



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“QUANDO TUDO PEDE UM POUCO MAIS DE CALMA”: RELATO DE CASO DE
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM PACIENTE COM TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO

RENATA DA SILVA LIMA

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2019

RENATA DA SILVA LIMA

“QUANDO TUDO PEDE UM POUCO MAIS DE CALMA”: RELATO DE CASO DE
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM PACIENTE COM TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO

Artigo apresentado como requisito para conclusão do Estágio supervisionado I e II de ênfase em Saúde do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no período de maio de 2018 a fevereiro de 2019.

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

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2019

RENATA DA SILVA LIMA

“QUANDO TUDO PEDE UM POUCO MAIS DE CALMA”: RELATO DE CASO DE
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM PACIENTE COM TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO

Artigo apresentado como requisito para conclusão do Estágio supervisionado I e II de ênfase em Saúde do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no período de maio de 2018 a fevereiro de 2019.

Data da defesa: ____ de fevereiro de 2019.

Aprovado em ____ de _____ de 2019.

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kelly Cristina Atalaia da Silva- Orientadora

Profa. Dra. Silvana Batista Gaino -Avaliadora

Psic. Milena Maria da Solidade de Sousa Santos - Avaliadora

Dedico esse trabalho as pessoas que estiveram comigo nessa trajetória, especialmente, aos meus pais, meus maiores incentivadores, meu noivo Luiz em quem encontro todo o apoio, dedicação e amor para continuar a alcançar os meus objetivos. Minha orientadora Kelly Atalaia pela partilha de conhecimentos sempre com muito carinho, às minhas amigas e companheiras de estágio, em especial Ailla, por todo cuidado, irmandade, e por trilhar esse caminho comigo.

“Para além da curva da estrada,
Talvez haja um poço, e talvez um castelo,
E talvez apenas a continuação da estrada.
Não sei nem pergunto.
Enquanto vou na estrada antes da curva
Só olho para a estrada antes da curva,
Porque não posso ver senão a estrada antes da curva.
De nada me serviria estar olhando para outro lado
E para aquilo que não vejo.
Importemo-nos apenas com o lugar onde estamos.
Há beleza bastante em estar aqui e não noutra parte qualquer.
Se há alguém para além da curva da estrada,
Esses que se preocupem com o que há para além da curva da estrada.
Essa é que é a estrada para eles.
Se nós tivermos que chegar lá, quando lá chegarmos saberemos.
Por ora só sabemos que lá não estamos.
Aqui há só a estrada antes da curva, e antes da curva
Há a estrada sem curva nenhuma.”

“Poemas Inconjuntos”. Poemas Completos de Alberto Caetano.
Fernando Pessoa. (Transcrição de Teresa Sobral Cunha), 1994.

Resumo

A Neuropsicologia estuda a organização das funções mentais superiores e sua relação com o comportamento. Durante o tratamento nessa área, a avaliação é a primeira etapa a ser realizada, investigando as funções corticais superiores, como a atenção e memória, nela devem estar incluídas as percepções subjetivas da desigualdade social, e qualidade de vida do paciente. Após a avaliação e o resultado da mesma, é estruturada a reabilitação, que tem como proposta a melhora da qualidade de vida do paciente, utilizando de estratégias compensatórias e aprendizagem de novas habilidades. É importante salientar que a reabilitação neuropsicológica é um tratamento de esfera biopsicossocial, abrangendo paciente e familiar, considerando alterações físicas e cognitivas, o ambiente em que o paciente vive, e sua história de vida. A Neuropsicologia fornece auxílio teórico e instrumental importante para a atividade clínica e científica em neuropsiquiatria. O Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é considerado um transtorno neuropsiquiátrico, pois pesquisas têm constatado alterações cerebrais quando comparado com cérebros de pessoas que não possuem a doença, nesse sentido, estudos sobre a reabilitação neuropsicológica demonstram resultados positivos e melhoras significativas a pacientes submetidas a ela. Nesta direção, o objetivo do presente trabalho foi realizar uma avaliação neuropsicológica antes e após a intervenção por meio de reabilitação neuropsicológica em uma paciente com TOC. Além dos resultados quantitativos, originados dos escores dos testes, e analisados estatisticamente pelo programa SPSS 25.0, se percebeu mudanças comportamentais na paciente após o trabalho de reabilitação neuropsicológica. Ressalta-se que há uma escassez de estudos brasileiros na área e estes devem ser encorajados, uma vez que a Neuropsicologia pode contribuir para o desenvolvimento de tratamentos que possibilitem auxílio aos pacientes portadores de transtornos neuropsiquiátricos, sobretudo o TOC.

Palavras chaves: Neuropsicologia; Avaliação; reabilitação; Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Abstract

Neuropsychology studies the organization of higher mental functions and their relation to behavior. During the treatment in this area, evaluation is the first step to be performed, investigating the higher cortical functions, such as attention and memory, it should include subjective perceptions of social inequality, and quality of life of the patient. After the evaluation and the result of the same, rehabilitation is structured, with the purpose of improving the patient's quality of life, using compensatory strategies and learning new skills. It is important to emphasize that neuropsychological rehabilitation is a biopsychosocial treatment, encompassing patient and family, considering physical and cognitive alterations, the environment in which the patient lives, and their life history. Neuropsychology provides important theoretical and instrumental aid for clinical and scientific activity in neuropsychiatry. Obsessive-compulsive disorder (OCD) is considered a neuropsychiatric disorder, since research has shown brain alterations when compared to the brains of people who do not have the disease, in this sense, studies on neuropsychological rehabilitation demonstrate positive results and significant improvements in patients submitted to it. In this direction, the objective of the present study was to perform a neuropsychological evaluation before and after the intervention through neuropsychological rehabilitation in a patient with OCD. In addition to the quantitative results, originated from the test scores, and analyzed statistically by the SPSS 25.0 program, it was noticed behavioral changes in the patient after the work of neuropsychological rehabilitation. It should be emphasized that there is a shortage of Brazilian studies in the area and these should be encouraged, since Neuropsychology can contribute to the development of treatments that allow assistance to patients with neuropsychiatric disorders, especially OCD.

Keywords: Neuropsychology; Evaluation; rehabilitation; Obsessive-compulsive disorder.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. Introdução..... | 09 |
| 2. Método..... | 13 |
| 2.1. Procedimentos..... | 13 |
| 2.2. Instrumentos Utilizados..... | 13 |
| 3. Relato de caso..... | 17 |
| 3.1. Avaliação Neuropsicológica..... | 17 |
| 3.2. Reabilitação Neuropsicológica..... | 19 |
| 4. Resultados e Discussão..... | 23 |
| 5. Considerações Finais..... | 30 |
| Referências | 31 |
| Apêndice..... | 35 |
| Anexos | 36 |

1 Introdução

A Neuropsicologia estuda as relações entre o comportamento humano e o cérebro, mais especificamente seu estudo se baseia na organização das funções mentais superiores e sua relação com o comportamento (Doering-Silveira & Silveira, 2014). É também uma ciência que tem o propósito de analisar as alterações comportamentais que são decorrentes de lesões cerebrais e pesquisar a relação que se dá entre sistema nervoso, comportamento e cognição (Pontes & Hübner, 2008).

É uma área que vem avançando desde o período das guerras mundiais. Nessa época, os cientistas queriam entender como diferentes tipos de lesões agiam sobre o comportamento humano. Mais recentemente, com as mudanças socioculturais e avanços tecnológicos, ocorreram maiores casos de lesões cerebrais decorrentes de acidentes. Além disso, houve um aumento da população idosa, trazendo assim a necessidade de estudos sobre este fenômeno e as doenças que estão atreladas a ele. Diante de todos esses fatores, fica evidente a importância social que os estudos neuropsicológicos trazem para a população (Pontes & Hübner, 2008).

No processo da clínica neuropsicológica, a avaliação é uma das primeiras etapas a ser realizada. No início do desenvolvimento da ciência neuropsicológica, a avaliação era executada para identificar e localizar lesões cerebrais, atualmente, além da localização, investiga as funções corticais superiores, como a atenção e memória entre outros, e principalmente, compreende tanto a análise de funções preservadas quanto comprometidas (Costa et al., 2004; Mansur, 2010).

Conforme aponta Mansur (2010), no processo de avaliação neuropsicológica também devem estar incluídas as percepções subjetivas da desigualdade social, e qualidade de vida do paciente. Esses aspectos ajudarão a alcançar os objetivos ligados ao contexto clínico do tratamento, ou seja, definir os objetivos na reabilitação, o prognóstico, bem como os pacientes atendidos em terapia e servir de arcabouço para a pesquisa clínica.

A avaliação das funções cognitivas é realizada para melhor compreender o funcionamento cognitivo, tanto de pessoas saudáveis quanto em pessoas que sofreram algum tipo de lesão ou disfunção cerebral e mesmo pacientes neuropsiquiátricos (Fuentes & Andrade, 2006). Os dados obtidos através dos instrumentos que são aplicados facilitam a comparação entre testes e desempenho do indivíduo pré e pós reabilitação. (Gouveia, Lacerda & Kernkraut, 2017).

Dentre os objetivos da avaliação neuropsicológica, destacam-se a investigação do funcionamento cognitivo e avaliação comportamental dos indivíduos. O processo avaliativo

baseia-se em aplicações de entrevistas, exames qualitativos e quantitativos, com foco nas funções cognitivas, incluindo atenção, percepção, memória, linguagem e raciocínio (Mader-Joaquin, 2010). A avaliação neuropsicológica e funcional é de extrema importância para planejar a reabilitação, pois realiza o levantamento de funções cognitivas comprometidas e preservadas, além de avaliar as possibilidades e as percepções do indivíduo em relação a sua vida diária, ao seu desempenho e suas chances de avanço (Monteiro, Covre & Fuentes, 2013).

A reabilitação tem como proposta a melhora da qualidade de vida do paciente, utilizando de estratégias compensatórias e aprendizagem de novas habilidades. É importante que o paciente esteja ciente que nem sempre é possível recuperar uma função prejudicada, mas pode haver formas de compensá-la, com foco na sua funcionalidade (Pontes & Hübner, 2008). A funcionalidade do paciente se refere ao que ele pode ou não realizar no seu cotidiano. O profissional precisa conhecer as incapacidades, e considerar os desejos e as necessidades do paciente (Monteiro, Covre & Fuentes, 2013).

É importante salientar que a reabilitação neuropsicológica é um tratamento de esfera biopsicossocial, que abrangem paciente e familiar, considerando alterações físicas e cognitivas, o ambiente em que o paciente vive, e sua história de vida (Avila, 2003). Ela prioriza o indivíduo como um todo e sua qualidade de vida, envolvendo aspectos emocionais e comportamentais, fazendo a reintegração aos ambientes sociais, escolar e de trabalho, e objetivando facilitar tarefas que exigem habilidades cognitivas (Gil, 2005 apud Correa 2009).

O estabelecimento das metas durante o tratamento deve ser realizado considerando as demandas indicadas pelo paciente e seus familiares, levando em conta as alterações de maior impacto funcional da vida diária, além dos resultados da avaliação neuropsicológica. O foco da reabilitação deve envolver a organização da rotina, o planejamento de novas atividades, e um suporte emocional para auxiliar na autopercepção e no controle de comportamentos (Gouveia et al., 2009). Quando se propõe a reabilitar déficits cognitivos numa perspectiva mais holística, devem-se levar em consideração disfunções emocionais, motivacionais, e sociais ao mesmo tempo e, antes de tudo, entender que cognição e emoção não devem ser trabalhadas separadamente, pois elas se relacionam de forma complexa (Abrisqueta-Gomez, 2006).

Pelo termo reabilitação entende-se como restauração completa de uma função cognitiva ou motora determinada. (Prusokowski, Rinaldi & Oliveira, 2012). No entanto, essa concepção é limitada e não abrange a verdadeira função da reabilitação, que é trazer melhor funcionalidade para o indivíduo. A reabilitação só acontece porque o cérebro é um órgão dinâmico e se modifica e se adapta às condições que o sujeito é exposto, processo biológico

conhecido como plasticidade neural ou neuroplasticidade (Prusokowski, Rinaldi & Oliveira, 2012).

A Neuroplasticidade é definida como um domínio do Sistema Nervoso caracterizado por modificar uma função ou estrutura cerebral em resposta às interferências do ambiente para melhorar o funcionamento de suas redes. A plasticidade embasa outro processo que é a generalização, onde o paciente faz a transposição de atividades motoras, físicas e cognitivas para atividades do seu dia a dia, portanto permitindo que sejam realizadas novas aprendizagens (Lent, 2013; Otero & Scheitler, 2001 apud Prusokowski, Rinaldi & Oliveira, 2012).

A Neuropsicologia fornece auxílio teórico e instrumental importante para a atividade clínica e científica em neuropsiquiatria, há muitas doenças classificadas como transtornos neuropsiquiátricos, entre elas Epilepsia, Alzheimer, Parkinson e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Fuentes & Andrade, 2006). O TOC é considerado um transtorno neuropsiquiátrico, pois pesquisas têm constatado alterações cerebrais quando comparado com cérebros de pessoas que não possuem a doença. Essas pesquisas apontam regiões cerebrais hiperativas, como o Tálamo, e disfunção em regiões como os gânglios da base.(Cordioli, 2018).

Nos transtornos neuropsiquiátricos, as disfunções cognitivas são ocorrências frequentes, e caracterizam uma das principais causas da incapacitação geradas por essas doenças. No TOC, especificamente, essas disfunções são geralmente em relação ao controle executivo, inibição e atenção. A rede neurobiológica desse transtorno envolve os circuitos frontoestriatais (Pérez & Vásquez, 2012).

O TOC, que de acordo com DSM-V é classificado como um transtorno que apresenta obsessões e/ou compulsões. As obsessões se caracterizam como pensamentos, impulsos ou imagens frequentes e perseverantes, podem ser entendidas como indesejadas e causam sofrimento e ansiedade. Já as compulsões são atos mentais ou comportamentos repetitivos em que o indivíduo se sente forçado a realizar em resposta a uma obsessão, e com certa rigidez na realização, quando realizadas evitam ou diminuem a ansiedade (APA, 2013).

Quanto à prevalência do TOC, não há diferenças significativas entre homens e mulheres, e na maior parte dos casos se inicia ainda na infância (OMS, 1993 apud Menezes, Dias & Seabra, 2011). Sua etiologia ainda continua em discussão, porém há evidências de que fatores biológicos, genéticos, ambientais e psicológicos estão presentes na definição do transtorno (Menezes, Dias & Seabra, 2011).

As regiões cerebrais associadas com o TOC são os gânglios da base, estrutura que se localiza na área subcortical sendo representada pelo estriado, globo pálido, substância negra, e núcleo subtalâmico, além disso, alguns estudos demonstram alterações morfológicas e funcionais nos núcleos caudados. Há também uma disfunção na circuitaria fronto-córtico-estriato-tálamo-cortical, nesse caso o núcleo caudado não filtraria devidamente os impulsos corticais, resultando numa hiperatividade talâmica, e falta de inibição das estruturas estriatais. Em decorrência desse processo, os impulsos originados no tálamo chegariam ao córtex órbito-frontal, o que estimularia o sujeito, impedindo o mesmo de parar de dar atenção a preocupações insignificantes (Rosario-Campos & Mercadante, 2000). Pesquisas de neuroimagem estruturais e funcionais propõem que pacientes com TOC apresentam atividade metabólica anormal no córtex órbito-frontal, na porção anterior do giro do cíngulo e no núcleo caudado (Mercadante et al., 2004). Para Graeff (2001), a hiperatividade nas regiões do núcleo caudado, córtex órbito-frontal e tálamo, pode ser responsável pelas ocorrências de obsessões e compulsões no TOC.

Alguns estudos descritos por Menezes, Dias & Seabra, (2011), retratam que quanto aos déficits e manifestações clínicas, existem características metabólicas distintas no encéfalo frente à execução de atividades cognitivas, uma vez que os circuitos frontal e subcortical influenciam nos sintomas e nas manifestações cognitivas em pacientes com TOC. Já em relação à capacidade executiva, verificou-se um déficit no planejamento, além de uma diminuição na atividade do córtex pré-frontal dorsolateral e do núcleo caudado, e aumento em regiões como o cíngulo anterior, córtex pré-frontal ventromedial e no córtex parahipocampal. Quanto à função inibitória, verificou-se que pacientes com TOC têm dificuldades na inibição de conteúdos específicos associados à condição de repetição das obsessões, mas não há um comprometimento total da função. A flexibilidade cognitiva foi outra função que apresentou rebaixamento em pacientes com TOC, principalmente em tarefas de funções executivas, memória de trabalho espacial, atenção sustentada, vigilância e impulsividade (Menezes, Dias & Seabra, 2011).

Além disso, evidências mostram que anormalidades bioquímicas, envolvendo serotonina e glutamato, também estão presentes no TOC. Pacientes que apresentam comprometimento no desenvolvimento de uma tarefa de mudança de cenário, por exemplo, apresentam um tônus serotoninérgico alterado. Estudos de neuroimagem também sugerem que o TOC está associado a um estado hiperglutamatérgico (Fontenelle, 2001). Os níveis anormais de glutamato foram relatados em pacientes, com predomínio em regiões pré-frontais, tais como córtex órbito-frontal e suas áreas de projeção no estriado. No líquor, também foram

significativamente mais altos os níveis de glutamato em portadores de TOC (Sampaio et al., 2013).

Nesse sentido descrever o processo de reabilitação em um transtorno neuropsiquiátrico, como o TOC, é de grande importância, pois trata de um tratamento eficaz e que pode ajudar na diminuição dos sintomas dos portadores da doença, e ainda agregar aos estudos sobre a temática. Esse estudo foi desenvolvido numa instituição pública localizada no Recôncavo Baiano, onde esses tratamentos são escassos, e não são acessíveis para toda população, o que demonstra a relevância social desse estudo pra a comunidade.

Portanto, esse trabalho, através da apresentação de um relato de caso da paciente Ana (nome fictício), uma mulher idosa com sintomas que preenchem critérios diagnósticos de TOC, teve como objetivo descrever o processo de avaliação, reabilitação neuropsicológica individual, reavaliação, assim como a metodologia utilizada, com a finalidade de diminuir os comportamentos de limpeza ligados ao TOC e sintomas ansiosos.

2 Método

2.1 Procedimentos

Esse artigo é o relato de caso obtido através da experiência do estágio supervisionado I e II, componente curricular do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB.

Foi realizada uma prática neuropsicológica, em formato de clínica escola no Serviço de Psicologia da instituição, entre os meses de agosto de 2018 a fevereiro de 2019, destinada a adultos e idosos, e desempenhada individualmente. Compreendeu uma avaliação inicial da paciente. A partir dela, foi construída a reabilitação neuropsicológica das funções cognitivas, observadas no período de avaliação, e em seguida realizou-se uma reavaliação, para analisar os resultados, e comparar avanços durante o processo. Antes de iniciar a prática, a paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ferramenta ética que garante todo sigilo de informações durante os atendimentos, Anexo A.

A prática compreendeu oito sessões de avaliação, uma sessão de devolutiva, doze sessões de reabilitação, e duas sessões de reavaliação, aconteciam duas vezes por semana, as terças e quintas, e duravam em torno de 50 minutos à uma hora. Para análise estatística dos resultados, foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 25.0, para comparação pré e pós intervenção, usando o teste T para amostra pareada.

2.2 Instrumentos Utilizados

Os instrumentos utilizados para avaliação clínica e neuropsicológica incluíram instrumentos de rastreio e específicos, que estão expostos e brevemente descritos abaixo na ordem em que foram aplicados.

2.2.1 Escala de Beck (Beck, Steer, & Brown, 1996) adaptado por Cunha (2001).

2.2.1.1 Inventário Beck de Ansiedade – BAI - (Beck Anxiety Inventory)

Esse inventário foi originalmente desenvolvido por Beck, Epstein, Brown e Steer, em 1988, e adaptado por Cunha em 2001, mede a intensidade da ansiedade, é constituído por 21 itens, que devem ser respondidos pelo paciente em relação a si mesmo (Cunha, 2011).

2.2.1.2 Inventário Beck de depressão - BDI – (Beck Depression Inventory)

Foi originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961, revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery entre os anos de 1979 e 1982, e validado no Brasil através do estudo de Cunha em 2001. É uma escala de auto relato, contendo 21 itens, cada um com quatro alternativas, em graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0 a 3 (Cunha, 2011).

2.2.2 CAMCOG (Cambridge Cognitive Examination-Revised)

É parte de um instrumento de avaliação mais abrangente chamado Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX-R), Roth et al., (1986), adaptado por Bottino et al., (2001), e validado por Paradela (2007). É um teste de rastreio que possui 69 itens, envolvendo questões do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Teste Mental Abreviado de Hodkinson, Teste de fluência verbal categoria animais, assim como o teste do desenho do relógio, esses itens estão distribuídos nas variadas sessões, de acordo com a função cognitiva que pretendem avaliar, a pontuação total é de 105 pontos, quanto maior a pontuação, melhor o desempenho do paciente (Paradela, Lopes & Lourenço, 2009).

2.2.3 AAVD (Atividades Avançadas de Vida Diária)

Instrumento de rastreio validado por Oliveira et al., (2015). Avalia as atividades complexas de vida diária, estas envolvem o conjunto de várias funções físicas, psicológicas, sociais e cognitivas para sua realização, entre elas a participação em atividades sociais, produtivas e de lazer, como habilidades para manter o trabalho, viajar e planejar viagens, participação em grupos ou movimentos comunitários, dirigir, planejar eventos ou jogar. Os indivíduos considerados mais ativos são os que realizam quatro ou mais atividades, e o menos ativos que realizam três ou menos (Dias et al., 2015).

2.2.4 AVD (Atividades de Vida Diária)

Instrumento de rastreio criado por Sidney Katz, em 1963, com a proposta de avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. Foi validado no Brasil por Lino et al., (2008). É composto por seis itens que refletem que a perda funcional se inicia pelas atividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar as de autorregulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção. Ou seja, o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, perde-se primeiro a capacidade para tomar banho em seguida, vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama e se alimentar. A recuperação, porém acontece na ordem inversa (Barbosa et al., 2014).

2.2.5 AIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diária)

Instrumento de rastreio criado por Lawton & Brody em 1969, validada por Santos & Junior (2008), avalia o desempenho funcional do idoso quanto à capacidade de manter uma vida independente de acordo com nove funções: preparo das refeições, autoadministração de remédios, realização de compras, controle financeiro, uso do telefone, arrumação da casa, lavagem da própria roupa, realização de pequenos trabalhos domésticos e deslocamento de casa para lugares mais distantes sozinhos. Para cada item existem três opções de respostas, sendo elas 1-sem ajuda; 2-com ajuda parcial; 3-incapaz de fazer, a pontuação máxima é de 27 pontos (Carvalho et al.,2014).

2.2.6 EGD (Escala de Depressão Geriátrica)

Instrumento utilizado para realizar o rastreio da depressão em idosos, a versão reduzida com 15 itens foi elaborada por Sheikh e Yesavage em 1986, validado no Brasil por Paradela, Lourenço & Veras, em 2005. O ponto de corte ficou entre cinco e seis, acima disso é indicativo para depressão (Paradela, Lourenço & Veras, 2005).

2.2.7 NPI (Questionário do Inventário Neuropsiquiátrico)

Escala autoadministrada elaborada por Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi, e Gombein no ano de 1994, traduzido para o português por Espírito-Santo, Amaro, Lemos, Matias, Gomes e Sá em 2010. E validado por Camozzato et al., (2015). Avalia 12 sintomas, sendo eles, delírios, alucinações, agitação, depressão/disforia, ansiedade, euforia, apatia, desinibição, irritabilidade/labilidade, comportamento motor anormal sem finalidade, distúrbios do sono e do comportamento noturno, distúrbios do apetite e dos hábitos alimentares. Cada item é avaliado em relação à frequência onde, 1, é igual a ausente, a 4 que é muito frequente, e intensidade, onde, 1 é leve a 3 que é grave. O escore total pode chegar a 144 pontos, é obtido pela multiplicação da frequência pela intensidade. Quanto maior o escore

no NPI, maior será a quantidade de sintomas depressivos nos sujeitos avaliados (Camozzato et al., 2015).

2.2.8 WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life – Old Module)

Instrumento de rasteio que avalia a qualidade de vida foi desenvolvido pelo WHOQOL Group, da Organização Mundial de Saúde (Power, Quinn, Schmidt, & The WHOQOL-OLD Group, 1995), e validado no Brasil por Fleck, Chachamovich & Trentini (2003). Consiste em perguntas que se referem a seis domínios, físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religiosidade/ crenças pessoais. São avaliados por uma escala de 1 a 5 pontos, atribuídos aos seis domínios, para cada um o escore pode ser de 4 a 20. Escores altos representam uma alta qualidade de vida e escores baixos representam uma baixa qualidade de vida (Alencar et al., 2010).

2.2.9 RAVLT (Teste de Aprendizagem Auditivo Verbal de Rey)

Teste específico desenvolvido por Rey em 1958, adaptado e normatizado para o Brasil por Jardim de Paula & Malloy-Diniz em 2000. Avalia a memória através de uma lista com 15 substantivos, que é lida cinco vezes para o paciente em voz alta. Essas cinco repetições correspondem aos itens A1 a A5. Em seguida é lida uma lista de interferência, também composta por 15 substantivos, e após pede-se a evocação da mesma, denominada fase B1. Logo após, pede-se ao paciente para recordar as palavras da primeira lista, sem que ela seja mencionada, fase A6. Na sequência, é dado um intervalo de 20 minutos, que deve ser preenchido com outras atividades, que não envolvam raciocínio verbal. Em seguida, é pedido para evocar a primeira lista, fase A7. Por último, o examinador lê uma lista com 50 palavras para que o paciente possa reconhecer quais estavam presentes na lista A. São avaliadas também, curva de aprendizagem das palavras ao longo das tentativas A1 a A5, o índice de interferência proativa, que é a capacidade em resistir ao efeito de distratores proativos, o índice de interferência retroativa, que avalia a interferência de um novo conteúdo frente a um conteúdo aprendido anteriormente e a velocidade de esquecimento, que é a fragilidade do conteúdo apreendido à passagem do tempo (Cotta et al., 2012).

2.2.10 FDT (Teste dos Cinco dígitos)

Instrumento específico desenvolvido por Manuel Sedó em 2007, validado por Jardim de Paula e Malloy-Diniz em 2015, avalia a velocidade de processamento, funções executivas e o funcionamento atencional. Possui quatro etapas: leitura, contagem, escolha e alternância. As duas primeiras são medidas de atenção automática e velocidade de processamento e as duas últimas, de atenção controlada e atenção executiva. O teste avalia também inibição e flexibilidade (Campos et al., 2016).

2.2.11 NEUPSILIN (Avaliação Neuropsicológica Breve)

Desenvolvido por Fonseca, Salles e Parente, no ano de 2009, tem o objetivo de fornecer um perfil neuropsicológico breve através da avaliação de funções como orientação temporoespacial, atenção, percepção, memória, habilidades aritméticas, linguagem, praxias e função executiva, incluindo, resolução de problemas e fluência verbal (Pawlowski et al., 2008).

3 Relato de caso

Ana é uma mulher de 63 anos, divorciada, mãe de três filhos já adultos, e avó de quatro netos, tem ensino médio completo, e é dona de casa. Chegou ao Ambulatório de Neuropsicologia do Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB, através de triagens realizadas pelo plantão psicológico da mesma instituição. Seus sintomas eram de ansiedade, um provável quadro de TOC, e um diagnóstico de depressão realizado por psiquiatra, há três anos.

No primeiro atendimento, a paciente trouxe questões familiares conturbadas, sintomas depressivos e ansiosos e comportamentos relacionados à limpeza. A mesma possuía uma fala acelerada e contínua. Na sessão seguinte, foi realizada uma investigação mais consistente sobre TOC e depressão, através de uma entrevista estruturada pelos Critérios diagnósticos do DSM-V. Foram relatados medos excessivos e tentativa de controle por organização. A paciente estava em uso do medicamento Amytril, antidepressivo com propriedades ansiolíticas e sedativas. Após a primeira triagem foi estabelecida a hipótese diagnóstica de TOC.

3.1 Avaliação Neuropsicológica

As oito sessões de avaliação neuropsicológica aconteceram de 15 de agosto a 24 de outubro de 2018. Na escala Beck para depressão, a paciente não preencheu critério, já na escala de ansiedade teve um resultado elevado, fato que se concretizou também na sua fala acelerada, e em relatos de preocupações excessivas, tremores, agitação, catastrofização, insônia, dificuldade para relaxar, entre outros.

Nos instrumentos de rastreio aplicados nas sessões seguintes, notou-se que a paciente tinha uma funcionalidade preservada, realizava todas as atividades diárias sem precisar de ajuda. Resultados indicados pelos instrumentos AAVD, AVD, e AIVD, como indicados na tabela 1.

Em um dos instrumentos, Whoqol-old, a paciente se agitou e se desestabilizou ao ser perguntada sobre questões relativas a morte, verbalizando o medo extremo de morrer, e a evitação de entrar em cemitérios. Em relação à depressão e sintomas psiquiátricos a paciente obteve resultados negativos nas escalas EGD, e NPI, como mostra a tabela 1.

Nos instrumentos específicos, verificou-se alguns comprometimentos, como no RAVLT que apresentou possíveis déficits na memória de curto e longo prazo, e uma dificuldade de manter o que foi aprendido frente a um aprendizado de um novo conteúdo (interferência retroativa). Este fato apareceu também no teste de rastreio CAMCOG, em que a paciente demonstrou dificuldade para evocar palavras anteriormente faladas. Nesse sentido, a paciente trouxe para as sessões, que têm esquecido algumas coisas ultimamente, como sair para fazer compras e voltar sem algum item, não se recordar de sermões que ouviu no culto da igreja em que frequenta, e não voltar ao assunto se for interrompida. Diariamente já utiliza a estratégia de colocar bilhetes na cadeira da sala para lembrar-se de compromissos e atividades diárias.

No NEUPSILIN também se destacaram dificuldades nos itens de memória de trabalho, memória verbal episódica-semântica, processamento de inferências, e de funções executivas. As funções executivas também demonstram comprometimento nos testes, um deles foi o FDT. Neste instrumento, a paciente apresentou dificuldades discretas no funcionamento executivo e na velocidade do processamento nos itens contagem, escolha, inibição e flexibilidade, e possível déficit nos itens leitura e alternância.

Em todas as sessões de avaliação a paciente trouxe um conteúdo relacionado a organização, comportamentos repetitivos de limpeza, como passar pano toda hora que via uma mancha, ou cisco; organização extrema, que se percebe em almofadas que sempre têm que estar em simetria, inclusive em todas as sessões não ia embora sem deixar as almofadas da clínica arrumadas. Alimentos colocados na geladeira tinham que estar cortados perfeitamente, para a geladeira ficar “bonita” ao ser aberta. A paciente relatava que alguns alimentos eram comprados apenas para enfeite. Demonstrava incômodo com familiares e com sua inquilina pela falta de organização e limpeza dos mesmos, e expressava também controle pelo lado financeiro, e pelos dias futuros, tudo tinha que estar planejado antecipadamente. Comentava que sua mente era “super ativa”, e não sossegava enquanto as coisas não estivessem organizadas e limpas, o que se fazia perceber em uma ansiedade sendo liberada em comportamentos de limpeza, controle e ordem.

Antes de iniciar a reabilitação, foi realizada uma sessão de devolutiva, onde foi apresentada a paciente o resultado dos testes, junto com a interpretação dos resultados,

realizados durante a avaliação. Ana concordou com todos os resultados e, a partir daí, estabelecemos as metas para a reabilitação, que foram diminuição da ansiedade e dos comportamentos de limpeza relacionados ao TOC.

Tabela 1

Resultados dos instrumentos de rastreio na avaliação neuropsicológica inicial

| Instrumentos | Pontuação AV1 | Valor de Referência |
|--------------|---------------|---------------------|
| CAMCOG | 89 | 69/70 |
| AAVD | 5 | > 4 |
| AVD | 0 | 0 |
| AIVD | 21 | 27 |
| EGD | 5 | > 5 |
| NPI | 64 | 144 |
| WHOQOL-OLD | 3,33 | > 4 |

NOTA. AV1= primeira avaliação;

0 no teste AVD, significa independente em todas as funções.

3.2 Reabilitação Neuropsicológica

O processo de reabilitação aconteceu em doze sessões, entre os dias 06 de novembro de 2018 e 11 de dezembro de 2018. Em todas as sessões foram reservados 15 minutos para Ana falar sobre o que quisesse, já que foi percebida uma necessidade da mesma de conversar, falar da sua rotina, das suas relações, sentimentos e emoções.

Todas as sessões iniciaram com a prática de Mindfulness-Atenção plena, pois Ana chegava sempre muito agitada, e tinha queixas de não conseguir ficar totalmente em repouso, a mente estava sempre inquieta, e quanto à parte física, comentou que as pessoas estranhavam suas pernas que nunca paravam, sempre estavam em movimento, assim como alguns dedos das mãos. Os exercícios de Atenção Plena realizados nas sessões foram retirados do Livro, Atenção Plena Mindfulness: Como encontrar a paz em um mundo frenético, dos autores Williams & Penman (2015).

Mindfulness é definida como um método de focar a atenção nas sensações do momento presente. Por meio desta técnica é possível atingir o prazer, sabedoria e conexão, trazendo resultados positivos para a saúde mental e a saúde física. É indicado e eficaz nos

tratamentos de ansiedade e transtornos de humor (Rodrigues, Nardi & Levitan, 2017). É um estado de ajuste proposital da atenção que acontece de forma direta e intencional, concentrando na percepção imediata, e se conectando a sua vivência interior, olhando para dentro de si mesmo com curiosidade, bloqueando a cognição e toda elaboração intelectual, e suspendendo análise e julgamento dos conteúdos experimentados. Há também uma aceitação emocional com a vontade de vivenciar a realidade plenamente (Bishop et al., 2004 apud Vandenberghe e Valadão, 2013). Com a prática da atenção plena, é notável que exista mais tolerância frente às adversidades da vida, e mais flexibilidade na resolução de problemas, pois não se recorre a julgamentos ou regras e classificações (Vandenberghe e Valadão, 2013).

Dentre as atividades propostas, foi pedido a Ana que descrevesse momentos ou pessoas que lhe fizessem bem, e que mereciam atenção e tempo para apreciação. Uma das coisas que ela descreveu, foi ver sua casa arrumada, trazendo o foco mais uma vez para questões de limpeza e organização (Anexo B). Nas primeiras sessões, Ana se incomodava em fazer os exercícios de atenção plena, reclamava e dizia que já estava relaxada, e ao final quando era perguntada sobre a sensação, a resposta é que não conseguia desviar as preocupações, os pensamentos sempre vinham à sua mente. A partir da terceira sessão, já relatava que estava conseguindo desviar os pensamentos, e os movimentos corporais já estavam menos frequentes. Nas sessões seguintes, usava os termos “paz”, “liberta”, e “feliz” para descrever o que tinha sentido durante o exercício. A ação de perguntar ao paciente o que ele percebeu e sentiu após o exercício é realizada, pois se espera que ele se encontre melhor para falar de suas vivências, e seja capaz de interpretá-las da forma mais adequada (Vandenberghe & Valadão, 2013).

Os exercícios passaram a se estender também para casa. Parar, fechar os olhos e respirar, passou a fazer parte da rotina de Ana. Realizar atividades se conectando a aquele momento era a meta a ser alcançada. Ana relatou que passou a se perceber e sempre que estava agitada, parava um pouco o que estava fazendo para refletir, ou até em situações corriqueiras como intervalos de programas que ela assistia, parava e fazia exercícios de respiração. Os trabalhos domésticos que eram feitos na pressa, com o intuito de acabar logo, passaram a ser feitos com mais calma. Vandenberghe & Valadão (2013), descrevem que os exercícios informais são uma maneira de focar a atenção em qualquer coisa ou situação que está acontecendo. Atividades do dia a dia como escovar os dentes, atender ao telefone, ou fazer limpeza, podem ser um bom momento de treinar a atenção plena, pois pode focar a concentração em observar cores, texturas, cheiros e movimentos envolvidos nas atividades.

Na nona sessão Ana falou que os exercícios estavam ajudando, que não estava mais preocupada como era antes, que até na limpeza tinha visto avanço, que se não limpasse na hora certa não lhe incomodava mais. Isso antes não era possível, pois a paciente não conseguiria ficar calma se algo estivesse fora do lugar. Nas últimas sessões já apoiava o corpo de forma confortável para ela, quando era proposto o exercício, já fechava os olhos e relaxava, se movimentava bem pouco, conseguia não pensar em preocupações ou coisas que deveria fazer, e conseguia se acalmar.

Para além dos sintomas de ansiedade foram trabalhadas também funções executivas que estavam com prejuízos como visto na avaliação. Esses prejuízos geralmente, se apresentam através dos sintomas como dificuldade de planejamento e tomada de decisões, apatia, perseveração, agitação, distraibilidade, falta de insight, e despreocupação com normas Sociais (Hamdan & Pereira, 2009). Da perspectiva neuropsicológica as funções executivas abrangem os fenômenos de flexibilidade cognitiva e tomada de decisões (Mourão Junior, & Melo, 2011).

Nesse sentido, foram realizadas algumas atividades, entre elas a Tarefa do discurso narrativo (Drummond et al., 2017), que compreende narrar uma história a partir de uma prancha com sequência de ações ilustrada com imagens, (Anexo C). Essa atividade além de trabalhar conteúdos linguísticos, envolve também os componentes cognitivos como memória episódica e semântica, função executiva incluindo, memória operacional (Canizarro & Coelho, 2013 apud Drummond et al., 2017). Ana, em sua resposta, se distanciou do esperado da sequência lógica da história, mas algumas dicas foram dadas pra ela organizar o pensamento e ir dando coesão à história.

Em outra atividade, foi entregue a Ana algumas imagens, que deveriam ser organizadas e montado um enredo de uma viagem familiar à praia. A mesma sequenciou as imagens, deu o título e escreveu o que se passava nos momentos relacionados a cada imagem, porém demonstrou confusão no encadeamento do pensamento, ora se colocava participante da história ora narrava em terceira pessoa (Apêndice A).

Resoluções de labirintos também foram aplicados, como tarefa de reabilitação. Essa atividade envolve algumas funções entre elas flexibilidade cognitiva, planejamento, tomada de decisão e resolução de problema. O labirinto é um exercício que abre vários caminhos, mas somente um é o que leva a sua resolução, e, além disso, é preciso tomar decisões sobre os trajetos existentes (Macedo, Carvalho & Petty, 2009). Ana resolveu labirintos da sessão três à sessão onze, e levou alguns como tarefa para casa. A paciente demonstrava muita dificuldade para encontrar o caminho correto, mesmo quando era sinalizado o ponto de início e o ponto de

chegada. Ao longo das sessões, mostrou algum avanço, começou a traçar metade do caminho, e até mesmo o caminho quase que completo como visto no Anexo D. Ainda envolvendo organização e planejamento, foram realizadas as atividades “Organização das contas dos Hóspedes”, “Procurar promoções no cardápio” e, “Organização de crachás de uma reunião”, retirados da Tarefa do Hotel: Aplicação e interpretação clínica de uma tarefa ecológica de avaliação de funções executivas, desenvolvida por Manly et al., em 2012 e adaptada para uso no Brasil por Cardoso et al.,(2015). Esta tarefa consiste em arrumar o nome de 80 pessoas por ordem alfabética, organizar cardápio e contas de um estabelecimento fictício. A administração do tempo era uma das propostas do exercício. Ana usou um tempo maior do que o esperado, mas conseguiu concluir todas as tarefas.

Na sessão quatro foi utilizado o “Teste de Stroop” como atividade para treinar e reabilitar a função executiva, mais especificamente o controle inibitório. Esse método foi desenvolvido por John Ridley Stroop em 1935, com a intenção de investigar atenção seletiva e aspectos de funções executivas, como flexibilidade cognitiva e suscetibilidade a interferência (Klein et al., 2010). Consiste na apresentação de um cartão onde contém nomes de cores, mas impressas em cores diferentes. A paciente deveria falar somente as cores, ao invés de ler a cor escrita. O teste envolve o processo de controle inibitório, pois exige que frente a informações conflitantes haja a inibição de um estímulo dominador por uma resposta menos frequente (Coutinho, Mattos e Abreu, 2010 apud Klein et al., 2010).

Ana teve dificuldade em inibir a palavra em detrimento da cor, e respondeu de forma lenta, o que demonstra dificuldade de concentração e de inibição de distrações (Lezak, 2004 apud Klein et al., 2010). Como forma de treino, a tarefa foi repetida algumas vezes e corrigida quando havia necessidade, até Ana ter um desempenho melhor em sua inibição.

Seguindo o modelo do Teste de Stroop, na sessão seguinte foi entregue a Ana formas geométricas de cores e tamanhos diferentes, e foram dados alguns comandos, do tipo “quando eu pegar o quadrado branco maior, você pega o círculo verde de tamanho médio”, e depois aumentando o grau de dificuldade foram dados dois comandos, e depois três. Ana se confundiu algumas vezes, errava ou tamanho, ou forma, mas sempre que errava era corrigida.

Após o processo de Reabilitação, foram realizadas duas sessões de reavaliação, onde foram reaplicados os instrumentos específicos que tinham sido aplicados na primeira avaliação, sendo eles as escalas BECK (BAI e BDI), FDT, RAVLT e NEUPSILIN. A comparação entre as duas avaliações mostrou melhoras nos comportamentos e funcionalidade na paciente.

4 Resultados e Discussão

Nesse artigo foi apresentado um relato de caso com avaliação e reabilitação da paciente Ana, com comportamentos relacionados ao TOC. A evolução de Ana aconteceu de forma rápida, devido o seu comprometimento com o tratamento. A diminuição de sintomas ansiosos pôde ser percebida no comparativo da escala BECK para ansiedade que apresentou um decréscimo de 32 para 11, resultado bem expressivo que seu deu pelas práticas dos exercícios de Mindfulness. Já na escala Beck para depressão, houve um aumento de nove para 11, porém esse valor ainda está no nível mínimo para preencher critério para depressão, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 2

Comparativo das Escalas Beck

| Escalas Beck | AV1 | AV2 | Valor de Referência |
|--------------|-----|-----|---------------------|
| BAI | 32 | 11 | 0 a 12 |
| BDI | 9 | 11 | 0 a 12 |

Nota. AV1= avaliação 1; AV2= avaliação 2

Na análise estatística o BDI obteve uma tendência à significância estatística ($t= 2,609$; $p=0,051$). Já o BAI não teve mudanças significativas estatisticamente ($t= - 0,468$; $p=0,930$). Apesar de não ter diferenças estatísticas na BAI, houve mudanças nos escores brutos (conforme evidenciado na tabela 2), e observado qualitativamente melhoras nos comportamentos e conseqüentemente na vida diária da Paciente. Analisando separadamente as alterações nos itens da BAI, no que se refere às mudanças na pontuação do teste, o item 7- palpitação ou aceleração do coração, a paciente baixou de grave (escore 3) para absolutamente não (escore 0). Os itens, 3- tremores nas pernas, 4- incapaz de relaxar, 8- sem equilíbrio, 9- aterrorizado, 10- nervoso, 17-assustado, 20-rosto afogueado, desceram de moderadamente (escore= 2) para absolutamente não (escore 0). 2- sensação de calor, subiu de 0 para 3. 6- atordoado ou tonto, 11- sensação de sufocação, 13- trêmulo, saíram de levemente (escore 1) para 0. 5- medo que aconteça o pior, 1- dormência e formigamento, decresceu de 3 para 1. 12- tremores nas mãos, 15-dificuldade de respirar, 18- indigestão ou desconforto no abdômen, 19- sensação de desmaio, continuaram no escore 0. 14- medo de perder o controle cresceu de 0 para 1, 16- medo de morrer se manteve no escore 3. E o item 21- suor, manteve no escore 2.

No início da reabilitação, Ana foi psicoeducada de como seu corpo funcionava sob estresse e ansiedade, e como essa ansiedade estava sendo liberada nos afazeres domésticos. Foi dito também sobre a importância da meditação na diminuição desses estados, o relato da experiência tanto na clínica como em casa, era o que fazia Ana perceber como a meditação lhe ajudava.

Quando realizada a respiração diafragmática seguida da meditação em dias que Ana estava agitada e nervosa, se percebia uma diminuição desses sintomas. A respiração é uma técnica que impede hiperventilação e diminui os sintomas autonômicos e a tensão muscular, pois pede ao indivíduo que preste atenção em sua própria respiração, colocando a mão sobre o abdômen e observando os movimentos de inspirar e expirar. A respiração acontece inspirando por três segundos, segurando o ar por mais três, e expirando pela boca por seis segundos (Willhelm, Andretta & Ungaretti, 2015).

É importante salientar que a prática de exercícios de atenção plena pode aumentar a capacidade de regulação emocional, melhorar a forma como o indivíduo lida com seus pensamentos e sentimentos, e, além disso, pode produzir melhoras cognitivas como aumento da flexibilidade e da atenção ampliada (Troy et al., 2012).

Os resultados obtidos no FDT tiveram algumas diferenças em relação à primeira avaliação. O teste é dividido em quatro pontuações, sendo elas leitura e contagem, que fazem parte dos processos de atenção automática e velocidade de processamento. Escolha e alternância, que fazem parte dos processos de atenção controlada e atenção executiva. Ana manteve os escores nos itens leitura e escolha, decaiu o percentil, em contagem de 25 para 5, e alternância subiu de 5 para 25. Para além desses itens o teste mede inibição e flexibilidade, Ana aumentou o percentil nos dois itens, inibição subiu de 5 para 95, e flexibilidade subiu de 25 para 75, como descritos na tabela a seguir.

Tabela 3

Comparativo do Instrumento específico FDT

| FDT | Categorias | AV1 | | AV2 | | |
|----------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----|
| | | Pontuação | Percentil | Pontuação | Percentil | |
| Processos automático | Leitura | Tempo | 35 | 5 | 50 | 5 |
| | | Erro | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Contagem | Tempo | 36 | 25 | 50 | 5 |
| | | Erro | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Processos | Escolha | Tempo | 59 | 25 | 59 | 25 |

| | | | | | |
|-------------|---------------|----|----|----|----|
| controlados | Erro | 2 | 5 | 0 | 0 |
| | Tempo | 86 | 5 | 75 | 25 |
| | Alternância | | | | |
| | Erro | 4 | 25 | 0 | 0 |
| | Inibição | 24 | 25 | 9 | 95 |
| | Flexibilidade | 51 | 25 | 25 | 75 |

Nota. AVI= avaliação 1; AV2= avaliação 2

Na análise estatística dos resultados, houve mudança significativa no item alternância ($t=-0,821$; $p=0,000$). Já os componentes leitura ($t=-1,626$; $p=0,006$), contagem ($t=1,352$; $p=0,021$) e escolha ($t=3,684$; $p=0,042$), apresentaram uma tendência a significância estatística. Inibição ($t=-2,916$; $p=0,521$) e flexibilidade ($t=1,241$; $p=0,224$) não mostraram mudanças estatisticamente significativas.

O FDT avalia o efeito de interferência atencional utilizando informações conflitantes sobre números e quantidade. O controle de interferência é um processo que faz parte do sistema do controle inibitório (Campos, 2016). Pelos resultados de Ana, se percebe uma melhora no controle inibitório e na atenção seletiva, visto pelos itens escolha e inibição, e na flexibilidade cognitiva e atenção alternada, visto nos itens alternância e flexibilidade.

Alguns estudos mostram as evidências da relação do TOC com o funcionamento executivo, entre eles o de Demeter et al., realizado em 2008, que através de uma revisão bibliográfica concluiu que entre os prejuízos cognitivos, as disfunções executivas são os que influenciam mais o perfil neuropsicológico de pacientes com TOC. Os autores também relatam que em tarefas que envolvem as funções executivas, o desempenho de pacientes com TOC acontece de forma mais lenta, com mais perseverações e falta de habilidade de utilizar feedback para guiar suas resposta (Menezes, Dias & Seabra, 2011).

Em pacientes com TOC, o comprometimento da função executiva é resultado de uma disfunção primária dos lobos frontais. Nesses pacientes é comum aparecer também comprometimento da memória não-verbal e de habilidades visuoespaciais (Fontenelle, 2001). Yun et al., (2017) corroboram que o prejuízo das funções executivas no TOC compreende a organização visuoespacial, flexibilidade cognitiva e controle de resposta, atenção seletiva e inibição de resposta, tomada de decisão e planejamento estratégico. Quando avaliado qual o desempenho executivo que está prejudicado no TOC, isso pode trazer melhoras no seu prognóstico. A área do córtex cingulado anterior, que é um componente cortical pré-frontal, é a possível área que corresponde ao funcionamento executivo em indivíduos saudáveis, e em pacientes com TOC (Yun et al., 2017).

Além disso, as funções executivas podem apresentar prejuízos devido ao envelhecimento normal ou patológico, no primeiro elas acontecem de forma gradual e lento até os 60 anos, e ficam mais rápidas a partir dos 70. Os estudos de Woodruff-Pak, no ano de 1997, relatam que esse declínio pode ser justificado pelo desgaste fisiológico natural dos lobos frontais (Ferreira & Nascimento, 2007).

O Teste do Desenho do Relógio (TDR), e o de Fluência verbal (FV) são os principais meios de investigação da função executiva, como aponta o Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento, da Academia Brasileira de Neurologia. A FV tem uma aplicação simples, porém é bem complexa e muito sensível para reconhecer o dano cerebral, mostrando antecipadamente os processos de piora da função executiva (Nitrini e cols., 2005 apud Ferreira & Nascimento, 2007).

Esses testes, FV e TDR, estão incluídos na bateria breve NEUPSILIN. Ana manteve os escores nesses itens entre as duas avaliações, assim como no item resolução de problema que também avalia função executiva, teve um desempenho médio nas duas atividades. Nos demais itens que compõem o instrumento, Ana permaneceu com as mesmas pontuações em algumas funções, e teve melhora discreta em outras, como atenção, e linguagem. Os resultados então descritos na tabela abaixo.

Tabela 4

Resultados do instrumento NEUPSILIN

| Subtestes | AV1 | | AV2 | |
|--|------|-------|------|-------|
| | PB | Z | PB | Z |
| Orientação têmporo espacial | 8 | 0,56 | 8 | 0,56 |
| Tempo | 4 | 0,67 | 4 | 0,67 |
| Espaço | 4 | - | 4 | - |
| Atenção | 22 | -0,08 | 23 | 0,2 |
| Contagem inversa | 20 | 0,29 | 20 | 0,29 |
| Tempo | 38 s | 2,58 | 26 s | 0,81 |
| Repetição de sequência de dígitos | 2 | -0,60 | 3 | -0,06 |
| Percepção | 11 | 0,23 | 10 | -0,62 |
| Verificação de igualdades e diferenças de linhas | 6 | 0,54 | 6 | 0,54 |
| Heminegligência visual | 1 | - | 1 | - |
| Percepção de faces | 2 | -0,37 | 2 | -0,37 |
| Reconhecimento de faces | 2 | 0,33 | 1 | -1,89 |
| Mémoria | 48 | -0,37 | 46 | -0,6 |

| | | | | |
|---------------------------------------|----|-------|----|-------|
| Mémoria de trabalho | 23 | 0,07 | 21 | -0,31 |
| Ordenamento ascendente de dígitos | 8 | 0,29 | 8 | 0,29 |
| Span auditivo de palavras e sentenças | 15 | -0,02 | 13 | -0,45 |
| Memoria verbal episódico-semântica | 17 | -0,49 | 16 | -0,69 |
| Evocação imediata | 5 | 0,27 | 3 | -1,22 |
| Evocação tardia | 2 | 0,03 | 1 | -0,51 |
| Reconhecimento | 10 | -1,1 | 12 | -0,31 |
| Memoria semântica de longo prazo | 4 | -4,13 | 5 | 0,22 |
| Memória visual de curto prazo | 3 | 0,48 | 3 | 0,48 |
| Memória prospectiva | 1 | -0,68 | 1 | -0,68 |
| <hr/> | | | | |
| Habilidades aritméticas | 8 | 0,42 | 8 | 0,42 |
| <hr/> | | | | |
| Linguagem | 48 | -1,40 | 49 | -0,91 |
| Linguagem oral | 19 | -2,38 | 19 | -2,38 |
| Nomeação | 4 | - | 4 | - |
| Repetição | 9 | -1,83 | 9 | -1,83 |
| Linguagem automática | 2 | 0,15 | 2 | 0,15 |
| Compreensão | 3 | 0,37 | 3 | 0,37 |
| Processamento inferências | 1 | -3,44 | 1 | -3,44 |
| Linguagem escrita | 29 | -0,35 | 30 | 0,29 |
| Leitura em voz alta | 11 | -2,6 | 11 | -2,6 |
| Compreensão escrita | 3 | 0,43 | 3 | 0,43 |
| Escrita espontânea | 2 | 0,30 | 2 | 0,30 |
| Escrita copiada | 2 | 0,26 | 2 | 0,26 |
| Escrita ditada | 11 | 0,02 | 12 | 0,99 |
| <hr/> | | | | |
| Praxias | 19 | 0,54 | 19 | 0,54 |
| Ideomotora | 3 | - | 3 | - |
| Construtiva | 13 | 0,27 | 13 | 0,27 |
| Reflexiva | 3 | 0,92 | 3 | 0,92 |
| <hr/> | | | | |
| Funções executivas | | | | |
| Resolução de problemas | 2 | 0,46 | 2 | 0,46 |
| Fluência verbal | 5 | -0,41 | 5 | -0,41 |
| Nº de vocábulos evocados em 1 minuto | 13 | -0,39 | 13 | -0,39 |

Nota. Itens preenchidos com o traço significam que o paciente obteve o escore máximo permitido, com exceção do item Heminegligência visual cujo desvio padrão do grupo normativo é zero.

AVI= avaliação 1; AV2= avaliação 2; PB= Pontuação bruta; Z= escore z;

Na comparação estatística dos subtestes do NEUPSILIN, as funções memória ($t=0,096$; $p=0,000$) e linguagem ($t=-1,000$; $p=0,000$) obtiveram diferenças estatisticamente significativas. Atenção ($t=-1,361$; $p=0,053$) obteve tendência a significância estatística. Orientação têmporo-espacial ($t=3,684$; $p=0,930$), percepção ($t=-1,267$; $p=0,225$), praxia ($t=-1,241$; $p=0,544$), resolução de problema ($t=1,241$; $p=0,462$), e fluência verbal ($t=3,202$; $p=0,699$) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Através do Instrumento RAVLT, foram verificados alguns avanços comparados à primeira avaliação. Nos itens A1, A2 e A3 houve o crescimento do percentil 50 para o 75; esses itens se referem à memória de curto prazo, e curva de aprendizagem auditivo verbal, que é a capacidade de aumentar a quantidade de material aprendido após a exposição sucessiva do mesmo conteúdo. A4 e A5, itens que se referem também à curva de aprendizagem, caiu de 50 para 25 e o segundo manteve-se no percentil cinco, respectivamente. A categoria B1, que caiu de 25 para cinco diz respeito à memória de curto prazo verbal. A6 e A7, itens de memória de curto e longo prazo episódica verbal, aumentaram de cinco para 25. Reconhecimento, memória episódica verbal, subiu de 50 para 75, escore total se manteve em cinco. Aprendizagem ao longo das tentativas continuou no percentil 25, velocidade de esquecimento também se manteve no percentil 50, Já os índices de interferência proativa de 25 caiu para cinco, e interferência retroativa de cinco foi pra 50. No RAVLT, apenas o Escore total (A1+A2+A3+A4+A5) foi avaliado estatisticamente, pois esse escore se refere ao índice de aprendizagem, e engloba as cinco primeiras evocações. O escore total apresentou uma tendência a significância estatística ($t=1,958$; $p=0,013$). Na avaliação qualitativa, a paciente já havia demonstrado um bom desempenho, como ilustrado na tabela 5.

Tabela 5

Comparativo dos escores do instrumento RAVLT

| RAVLT | Categorias | AV1 | | AV2 | |
|----------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | Pontuação | Percentil | Pontuação | Percentil |
| Primeiras Etapas de aprendizagem | A1 | 5 | 50 | 6 | 75 |
| | A2 | 7 | 50 | 9 | 75 |
| | A3 | 9 | 50 | 10 | 75 |

| | | | | | |
|--------------------------|---|-----|----|------|----|
| | A4 | 10 | 50 | 8 | 25 |
| | A5 | 8 | 5 | 8 | 5 |
| Distrator | B1 | 3 | 25 | 2 | 5 |
| Evocação Imediata | A6 | 4 | 5 | 7 | 25 |
| Evocação tardia | A7 | 4 | 5 | 7 | 25 |
| Reconhecimento | Reconhecimento= acertos – 35 | 10 | 50 | 12 | 75 |
| | Escore Total = A1+A2+A3+A4+A5 | 39 | 25 | 41 | 25 |
| Índices de aprendizagem | Aprendizagem ao longo das tentativas (ALT) = $\frac{\text{Escore total} - (5 \times A1)}{A1}$ | 14 | 25 | 11 | 25 |
| Índice de retenção | Velocidade de esquecimento = $\frac{A7}{A6}$ | 1 | 50 | 1 | 50 |
| Índices de interferência | Interferência proativa = $\frac{B1}{A1}$ | 0,6 | 25 | 0,33 | 5 |
| | Interferência retroativa = $\frac{A6}{A5}$ | 0,5 | 5 | 0,87 | 50 |

Nota. AVI= avaliação 1; AV2= avaliação 2

Sendo assim, após a reabilitação, Ana demonstrou melhoras no funcionamento da memória, mais especificamente nas capacidades de manter por um curto tempo um conteúdo verbal e expandir o que foi aprendido após apresentação de um mesmo conteúdo, apresentou evolução nas memórias de curto e longo prazo, na identificação de palavras aprendidas anteriormente, e na capacidade de manter uma informação anteriormente aprendida.

Além dos achados nos instrumentos, foram observadas mudanças comportamentais em Ana. A paciente estava mais atenta, concentrada, menos ansiosa, com menos comportamentos de arrumação e limpeza de casa. Vale ressaltar que essas mudanças ocorreram pelas estratégias criadas, e pelos treinos cognitivos realizados durante a intervenção. Essa evolução traz ganhos funcionais para a paciente, principalmente na adequação em suas atividades diárias, e no seu próprio relacionamento interpessoal, assim como a torna mais tolerante, inclusive em determinadas funções que exigem mais concentração (Gouveia et al., 2009). A reabilitação também promove a organização de uma rotina mais estruturada, e o uso de estratégias para se adaptar ao ambiente, e melhorar comportamentos disfuncionais que possam vir a acontecer (Rotondi *et al.*, 2007 apud Gouveia et al., 2009).

O processo de reabilitação foi todo focado para a diminuição dos déficits cognitivos e nos comportamentos relacionados ao TOC, a fim de trazer melhoras na funcionalidade da paciente, pois esses comportamentos são obstáculos que atrapalham o desempenho das tarefas

do cotidiano. Com o treino de estratégias, ocorre a aquisição de novas habilidades, o que torna a vida do paciente mais funcional (Solberg & Mateer, 2009 apud Cardoso et al., 2013).

A escassez de estudos sobre a reabilitação neuropsicológica em pacientes com TOC foi um fato limitante na construção desse artigo. Alguns autores corroboram com a temática, e afirmam que estudos na área de Neuropsicologia são importantes para a investigação de aspectos neuropsicológicos, neuroquímicos e na fisiopatologia do transtorno (Fontenelle, 2001). Para Menezes, Dias & Seabra (2011), os estudos que já existem não determinam todas as características sintomatológicas presentes no TOC, e também é necessário que se haja uma demarcação do que é biológico nos sintomas que se apresentam. Portanto, novos estudos são necessários, pois o conhecimento dos comprometimentos neuropsicológicos ligados ao quadro da doença podem melhorar, ou desenvolver novas técnicas de tratamento, ajudando na eficácia terapêutica.

5 Considerações Finais

O presente trabalho descreveu um tratamento de esfera neuropsicológica em uma paciente com TOC, através do relato das etapas de avaliação, reabilitação e reavaliação. Foram percebidos aumentos dos escores dos instrumentos aplicados e as mudanças no comportamento e na funcionalidade da paciente. Outro fator importante a ser destacado foi o comprometimento que a paciente teve com o tratamento, e como a mesma participou em busca de resultados positivos, pois o conhecimento sobre suas dificuldades a fez querer e conquistar sua melhora. O vínculo estabelecido entre estagiária e paciente facilitou no processo de recuperação, pois houve uma colaboração mútua com foco nos mesmos objetivos.

O tempo de prática é um aspecto a ser destacado, pois a fase de reabilitação foi feita em doze sessões, e independente disso, o trabalho foi realizado com facilidade e as metas estabelecidas no início dos atendimentos foram alcançadas. Para além da reabilitação das funções cognitivas, foi acolhida a demanda da paciente, e foi dado a ela o poder da fala, visto a necessidade e a solidão que a mesma relatava sentir. Essa escuta mostrava ser boa para a mesma, que se sentia acolhida e compreendida, e para o engajamento da paciente nas atividades de reabilitação. O tratamento enfatizou também as funções preservadas, pois potencializar as competências dela fez com que a percepção sobre o tratamento se ampliasse, e começasse um movimento consciente para as mudanças significativas e libertadoras para a mesma.

Referências

- Abrisqueta-Gomez, J. (2006). Introdução á reabilitação neuropsicológica em idosos. In Abrisqueta-Gomez, J. & Santos, F. H. dos. *Reabilitação neuropsicológica: Da teoria à prática* (pp.138-149). São Paulo: Artes Médicas.
- Alencar, N. de A., Aragão, J. C. B., Ferreira, M. de A., & Dantas, E. H. M., (2010). Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(1), 103-109. <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000100011>
- American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 30(4), 139-146. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832003000400004>
- Barbosa, B. R., Almeida, J. M. de, Barbosa, M. R., & Rossi-Barbosa, L. A. R., (2014). A capacidade funcional dos idosos e os fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (8), 3317-3325. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
- Camozzato, A. L, Godinho, C., Kochhann, R., Massochini, G., & Chaves, M. L., (2015). Validity of the Brazilian version of the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q). *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 73(1), 41-45. <https://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20140177>
- Campos, M. C., Silva, M. L. da., Florêncio, N. C., & Paula, J. J. de., (2016). Confiabilidade do Teste dos Cinco Dígitos em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(2), 135-139. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000114>
- Cardoso, T. da S. G., Mello, C. B. de., & Freitas, P. M. de., (2013). Uso de Medidas Quantitativas de Eficácia em Reabilitação Neuropsicológica. *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 121-131. <https://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201300010013>
- Cardoso, C. O., Zimmermann, N., Paraná, C. B., Gindri, G., Kochhann, R., Prereira, A. P. A., Fonseca, R. P. (2017). Tarefa do Hotel: Aplicação e interpretação clínica de uma tarefa ecológica de avaliação das funções executivas. In Zimmermann, N., Fonseca, R. P. *Avaliação de linguagem e funções executivas em adultos* (pp.53-82). São Paulo:Memnon.
- Carvalho, I. S., & de Lima Neto, A., & Oliveira da Silva, B., & Medeiros de Araújo Nunes, V., & Alchieri, J. (2014). Avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida diária de idosos participantes de grupos de convivência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6 (2), 607-617.
- Conzensa, R. M., Malloy-Diniz, L. F. (2013). Declínio Cognitivo, plasticidade cerebral e o papel da estimulação cognitiva na maturidade. In Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., Conzensa, R. M. *Neuropsicologia do Envelhecimento, uma abordagem Multidimensional* (pp.337-347). Porto Alegre: Artmed.

- Cordioli, A.V. (2008). As prováveis causas do TOC: Fatores cerebrais ou neurobiológicos. In: Cordioli, A.V. *Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo* (pp.33-41). Porto Alegre: Artmed.
- Corrêa, R. C. R.,. (2009). Uma proposta de reabilitação neuropsicológica através do programa de enriquecimento instrumental (PEI). *Ciências & Cognição, 14*(2), 47-58.
- Costa, D. I., Azambuja, L. S., Portuguez, M. W., & Costa, J. C.. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria, 80*(2, Suppl.), 111-116. <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300014>
- Cotta, M. F., Malloy-Diniz, L. F., Nicolato, R., Moares, E. N. de., Rocha, F. L., & Paula, J. J. de., (2012). O teste de aprendizagem auditivo-verbal de rey (RAVLT) no diagnóstico diferencial do envelhecimento cognitivo normal e patológico. *Contextos Clínicos, 5*(1), 10-25. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2012.51.02>
- Cunha, J. A. (2011). Introdução. In Cunha, J. A. *Manual da versão em português das escalas Beck* (pp.4-8). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Dias, E. G., Andrade, F. B. de., Duarte, Y. A. de O., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2015). Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cadernos de Saúde Pública, 31*(8), 1623-1635. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125014>
- Doering-Silveira, E., Silveira, D. X. (2014).Cognição e Neuropsicologia. In Fidalgo, T. M., Silveira, D. X. da. *Manual de Psiquiatria* (pp.38-54). São Paulo: Roca.
- Drummond, C., Coutinho, G., Teldeschi, A., Kochhann, R., Mattos, P., Fonseca, R. P. (2017). Tarefa de discurso narrativo por estímulo visual. In Zimmermann, N., Fonseca, R. P. *Avaliação de linguagem e funções executivas em adultos* (pp.138-151). São Paulo:Memnon.
- Ferreira C. B. E., e do Nascimento, E. (2007). Função executiva em idosos: um estudo utilizando subtestes do Escala WAIS-III. *Psico-USF, 12* (1), 65-73.
- Fontenelle, L. (2001). Aspectos neuropsicológicos do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry, 23*(Suppl. 2), 27-30. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000600009>
- Fuentes, D., Andrade, S. L.(2006). Reabilitação Neuropsicológica de Pacientes Neuropsiquiátricos. In Abrisqueta-Gomez, J. & Santos, F. H. dos. *Reabilitação neuropsicológica: Da teoria à prática* (pp.125-134). São Paulo: Artes Médicas.
- Gouveia, P. A. R. de., Lacerda, S. S., & Kernkraut, A. M., (2017). Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica após Lesão Encefálica Adquirida. *Trends in Psychology, 25*(4), 1523-1534. <https://dx.doi.org/10.9788/tp2017.4-03pt>
- Gouveia, P. A. R. de., Prade, C. da V., Lacerda, S. S., Boschetti, W. L., & Andreoli, P. B. A., (2009). Reabilitação neuropsicológica em fase aguda e crônica após Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) grave: relato de caso. *Contextos Clínicos, 2*(1), 18-26.

- Graeff, F. G. (2001). Aspectos neuroquímicos: o papel da serotonina no TOC. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23(Suppl.2),35-37.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000600011>
- Hamdan, A. C., & Pereira, A. P. de Al., (2009). Avaliação neuropsicológica das funções executivas: considerações metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 386-393.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000300009>
- Jardim de Paula J., Malloy-Diniz LF. (2018). RAVLT-Teste de aprendizagem auditivo verbal de Rey- Manual. São Paulo: Editora Vetor.
- Klein, M., Adda, C. C., Miotto, E. C., Lucia, M. C. S. de., & Scaff, M. (2010). O paradigma stroop em uma amostra de idosos brasileiros. *Psicologia Hospitalar*, 8(1), 93-112.
- Lent, R. (2013). Neuroplasticidade. In Lent, R. Neurociência da Mente e do Comportamento (pp. 111-132). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lino, Valéria Teresa Saraiva, Pereira, Silvia Regina Mendes, Camacho, Luiz Antônio Bastos, Ribeiro Filho, Sergio Telles, & Buksman, Salo. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 103-112. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
- Macedo, L. de., Carvalho, G. E. de., & Petty, A. L. S., (2009). Modos de resolução de labirintos por alunos da escola fundamental. *Psicologia Escolar e Educacional*, 13(1), 15-20. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572009000100002>
- Mäder-Joaquin, M. J. (2010). O neuropsicólogo e seu paciente, introdução aos princípios da avaliação neuropsicológica. In Malloy-Diniz, L., Fuentes, D., Mattos, P., Abreu, N. e cols. *Avaliação Neuropsicológica* (pp.47-57). Porto Alegre: Artmed.
- Mäder, M. J., (1996). Avaliação neuropsicológica: aspectos históricos e situação atual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 16(3), 12-18. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931996000300003>
- Mansur, L. L.(2010). Linguagem. In Malloy-Diniz, L., Fuentes, D., Mattos, P., Abreu, N. e cols. *Avaliação Neuropsicológica* (pp.67-85). Porto Alegre: Artmed.
- Menezes, A., Dias, N. M., & Seabra, A. G., (2011). Disfunção executiva no transtorno obsessivo-compulsivo e na Síndrome de Tourette. *Cuadernos de neuropsicología*, 5(1), 49-65.
- Mercadante, M. T., Rosario-Campos, M. C., Quarantini, L. C., & Sato, F. P. (2004). The neurobiological bases of obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome. *Jornal de Pediatria*, 80(2,Suppl.),35-44. <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300006>
- Monteiro, L. C., Covre, P., Fuentes, D. (2013).Reabilitação neuropsicológica.In. Malloy-Diniz,L. F., Fuentes, D.,Cozensa, R. M. *Neuropsicologia do Envelhecimento, uma abordagem Multidimensional*(pp.348-359).Porto Alegre: Artmed.
- Mourão Junior, C. A., & Melo, L. B. R., (2011). Integração de três conceitos: função executiva, memória de trabalho e aprendizado. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 309-314. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000300006>

- Oliveira, Eduardo Moreira de, Silva, Henrique Salmazo da, Lopes, Andrea, Cachioni, Meire, Falcão, Deusivania Vieira da Silva, Batistoni, Samila Satler Tavares, Neri, Anita Liberalesso, & Yassuda, Mônica Sanches. (2015). Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF*, 20(1), 109-120. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200110>
- Paradela, E. M. P., Lopes, C. de S., & Lourenço, R. A., (2009). Adaptação para o português do Cambridge Cognitive Examination-Revised aplicado em um ambulatório público de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2562-2570. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200004>
- 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>
- Pawlowski, J., Fonseca, R. P., Salles, J. F. de., Parente, M. A. de M. P., & Bandeira, D. R., (2008). Evidências de validade do Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Neupsilin. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 101-116.
- Pérez.C. J. Vásquez. C. V. (2012). Contribución de la neuropsicología al diagnóstico de enfermedades neuropsiquiátricas.. *Jornal médico clínico de Las Condes*. 23(5) , 530-541. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70347-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70347-4)
- Pessoa, F. (1994). “Poemas Inconjuntos”. Poemas Completos de Alberto Caeiro (p.129). (Recolha, transcrição e notas de Teresa Sobral Cunha.) Lisboa: Presença.
- Pontes, L. M. M., & Hübner, M. M. C., (2008). A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 35(1), 6-12. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000100002>
- Prusokowski, T. S., Rinaldi, J., Frison, T. B., & Oliveira, A. A., (2012). Reabilitação neuropsicológica em paciente adulto com quadro de anóxia cerebral. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 4(4), 9-18. <https://dx.doi.org/10.5579/rnl.2012.125>
- Rodrigues, M. F., Nardi, A. E., & Levitan, M., (2017). Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(3), 207-215. Epub July 31, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0051>
- Rosario-Campos, M. C. do., & Mercadante, M. T., (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(Suppl. 2), 16-19. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600005>
- Sampaio, A. S., Lins, R. M. P., Daltro-Oliveira, R., Quarantini, L. de C., Rosário, M. C. do., Miguel, E. C., & Hounie, A. G., (2013). Estudos de associação genética no transtorno obsessivo-compulsivo. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40(5), 177-190. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000500003>
- Fonseca, R. P., Salles, J. F., Parente, M. A., (2009). Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve: NEUPSILIN- Manual. São Paulo: Editora Vetor.
- Sedó M, de Paula JJ, Malloy-Diniz LF.(2015). O Teste dos Cinco Dígitos. São Paulo: Hogrefe

- Troy, A. S., Shallcross, A. J., Davis, T. S., & Mauss, I. B. (2012). History of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Is Associated with Increased Cognitive Reappraisal Ability. *Mindfulness*, 4(3), 213-222.
- Vandenberghe, L., & Valadão, V. C. (2013). Aceitação, validação e mindfulness na psicoterapia cognitivo-comportamental contemporânea. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(2), 126-135. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130017>
- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S., (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86.
- Williams, M., & Penman, D. (2015). Atenção Plena Mindfulness: Como encontrar a paz em um mundo frenético. Tradução (Ivo Korytowski) de Mindfulness: a practical guide to finding peace in a frantic word. Rio de Janeiro- Sextante.
- Yun, J. Y., Jang, J. H., Jung, W. H., Shin, N. Y., Kim, S. N., Hwang, J. Y., & Kwon, J. S. (2017). Executive Dysfunction in Obsessive-Compulsive Disorder and Anterior Cingulate-Based Resting State Functional Connectivity. *Psychiatry investigation*, 14(3), 333-343. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>

Apêndice

Exercício de organização por imagens.

Passeio para a praia

| | | |
|--|---|--|
|  <p>A família A família está partindo o passeio no ônibus com de todos.</p> |  <p>Quando chegaram se foram descansar.</p> |  <p>Se foram comendo e bebendo.</p> |
|  <p>Spavam todos dormindo para descansar cedo.</p> |  <p>Logo que acordaram foram a comprar de banho.</p> |  <p>A família foi passar o tempo com as crianças.</p> |
|  <p>A família se despediu e foi a casa depois do passeio.</p> |  <p>Aí que sempre chegaram na praia.</p> |  <p>As crianças foram brincar de areia.</p> |
|  <p>Os pais foram para tomar banho de cachoeira.</p> |  <p>Depois foram fazer de canoa.</p> | <p>O passeio terminou porque o pai não queria ir mais longe, mas para casa e se preparar para o próximo passeio.</p> |

Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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 _____

Anexo B- Atividade de Atenção Plena.

Apreciação do aqui e agora⁴

Felicidade é olhar para as mesmas coisas com olhos diferentes.

A vida só acontece aqui – neste exato momento. Amanhã e ontem não passam de um pensamento. Portanto, tire o melhor proveito do agora. Você não sabe quanto tempo tem pela frente. Essa consciência ajuda a prestar uma atenção contemplativa no momento presente. Quanta atenção você tem no aqui e agora? Fique quieto e olhe em volta. Como é o "agora" para você?

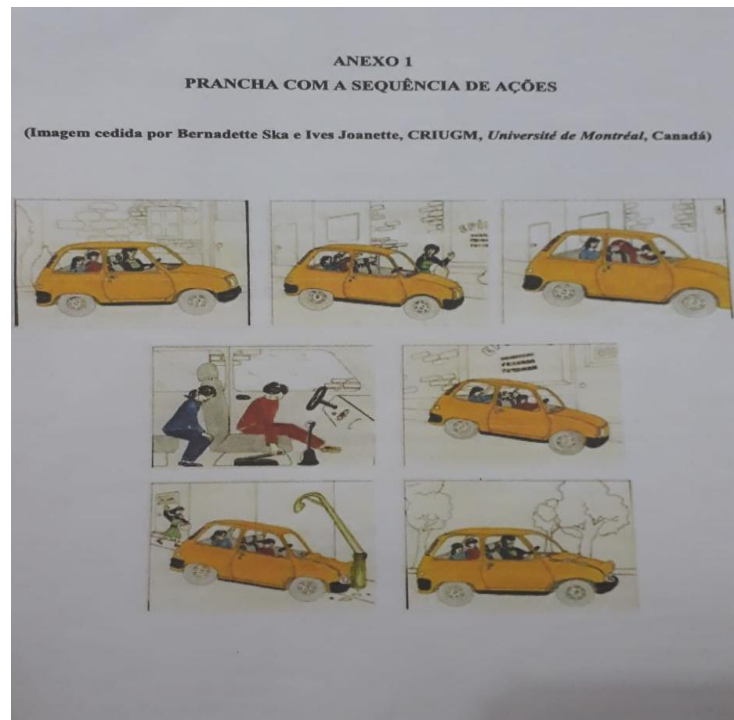
Você não precisa esperar que o futuro lhe traga um presente melhor. Você pode encontrá-lo agora.

Na semana um, você deve ter descoberto que deixamos de perceber as coisas bonitas facilmente e que damos pouca atenção a elas. Dedique tempo para contemplar as coisas simples, quotidianas. Talvez você consiga dar uma atenção extra a algumas atividades corriqueiras em sua vida.

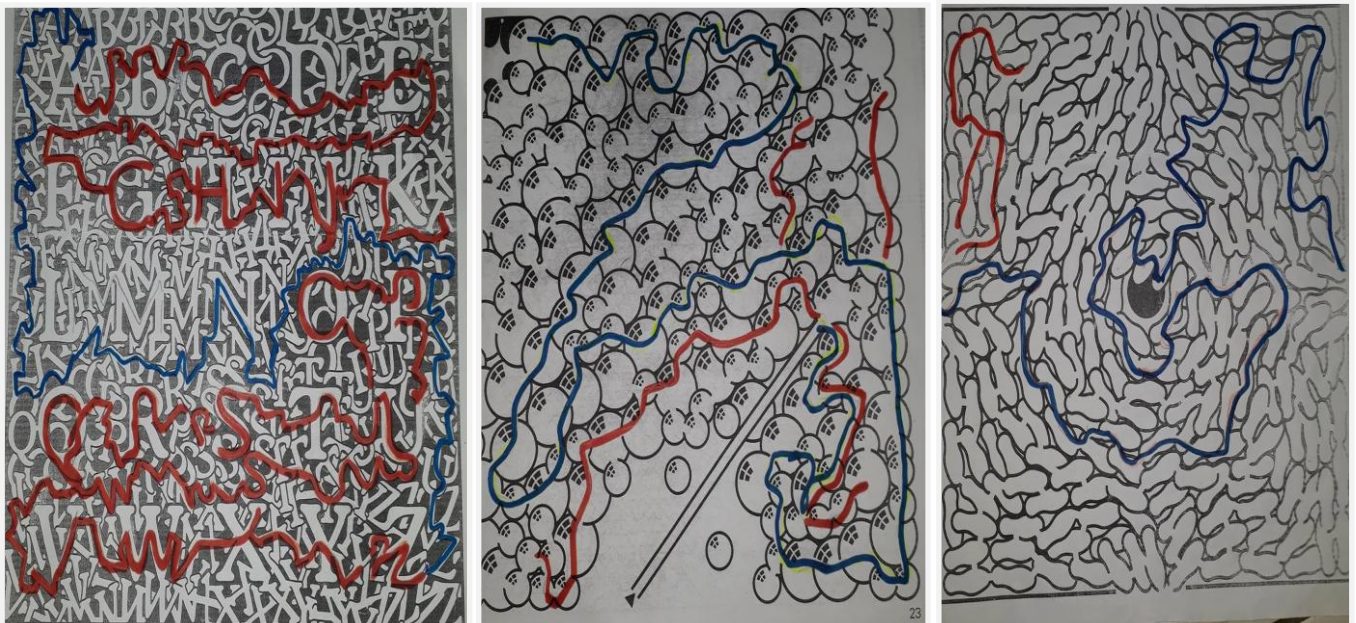
Que atividades, coisas ou pessoas fazem você se sentir bem? Você consegue dedicar atenção e tempo para apreciar essas atividades?

- Ter minha casa arrejada
- quando consigo algo e pago certo
- Meus filhos e netos e os irmãos da igreja
- quando estou na praia

Anexo C-Tarefa Do discurso Narrativo



Anexo D- Evolução no exercício dos Labirintos



Legenda: Traço azul= resposta correta

Traço vermelho= Tentativas