciente, adaptando as limitações e enaltecendo as potencialidades. Essa postura promove diversos efeitos positivos na reabilitação, pois permite preservar a cognição e questões de âmbito psicossocial e físico, como trabalhos que englobam atividades para alimentação, higiene pessoal, vestir-se, pentear-se, etc., principalmente em pacientes com DA em estágio avançado (Brueggen et al., 2017; Camões, Pereira & Gonçalves, 2009).

Assim, a fim de otimizar os efeitos da reabilitação, foi apontado à cuidadora e aos familiares a relevância de transferir para a vida diária exercícios de orientação e estímulo à autonomia da paciente, como deixar que a mesma escolhesse o que vestir, exercitar pentear os próprios cabelos e estimular a mastigação, visto que, foi percebido durante a avaliação neuropsicológica que, a cuidadora dava apenas alimentos pastosos à Josefa, mesmo que a capacidade de Josefa de mastigar ainda estivesse preservada.

Esse trabalho demonstrou a relevância da RN em pacientes com DA em estágio avançado. Entretanto, a reabilitação neuropsicológica de pacientes com DA ainda é pouco estudada por profissionais de saúde, como pela psicologia. Assim, considerando todos os aspectos relatados deste trabalho é possível dizer que a Neuropsicologia traz, atualmente, grandes subsídios para o tratamento de pacientes com danos cognitivos e funcionais, como é o caso de pacientes com DA.

Referências

- Abrisqueta-Gomez J. (2006a). Reabilitação Neuropsicológica: o caminho das pedras. In Jaqueline Abrisqueta-Gomez & Flávia H. dos Santos. (Orgs.), *Reabilitação Neuropsicológica: da teoria à prática*. (Cap. 1, pp. 1-14). São Paulo: Artes médicas.
- Abrisqueta-Gomez, J. (2006b). Introdução à Reabilitação neuropsicológica em idosos. In Jaqueline Abrisqueta-Gomez & Flávia H. dos Santos. (Orgs.), *Reabilitação Neuropsicológica: da teoria à prática*. (Cap. 11, pp. 137-152). São Paulo: Artes médicas.
- American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtorno (DSM-5) (Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Trad.). Porto Alegre: Artmed, pp. 611-614.
- Araújo, C. L. de O. & Nicoli, J. S. (2011). Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós: Gerontologia*, [S.l.], v. 13, n. 1, jan. 2011.
- 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.
- Atalaia-Silva, K. C., Ribeiro P. C. C. & Lourenço, R. A. (2008). Epidemiologia das demências. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 7(1), pp. 46-51.
- Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Archives of Clinical Psychiatry*. São Paulo, 30(4), pp. 139-146. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832003000400004>
- Ávila, R. & Miotto, E. (2002). Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Rev. Psiq. Clín.* 29 (4): pp. 190-196.
- Backman, L., Josephsson, S., Herlitz, A., Stigsdotter, A. & Viitanen, M. (1991). The Generalizability of Training Gains in Dementia: Effects of an Imagery-Based Mnemonic on Face-Name Retention Duration. *Psychology and Aging*, 6: pp. 489-492. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.6.3.489>
- Baddley, A. Eysenck, M. W., Anderson, M. C. (2011b). A memória e o envelhecimento. In Alan Baddley, Michael W. Eysenck, Michael C. Anderson. *Memória*. (Cornélia Stolting Trad.) (Cap. 3, pp. 311-335). Porto Alegre: Artmed.
- Barros, M. de. (1999). *Poemas concebidos sem pecado e Face imóvel*. Rio de Janeiro: Alfaguara, p. 9.
- Bayles, K. A., Tomoeda, C. K., Cruz, R. F., & Mahendra, N. (2000). Communication Abilities of Individuals With Late-Stage Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14(3), pp. 176–181.
- 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 Neuro-Psiquiatria*, 59(3a), pp. 532-536. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2001000400009>
- Bottino, C. M.C., Carvalho, I. A. M., Alvarez, A. M. M. A., Ávila, R., Zukauskas, P. R., Bustamante, S. E. Z., Andrade, F. C., Hototian, S. R., Saffi, F., & Camargo, C. H.P. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 60(1), pp. 70-79. <https://dx.doi.org/10.5579/ML.2012.125>
- Brucki, S. M. D., Malheiros, S. M. F., Okamoto, I. H., & Bertolucci, P. H. F. (1997). Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 55(1), pp. 56-61.
- Brueggen, K., Kasper, E., Ochmann, S., Pfaff, H., Webel, S., Schneider, W., & Teipel, S. (2017). Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's Disease: A Controlled Intervention Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 57(4), pp. 1315–1324. <https://dx.doi.org/10.3233/JAD-160771>
- Camões, C., Pereira, F. M., & Gonçalves, A. (2009). Reabilitação na doença de Alzheimer. *Psicologia Pt*, Lisboa, pp. 1-20.
- 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. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14034>
- Coglive: bromidrato de galantamina. Cintia Delphino de Andrade. São Paulo: Libbs Farmacêutica Ltda. [2015]. Bula de remédio.
- Engelhardt, E., Tocquer, C., André, C., Moreira, D. M., Okamoto, I. H., Cavalcanti, J. L. de Sá. Demência vascular. (2011). Critérios diagnósticos e exames complementares. *Dement. neuropsychol*; 5(4).
- Falco, A. De, Cukierman, D. S., Hauser-Davis, R. A., & Rey, N. A. (2016). Doença de Alzheimer: Hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. *Química Nova*, 39(1), pp. 63-80. <https://dx.doi.org/10.5935/0100-4042.20150152>
- Faria, T. K. de, & Atalaia-Silva, K. C. Déficits disexecutivos em pacientes com demência frontotemporal: uma revisão sistemática. *Rev. Eletr. Mach. Sopr.*, Juiz de Fora, v.13, n.02, pp.54-64. 2017.
- Fernandes, J. da S. G., & Andrade, M. S. de. (2017). Revisão sobre a doença de alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), pp. 131-140.
- Fridman, C., G., S. P., Dias Neto, E., & Ojop, E. P. B. (2004). Alterações genéticas na doença de Alzheimer. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 31(1), pp. 19-25.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., &McHugh, P. R. (1975). "Mini -Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J Psychiatr Res*, 12: pp.189-198.

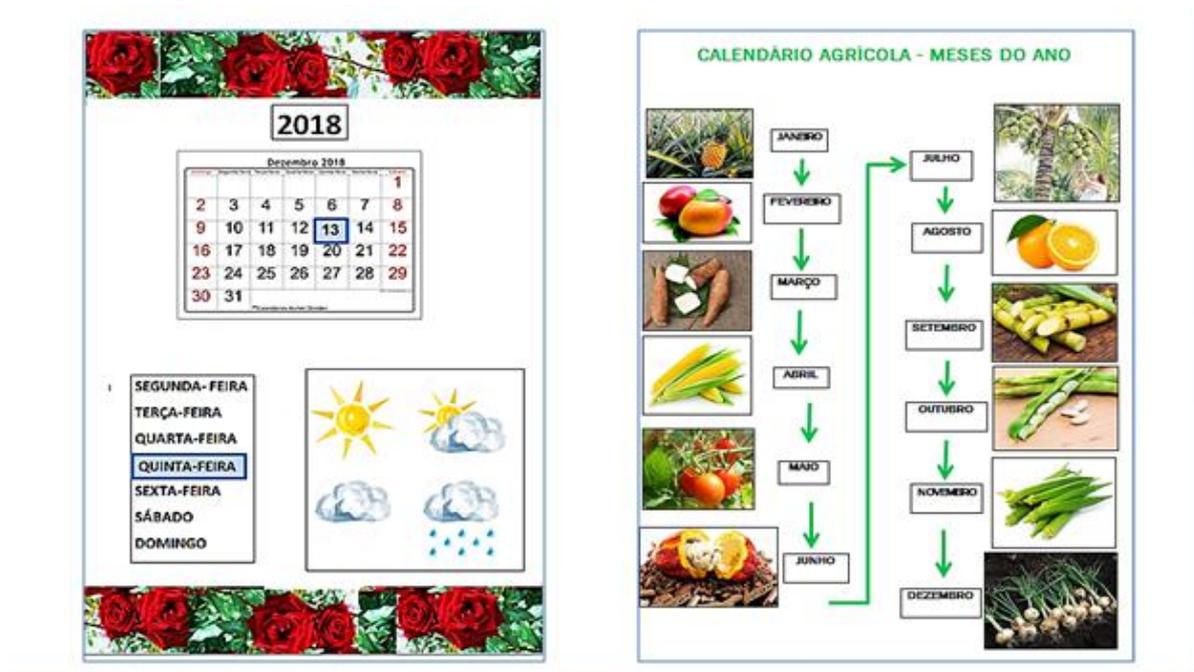
- Forlenza, O. V. (2005). Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (3); pp. 137-148.
- Gallucci Neto, J., Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 32(3), pp.119-130. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300004>
- Gil, R. (2005). Neuropsicologia das Demências. In: *Neuropsicologia*. 2. ed. Cap. 16: São Paulo: Editora Santos, pp. 214-238.
- Gouveia, P., A. R.; Bolognani, S. S. B.; Fabrício Alessandra M.; Bueno, O. F. A. (2001). Metodologia em reabilitação neuropsicológica de pacientes com lesão cerebral adquirida *Rev. Psiq. Clín.* 28 (6). pp. 295-299.
- Hughes, C, Berg L, Danziger W, Coben L, Martin R. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982; 140: pp. 566-572
- Hachinski, V. C., Iliff L. D., Zilhka E. et al. (1975). Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol*, 32: pp.632-637.
- Hamdan, A. C., De Pereira, A. P. A.; Riechi, T. I. J. de S. (2011). Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica: Desenvolvimento Histórico e Perspectivas Atuais. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 15. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v15i0.25373>.
- Kucmanski, L. S., Zenevicz, L., Geremia, D. S., Madureira, V. S. F., Silva, T. G. da, & Souza, S. S. de. (2016). Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), pp. 1022-1029.
- López. L., O. (2015). Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Archivos de Medicina Interna*, 37(2), pp. 61-67.
- Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2006). Mini-exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública*, vol. 40, n.4, pp. 712-719. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>
- Lucchetti, G., Granero, A. L., Pires, S. L., & Gorzoni, M. L. (2010). Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(1), pp. 51-58.
- Luzardo, A. R., Gorini, M. I. P. C. & Silva, A. P. S. S. da. (2006). Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 15(4), pp. 587-94.
- Mansur, L. L. (2010). Linguagem. In: Leandro F. Malloy-Diniz, et al. *Avaliação Neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Mansur, L. L., Carthery, M. T., Caramelli, P., & Nitrini, R. (2005). Linguagem e cognição na doença de Alzheimer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), pp. 300-307.
- Ministério da Saúde. (2002). Gabinete do Ministro. Portaria nº 703, de 12 de abril de 2002. Institui o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 28.

- Nousia, A., Siokas, V., Aretouli, E., Messinis, L., Aloizou, A. M., Martzoukou, M., Karala, M., Koumpoulis, C., Nasios, G., & Dardiotis, E. (2018). Beneficial Effect of Multidomain Cognitive Training on the Neuropsychological Performance of Patients with Early-Stage Alzheimer's Disease. *Neural plasticity*, 28(4), pp. 51-76.
- Oliveira, C., Salina, M. E., & Annunziato, N. (2001). Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do SNC. *Acta Fisiátrica*, 8(1), pp. 6-13.
- Organização Mundial da Saúde. (1980). Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: Um Manual de Classificação Relativo às Consequências da Doença. Genebra: autor.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, (39)6, pp. 918-923.
- Pereira, K. G., Peres, M. A., Iop D., Boing, A. C., Boing, A. F., Aziz, M., d'Orsi, E. (2017). Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Brasileira de Epidemiol.*, 20(2), pp. 335-344
- Pfeffer, R. I., Kurosaki T. T., Harrah Jr CH, Chance J. M., Filos S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.*, 37, pp.323-329.
- Presidência da República Secretaria de Direitos Humanos - Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. (2012). Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Brasília – DF.
- Rambhade, S., Chakarborty, A., Shrivastava, A., Patil, U. K., & Rambhade, A. (2012). A survey on polypharmacy and use of inappropriate medications. *Toxicology international*, 19(1), pp.68-73.
- Ramos, L. R., Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Farias, M. R., Oliveira, M. A., Luiza, V. L., et al. (2016). Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saude Publica.*; 50(supl 2): p. 9.
- Sanchez, M. A. S., Correa, P. C. R. & Lourenço, R. A. (2011). Cross-cultural Adaptation of the “Functional Activities Questionnaire – FAQ” for use in Brasil. *Dementia & Neuropsychologia*, 5 (4), 322-327. <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642011DN05040010>
- Sanchez, M. A. dos S., & Lourenço, R. A. (2009). Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1455-1465. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700003>
- Santos, A. C. T., Moura, S. M., Haase, V. G. (2008) Recomendações para reabilitação neuropsicológica aplicada à demência. *Mosaico: estudos em psicologia*: Belo Horizonte-MG, v.2, n1, pp.17-33.
- Sch lindwein-Zanini, R. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos *Rev Neurocienc*; 18 (2), pp.220-226.

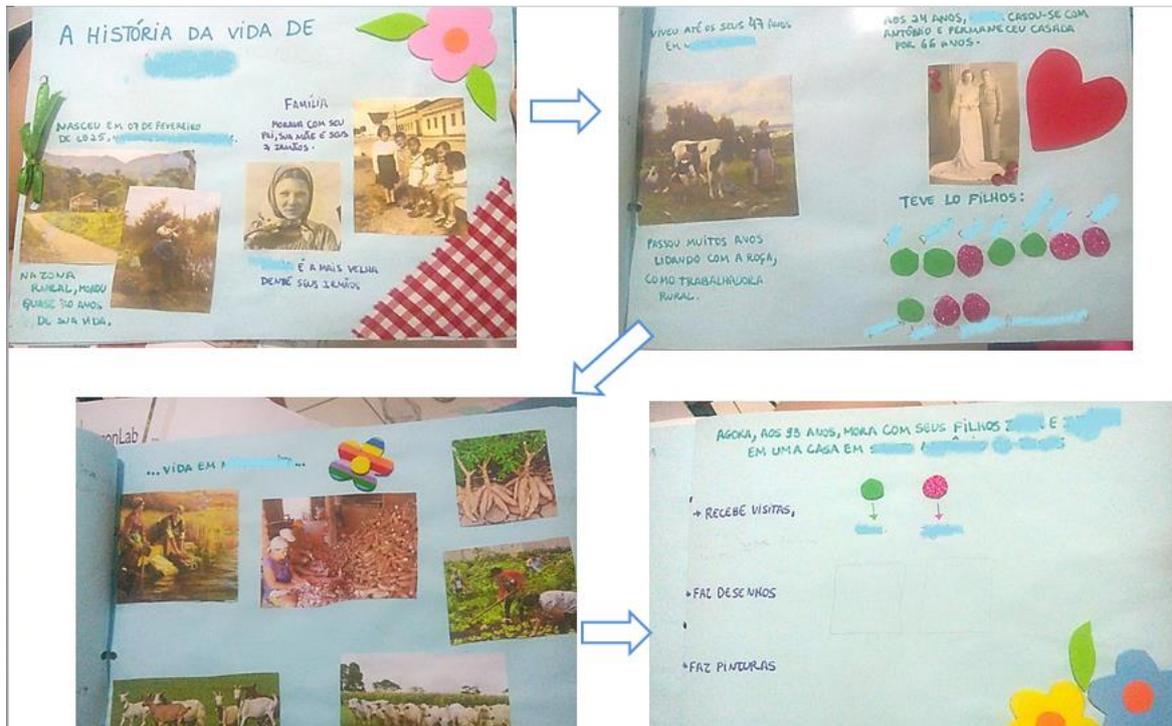
- Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia: Campinas*, 29 (Suppl. 1), pp.647-655.
- Sohlberg, M. M., Mareer, C. A. (2010). Teoria da Memória aplicada à intervenção. In: Sohlberg, McKay Moore, Mareer, Catherine A. *Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrativa* (Maria Cecília Brandão Trad.) [1.reimpr.] - São Paulo: Santos.
- Sheikh, J. I., Yesavage J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*, 5: pp.165-73.
- Vale, F. C. do V., Corrêa Neto, Y., Bertolucci, P. F., Machado, J. B., Silva, D. da, Allam, N., & Balthazar, M. F. (2011). Tratamento da doença de Alzheimer. *Dementia & Neuropsychologia*. 5(1), pp.34-48.
- Wilson, B. A. (1992). Memory Therapy in Practice, In: Moffat, N. & Wilson, B.A. (eds.): *Clinical Management of Memory Problems*, 2nd ed. Singular Publishing Group, California, pp. 121-153. <http://dx.doi.org/10.1080/09602010903126029>
- Wilson, B. A. (1997). Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5), pp. 487-496.
- Wilson, B. A. (2003). The theory and practice of neuropsychological rehabilitation: an overview. In: Bárbara Wilson. *Neuropsychological rehabilitation: theory and practice*. Swets & Zeitlinger Publish.
- Wilson, B. A. (2009) Cap. 3: Avaliação para a reabilitação. In *Reabilitação da memória: Integrando Teoria e Prática*, New Guilford Press. 41 pp. 34-51.

Apêndices

Apêndice A – Terapia de Orientação para a Realidade



Apêndice B – Livro da história de vida pessoal



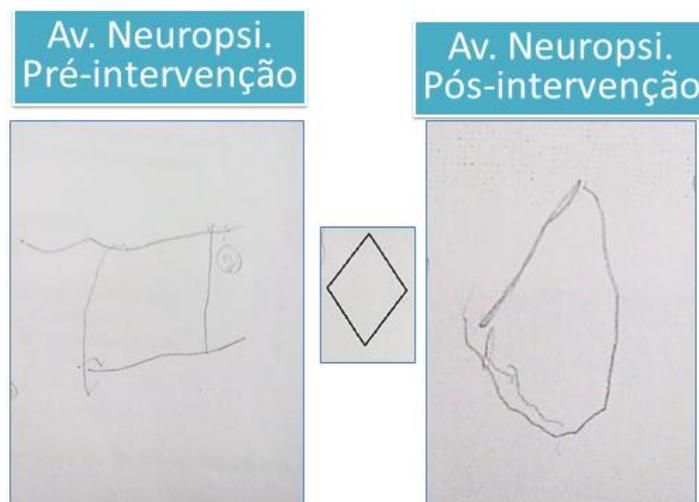
Apêndice C – Tarefa de memória implícita procedural

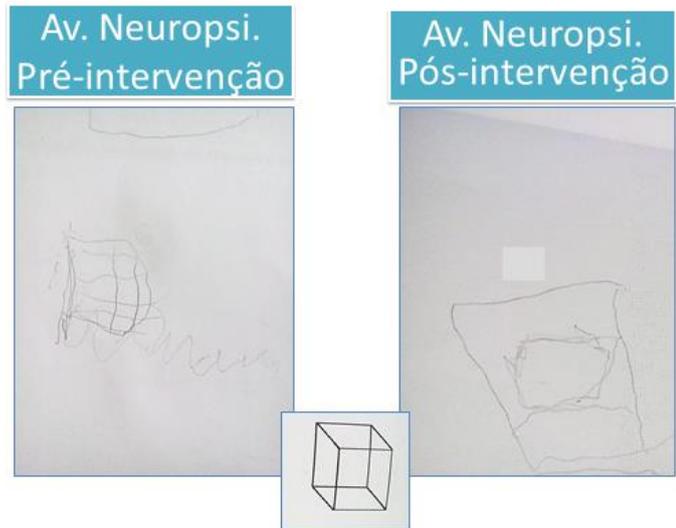
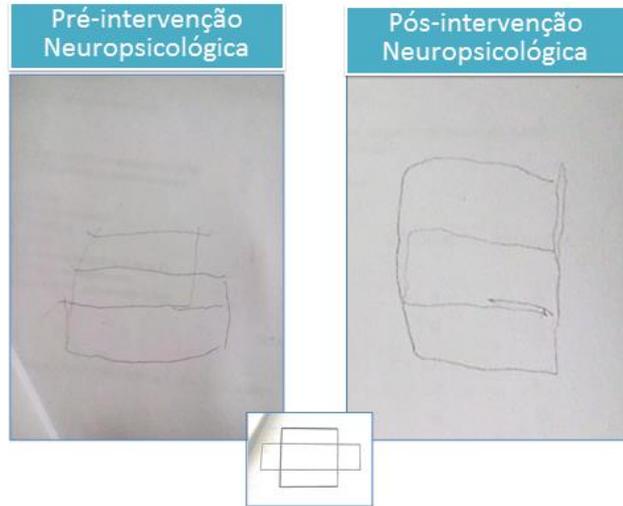
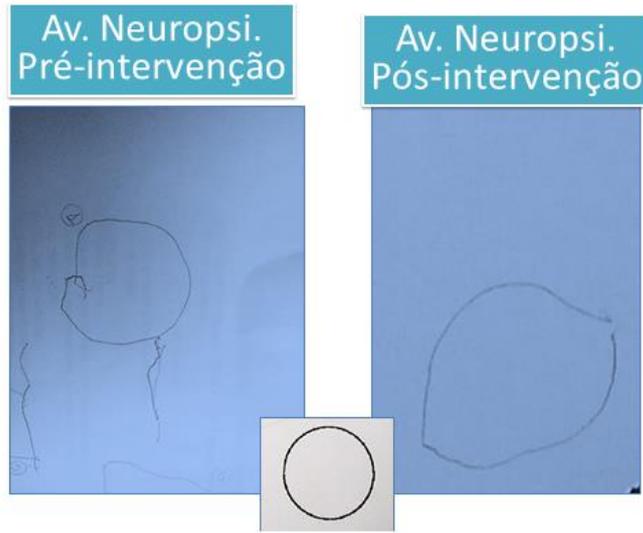


Apêndice D – Atividade de Praxia Construtiva – Rede de descanso

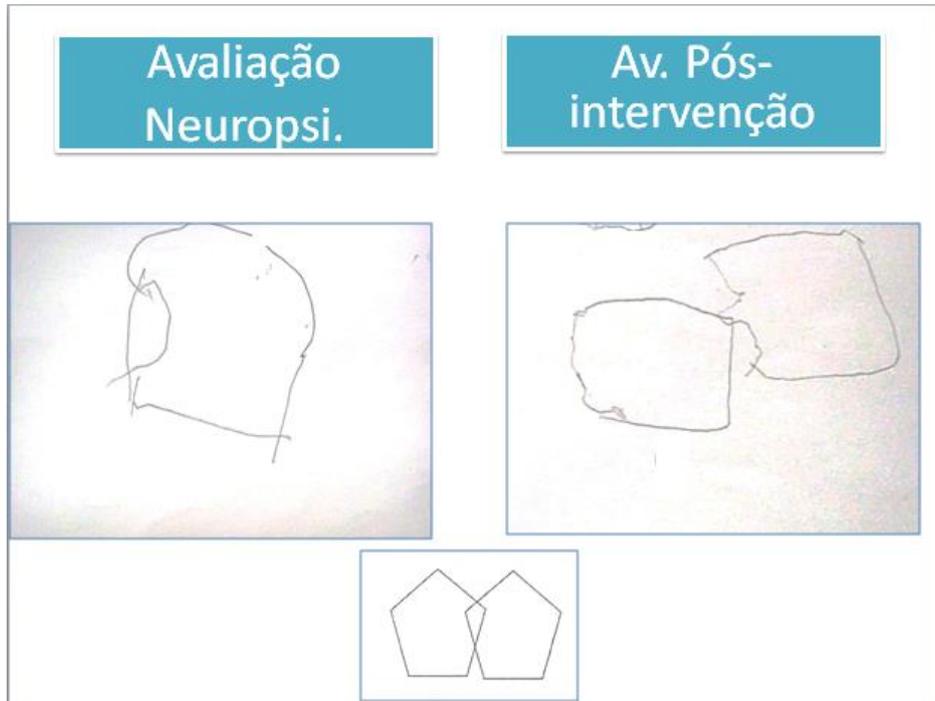


Apêndice E – Comparação de habilidade construtiva (Bateria CERAD) pré /pós-reabilitação neuropsicológica.



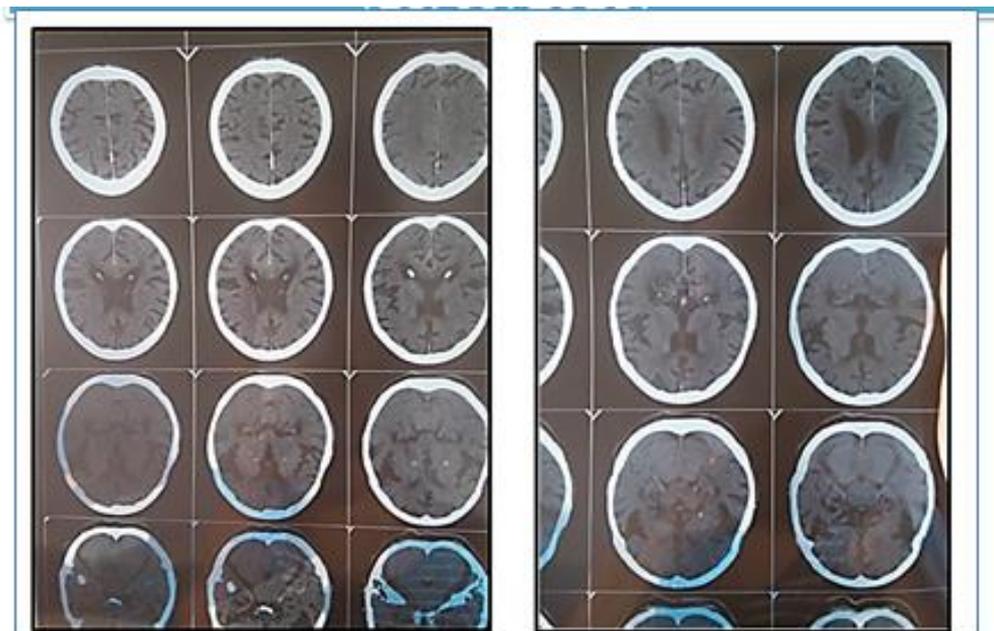


MEEM que compôs a Bateria CERAD - Cópia dos pentágonos.



Anexos

Anexo A – Exame de neuroimagem 1 – Tomografia do crânio (18/09/2018)



Laudo: sinais de microangiopatia degenerativa, com ampliação das cavidades ventriculares supratentoriais; involução córtico-subcortical, sobretudo dos lobos temporais e redução volumétrica dos hipocampos.

Anexo B – Exame de neuroimagem 2 – Mapeamento computadorizado (27/09/2018)



- Laudo: Lentificação global da distribuição da atividade elétrica cerebral de base, sem evidência de atividade epileptiforme.

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)


 Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Centro de Ciências da Saúde


 Serviço de Psicologia
 UFRB

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 _____

Av. Barros e Almeida, nº 28 - Centro - Santo Antônio de Jesus - BA. Fone: (75) 3631.1196