

Recomendações para reabilitação neuropsicológica aplicada à demência

Recommendations for neuropsychological rehabilitation applied to the dementia

Ana Carolina Teixeira Santos

Samara Melo Moura

Vitor Geraldi Haase

Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil



Resumo

A Reabilitação Neuropsicológica Aplicada às Demências (RNAD) é um conjunto de intervenções diagnósticas e terapêuticas com objetivo de restaurar a capacidade funcional do indivíduo, otimizando o potencial individual e minimizando os riscos de disfuncionalidade. Objetivou-se realizar uma revisão sobre a RNAD, fornecendo subsídios para sua utilização. Contudo, as intervenções representam um grupo metodológico heterogêneo, necessitando ser mais bem investigadas. Uma revisão teórica através das bases Pubmed, Bireme, Psycinfo e acervo bibliográfico da UFMG revelou que a RNAD deve ser personalizada, multidisciplinar e contínua, fornecendo a maior estimulação dos diversos domínios cognitivos/psicossociais, através de técnicas individuais, coletivas, acadêmicas e ecológicas aplicadas ao paciente e ao cuidador, associando-se abordagens neuropsicológicas e farmacológicas. Conclui-se que são necessários maiores investimentos em pesquisas, com estudos mais específicos, com amostras maiores e enfoque na validade interna e externa dos tratamentos.

Palavras-chave: Reabilitação neuropsicológica; Demência; Modelo da classificação internacional de funcionalidade, Incapacidade e saúde; Modelo de otimização seletiva com compensação.

Abstract

Neuropsychological Rehabilitation Applied to the Dementia (NRAD) is a collection of diagnostic and therapeutic interventions with the objective of restoring the functional capacity of the patient, optimizing individual potential and minimizing the risks of dysfunction. The objective was to review NRAD, providing aids for its use. However, the interventions represent a heterogeneous methodological group, demanding broader investigations. A theoretical review, through Pubmed, Bireme and Psycinfo indexes and through UFMG library collection, revealed that NRAD should be personalized, multidisciplinary and continuous, providing a greater stimulation on the many cognitive and psychosocial domains, through individualized, group, academic and ecological techniques applied to both, patient and caregiver, combining neuropsychological and pharmacological approaches. It was concluded that it's necessary greater investments on research, with more specific studies, larger samples and with focus on its internal and external validity.

Key-words: Neuropsychological rehabilitation; Dementia; International classification of functioning, Disability and health model; Selective optimization with compensation model.

Demência

De acordo com a CID-10, demência é uma síndrome decorrente de lesão cerebral tardia, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há perturbações de múltiplas funções cognitivas superiores, com prejuízo do funcionamento social e ocupacional, em relação ao nível individual de funcionamento prévio, não explicável por alterações da consciência, sensoriais ou na mobilidade e sua manifestação depende do meio social e cultural do indivíduo.

A prevalência da demência na população geral é de cerca de 1%, sendo de cerca de 20% na população idosa (Tavares, 2005). Variáveis como idade, nível sócio-econômico, hereditariedade e sexo constituem importantes fatores de risco para o desenvolvimento da demência. Estima-se que a incidência da demência dobre a cada cinco anos de vida a partir dos 60 anos de idade (Tavares). As causas da demência variam amplamente e, assim sendo, o curso e o perfil de comprometimento associados a cada patologia possuem grande diversidade. Na maior parte delas, contudo, o prognóstico é desfavorável.

Clinicamente, uma importante distinção a ser realizada diz respeito à localização das lesões no cérebro. Nas demências corticais, que tem a doença de Alzheimer como paradigma, os déficits cognitivos relacionam-se com amnésias, déficits de resolução de problemas, afasia, apraxia e déficits viso-perceptivos, sendo relativamente comuns alterações comportamentais e psiquiátricas (Tavares, 2005). Já nas demências subcorticais, aquelas com a doença de Huntington como paradigma, são mais prevalentes os déficits executivos, como a atenção e a resolução de problemas, déficits viso-perceptivos e construcionais, déficits de evocação da memória e em aritmética, além de maior prevalência de sintomatologia depressiva (Tavares).

Dado a amplitude e a gravidade dos déficits provocados pela demência, o im-

pacto da doença não se restringe ao funcionamento intelectual, mas estende-se aos domínios psicológicos, social, ocupacional, financeiro, de saúde física e qualidade de vida não apenas dos próprios pacientes, como também de seus cuidadores e familiares. A demência gera, portanto, implicações individuais e sociais profundas. Ela traz consigo a necessidade de uma reorganização da vida do paciente, da dinâmica familiar, bem como maiores investimentos do Estado em saúde pública e previdência social (Ávila, 2003).

A justificativa para a realização desse trabalho relaciona-se com o aumento da expectativa de vida e com o crescimento contínuo da população que trazem consigo um aumento da incidência das demências (Stuart-Hamilton, 2002). Há um crescente interesse em abordagens de melhoria cognitiva e psicossocial em pacientes demenciados. Contudo, suas técnicas representam um grupo metodológico heterogêneo e seus resultados variam amplamente (Holderbaum et al., 2006).

Nosso objetivo com esse trabalho é realizar uma revisão teórica dos processos envolvidos na reabilitação neuropsicológica de pacientes demenciados e das evidências de eficácia das diversas metodologias de acordo com estes modelos e, assim, fornecer subsídios para sua utilização clínica. Para a elaboração deste trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica através do Scielo, Pubmed, Bireme e Psycinfo, bem como através do acervo bibliográfico da UFMG e do acervo particular dos autores. Foram incluídos materiais de revisão e experimentais, publicados no período entre 1996-2006, encontrados a partir da busca pelas palavras-chave: reabilitação, neuropsicologia e demência.

Reabilitação neuropsicológica (rn)

Existem diversas definições do termo reabilitação, as quais variam de acordo

com os objetivos, focos e instrumentos das intervenções. A Organização Mundial de Saúde, em 1986, definiu RN como “restauração física, psicológica, social para o mais alto nível de adaptação possível”. Para Ávila (2003), RN é um processo ativo que visa capacitar o paciente a desenvolver um bom nível de funcionamento social, físico e psíquico, através da maximização das funções cognitivas por meio do bem-estar psicológico, da habilidade em vida diária e do relacionamento social, constituindo, portanto, um tratamento biopsicossocial que envolve os pacientes e seus familiares, levando em conta as alterações físicas e cognitivas dos pacientes, o ambiente em que vivem, os fatores subjetivos e sua biografia. O processo de reabilitação, portanto, parte da identificação das áreas de necessidade, hierarquização de necessidades e multidisciplinaridade dinâmica orientada a objetivos definidos, levando em consideração a história de vida (Ginarte-Arias, 2002). Atualmente, existe uma grande diversidade de técnicas e estratégias terapêuticas aplicáveis tanto a patologias e contextos específicos como em situações mais gerais (Holderbaum, 2006).

Considerando-se a prevalência das demências na população, o impacto dos déficits em múltiplos domínios do funcionamento biopsicossocial, a ausência de abordagens farmacológicas e cirúrgicas curativas e a inexistência de programas preventivos, as abordagens reabilitativas constituem um papel fundamental no cuidado de saúde destes pacientes. Assim, a reabilitação, realizada através da combinação de intervenções medicamentosas, cognitivas, psicoeducativas e de suporte social e psicológico, constitui a única opção nos cuidados secundário e terciário de pacientes demenciados. Desta forma, não apenas sua procura por parte da comunidade tem aumentado, como também há cada vez mais investimentos por parte da comunidade científica e da saúde para o desenvolvimento desta área (Ávila, 2003).

A reabilitação neuropsicológica como psicoterapia – terapia neuropsicológica

Considerando-se os desafios impostos pela demência, a RN pode ser concebida como uma psicoterapia. Ou seja, os objetivos gerais e os processos envolvidos na RN são análogos aos envolvidos no processo psicoterapêutico *stricto sensu*. Ambas as abordagens compartilham o mesmo objetivo geral – o desenvolvimento individual através da adaptação a condições desfavoráveis, através do estabelecimento de uma relação de ajuda que promove mudanças e sentido (Barker & Pistrang, 2002). Além disso, ambos os processos se dão em contextos de ambientes terapêuticos organizados, com atenção voltada para o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva, para aumentar a consciência e autonomia do paciente e otimizar seu ajustamento através de metas realistas (Cicerone et al., 2005). A RN, portanto, à semelhança à psicoterapia, envolve o manejo do processo de luto, re-adoção do *self*, das metas para o futuro e das estratégias de solução de problemas, bem como o desenvolvimento de estratégias de *coping*, o manejo do estresse, a psicoeducação, o ajustamento emocional e o apoio interpessoal (Vamos, 2006).

Neste sentido, Judd (1999) propôs o conceito de neuropsicoterapia (Npt). Segundo o autor, Npt é a aplicação do conhecimento neuropsicológico na psicoterapia de pacientes cérebro-lesados, podendo envolver, ainda, a reabilitação cognitiva de déficits na auto-regulação e na inteligência social. Ela visa melhorar dificuldades cognitivas, emocionais e comportamentais decorrentes de lesão cerebral e ajuda a integrar um senso de identidade baseado em elementos da personalidade pré e pós-lesão. A Npt auxilia, ainda, o enfrentamento da doença pela família e pelo paciente e prepara ambos para o futuro. Seus conteúdos são a reabilitação emocional, a autoconsciência e o *self* (Lewis, 2001; Pachana, 2001).

A RN enquanto psicoterapia, ou seja, considerando-se a RN como uma abordagem terapêutica mais geral, busca uma validade ecológica de seus resultados. Para isso, o paciente deve desempenhar um papel ativo em seu processo reabilitativo, atuando como co-terapeuta. Desta maneira, o paciente deve auxiliar no estabelecimento de metas e estratégias, na avaliação dos resultados e deve engajar-se no desenvolvimento das estratégias estabelecidas. Para que o paciente possa contribuir ativamente em seu tratamento três condições devem ser consideradas: seu nível de *insight*, a tomada de decisão para a mudança do comportamento e a motivação para a terapia (Gouveia et al., 2001).

A determinação do nível de *insight* do paciente relaciona-se, em grande parte, com a natureza e o nível de comprometimento da doença, com o nível intelectual pré-mórbido e com a reação psicológica ao adoecimento (choque, ansiedade, negação, depressão, raiva internalizada, hostilidade externalizada, aceitação intelectual ou adaptação). A dificuldade de autopercepção e de introspecção autocrítica pode gerar um excessivo apego aos objetivos da vida anterior e forte recusa às atividades mais simples, redução das expectativas e mau uso das estratégias compensatórias (Gouveia et al., 2001).

A segunda condição, a tomada de decisão para mudanças relaciona-se com a percepção e a avaliação dos déficits e do problema. Ou seja, a decisão de participar ou não de um programa terapêutico depende do equilíbrio entre potencial de melhora e volume de esforços necessários para a melhora. Assim, o processo de tomada de decisão pode ser compreendido através do modelo processual da ação deliberada. Este modelo propõe que existe uma fase pré-decisória em que há deliberação da decisão a partir da consideração de intenções e metas. Efetuada a decisão, a execução da mesma deve ser planejada, o que ocorre na fase pré-accional. A ação deliberada é executada

na fase accional, a qual é seguida pela fase pós-accional, em que há avaliação da ação e dos resultados alcançados (Gouveia et al., 2001).

A motivação constitui um importante e abrangente construto a ser considerado. A análise dos fatores motivacionais envolvidos no processo de RN pode ser feito através do estabelecimento de um diagnóstico funcional. De acordo com (Miller, 1993), este diagnóstico leva em consideração:

- Fatores da avaliação cognitiva da situação: os fatores que contribuem internamente para a avaliação são as características sócio-demográficas e os padrões de envolvimento, os quais podem ser crenças pessoais (auto-eficácia) e existenciais (religiosidade) e recursos pessoais (econômicos, *status* funcional, habilidades emocionais, cognitivas e sociais e apoio social). Já os fatores que contribuem externamente para a situação são a novidade, a controlabilidade e o *timing* do evento.
- O nível de comprometimento orgânico, pessoal e social.
- A fase do ciclo vital: fases intimidade, geratividade, integridade para o adulto jovem, o adulto na meia idade e para o idoso¹.
- Fase na história natural da doença: comprometimento leve, moderado ou grave.
- Recursos disponíveis e estratégias

¹ Fases do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson (Papalia et al, 2006). Cada etapa envolve uma crise na personalidade que deve ser satisfatoriamente resolvida para um saudável desenvolvimento do ego. A sexta crise do desenvolvimento é a intimidade (*intimidade versus isolamento*) – nessa fase os jovens adultos se vêem no dilema entre envolver-se com outras pessoas ou enfrentar um possível isolamento. A crise seguinte acontece no adulto de meia-idade: *geratividade versus estagnação* – o indivíduo preocupa-se em orientar e influenciar sua próxima geração ou, pelo contrário, sente-se estagnado, inativo e com falta de vigor. A oitava e última crise acontece na terceira idade: *integridade do ego versus desespero* – trata-se de uma avaliação da própria vida na qual a pessoa pode julgar positivamente suas experiências vividas, adquirindo integridade do self ou então, fazer uma avaliação negativa da vida e aceitar a morte, desesperando-se com a impossibilidade de reviver esses momentos.

de *coping*: focados no problema ou na emoção.

- Ecologia familiar: subsistência da família, acesso a serviços de saúde, moradia, condições de trabalho doméstico e cuidados pessoais, socialização, papéis conjugais, apoio social e metas da família.
- Análise funcional do comportamento: dependências estrutural, física/cognitiva ou comportamental.

Considerando-se, portanto, os fatores supracitados, é possível inferir qual abordagem terapêutica pode ser mais adequada a cada paciente. Indivíduos com baixo *insight*, déficits de tomada de decisão e baixa motivação têm maior probabilidade de se beneficiar de abordagens psicodinâmicas. Indivíduos com maiores níveis de *insight*, capacidade decisória e motivação podem ter maior benefício de terapias cognitivas e comportamentais. Isto se deve ao fato de que esta última condição possibilita a realização do auto-manejo pelo paciente, ao passo que indivíduos na primeira condição se ajustariam melhor com o manejo do ambiente. Quanto mais o paciente puder compreender e perceber suas limitações e capacidades, mais ele conseguirá se envolver em projetos realísticos, condizentes com seu *status* atual. Daí a necessidade de que o paciente se envolva de forma ativa no tratamento, para que aceite e invista nas atividades e estratégias propostas (Gouveia et al., 2001). A psicoterapia cognitiva individual na RNAD pode adaptar o paciente cérebro-lesado, prever o uso da resolução de problemas, a automonitoração, a reestruturação cognitiva e direcionar a recuperação da consciência.

Uma importante consideração a ser feita diz respeito ao aspecto das diferenças individuais. Ou seja, as possibilidades e eficácia do tratamento dependem não apenas do *insight*, nível decisório e motivação, mas também da etiologia e localização da lesão, extensão e severidade do comprometimento, a idade e o tempo decorrido desde o

início da patologia, curso de progressão da doença, condições ambientais, estilo pré-mórbido de vida, saúde física, educação, nutrição, profissão, dentre outros. Assim, as possibilidades de assistência à saúde ainda obedecem ao chamado princípio de Mateus (S. Mateus 13:12): “porque àquele que tem, se dará, se terá em abundância; mas àquele que não tem até aquilo que tem lhe será tirado” (Günther, Haller, Holzner e Kryspin-Exner, 1997).

O desenvolvimento da RN como psicoterapia deve possuir objetivos e fases distintas. Kanfer e Ackerman (1996) propõem a seguinte estrutura:

- Criação de condições iniciais favoráveis;
- Promoção da motivação para mudança;
- Análise funcional do comportamento;
- Definição conjunta dos objetivos terapêuticos;
- Planejamento, escolha e execução de técnicas específicas;
- Avaliação dos resultados;
- Fase final: otimização dos resultados – generalização e encerramento da terapia.

Alguns modelos teóricos da reabilitação neuropsicológica

A RN pode ser embasada, dentre outros, por dois modelos teóricos:

a) modelo da CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

É uma classificação de diversos aspectos da saúde e da doença proposta pela Organização Mundial da Saúde em 1999, que tem como objetivo geral proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacio-

nados com a saúde.

A CIF leva em consideração os aspectos orgânicos, pessoais e sociais da deficiência e propõe um mecanismo para inferir o impacto de fatores individuais e do ambiente social e físico sobre o funcionamento da pessoa. O foco são as competências do indivíduo e não suas limitações. Além disso, ela parte de uma visão biopsicossocial a qual propõe que qualquer aspecto da saúde influencia os outros, de maneira não linear. A CIF valoriza o que se consegue fazer levando em consideração as limitações e parte das restrições e oportunidades oferecidas pelo contexto sócio-cultural (Pinheiro-Chagas, Freitas & Haase, 2007). O modelo pode

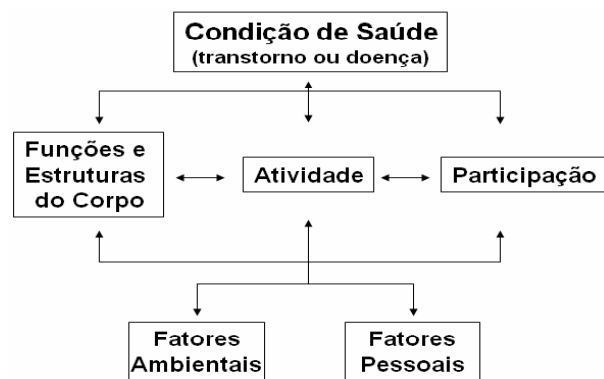


Figura 1 - Modelo da CIF

ser assim sumarizado:

A CIF compartilha com a RN dois pressupostos básicos (Pinheiro-Chagas, Freitas & Haase, 2007), a saber:

- O indivíduo pode se desenvolver apesar dos déficits: na medida em que a demência implica em padrões de desempenho heterogêneos, os diversos domínios do funcionamento são mais ou menos prejudicados, dependendo da combinação de uma série de fatores já previamente discutidos. Isso implica em que apesar da severidade do comprometimento, sempre há alguma área do funcionamento pessoal, ainda que nova ou latente, a ser desenvolvida.
- O desenvolvimento é biopsicossocial: o indivíduo deve ser avaliado e tratado como um todo, na medida em que não apenas existem múltiplos domínios do fun-

cionamento, mas estes estão interligados, tendo impactos recíprocos e complexos uns sobre os outros.

Assim, o impacto da CIF no tratamento e na RNAD engloba dois aspectos fundamentais: a filosofia do tratamento e a prática clínica. A influência da filosofia do tratamento se manifesta através da própria concepção do tratamento e do paciente, ela permite que se olhe a pessoa atrás da patologia, conferindo-lhe maior dignidade, além de possibilitar maior segurança na determinação pessoal de metas. Já a prática clínica a partir da CIF adquire um aspecto mais global e propicia maior inter-relação entre os diversos níveis de funcionamento, possibilitando a adoção de técnicas mais ecológicas e abrangentes e servindo de guia para a adoção de instrumentos de avaliação e de estratégias terapêuticas (Pinheiro-Chagas, Freitas & Haase, 2007).

A CIF, portanto, é um modelo teórico cujo maior impacto se dá sobre a fase de planejamento das intervenções. Uma das maiores críticas à CIF diz respeito à sua difícil operacionalização. Por ser demasiadamente abrangente e complexa, os instrumentos de avaliação disponíveis no momento não conseguem abarcar a totalidade das dimensões do modelo. Instrumentos especialmente desenvolvidos para este fim ainda estão em fase de construção e/ou validação (Pinheiro-Chagas, Freitas & Haase, 2007).

b) pelo modelo SOC - Otimização Seletiva com Compensação.

Modelo desenvolvido por Baltes e Baltes, a partir de 1980 (Baltes & Baltes, 1980), para explicar o desenvolvimento humano bem-sucedido na idade adulta e na velhice e que, posteriormente, se tornou um metamodelo heurístico de compreensão de diversos fenômenos evolutivos e comportamentais em níveis de análise que se estendem a contextos tanto micro quanto macro. De acordo com este modelo, é possível se-

lecionar áreas em que há maior potencial de desenvolvimento pessoal e otimizar o funcionamento destas áreas, compensando os déficits que ocorrem nas áreas de maior prejuízo funcional. As estratégias desse modelo permitem a manutenção e a melhoria da funcionalidade e a potencialização das capacidades de reserva específicas de cada indivíduo. Este modelo, além de constituir um arcabouço teórico, também constitui uma ferramenta prática para planejamento e operacionalização de intervenções diretas (Neri, 2002).

Entre as décadas de 1960 e 1980 o foco da maior parte das estratégias reabilitativas recaía sobre a reestruturação de domínios prejudicados, o que era feito, sobretudo, através da técnica do treino cognitivo. Os procedimentos de restauração e ativação/estimulação, mecanismos de otimização mediante seleção, visam estimular e melhorar domínios parcialmente lesados, através da atuação direta sobre eles, reorganizando-os ou reconstruindo-os através de treino, modificações de conduta ou uso de fármacos. É o denominado “modelo de deficiências” que se baseia na premissa de que a prática pode melhorar tarefas de execução e de que existe algum nível de generalização entre as tarefas de treino e o mundo real (Ginarte-Arias, 2002).

A partir da década de 1990 maior atenção passou a ser dada ao processo de compensação ou substituição. Este processo assume que a função prejudicada não pode ser inteiramente restaurada, potencializando, por isso, o emprego de diferentes mecanismos alternativos ou habilidades preservadas a fim de reduzir o impacto do déficit no funcionamento diário. É o chamado “modelo de ausência” e pretende proporcionar alternativas com estratégias de ajuda externa (programação de rotinas, *neuropager*, agendas, etc.) ou interna (modificação de crenças ou expectativas, melhora da saúde física e emocional e do funcionamento social). Bäckman e Dixon (1992) propõem um modelo de compensação em três passos básicos:

- Origens: demandas ambientais, *performance* esperada e nível de habilidade
- Dimensões: consequência do uso da compensação, natureza e adaptabilidade do comportamento
- Formas: maior esforço na mesma tarefa, aprendizagem de uma nova habilidade ou reaprendizagem de uma habilidade latente.

As principais diferenças entre os processos de otimização e compensação são descritas na Tabela 1:

Tabela 1 - Diferenças entre otimização e compensação (Bäckman & Dixon, 1992)

	Otimização	Compensação
Conceito	Cura	Compensação
Forma	Treinamento Funcional	Treinamento de Estratégias
Objetivo	Normalização Funcional	Melhoria da Capacidade de Ação
Indicação	Fases Precoces Crianças	Adultos com <i>Insight</i>
Avaliação	Testes Neuropsicológicos	Escalas Funcionais Avaliação Comportamental
Nível de Incapacidade	Pessoal	Social
Métodos	Treino Medicação	Dispositivos auxiliares Estratégias Modificação no ambiente Apoio Social
Foco	Deficiências	Funções preservadas
Pré-Requisito	Aprendizagem Comunicação	Aprendizagem Comunicação Reconhecimento do problema

Conforme nos diz em Abreu e Tamai (2002), podemos aplicar os principais pressupostos do modelo SOC ao processo de reabilitação em quatro etapas, a saber: a) concentrar a atenção para reduzir a confusão cognitiva; b) promover consciência dos déficits e capacidades remanescentes através de aconselhamento individual ou em grupo; c) conscientizar o paciente e seus familiares da necessidade do uso de estratégias compensatórias; d) treinar sua aplicação no dia-a-dia e, finalmente, fazer treino cognitivo e de habilidades sociais. A reabilitação deve incluir, além da restauração das funções perdidas, estratégias compensatórias. Assim, a reabilitação deve ser planejada a partir da relação entre os processos prejudicados, os preservados e as estratégias compensatórias. Para isso ela dispõe de três possibilidades: restabelecer as funções falhas, reorganizar a função aproveitando os processos mantidos e utilizar estratégias paliativas (Holderbaum et al., 2006).

Apesar do grande entusiasmo e aplicabilidade prática e teórica do modelo SOC a pressuposição deste modelo de que o paciente é um agente racional limita, muitas vezes, seu uso. Isso porque as demências podem comprometer o raciocínio crítico e o nível de *insight*, capacidade decisória e motivação do paciente.

O processo de reabilitação

O bom desenvolvimento da reabilitação neuropsicológica depende de uma vasta gama de fatores. Dentre eles, que a reabilitação seja realizada como um programa individualizado e personalizado e seja executada por uma equipe multiprofissional apta a realizar intervenções complexas e multidimensionais integradas (Abreu e Tamai, 2002).

Não existe ainda um consenso entre os profissionais sobre um modelo a ser usa-

do no processo de reabilitação neuropsicológica. Metodologicamente, Wade (2005) propõe que as intervenções sigam a seqüência de processos: avaliação-objetivos-prática-generalização-avaliação, sistematizando, dessa forma, os pressupostos sugeridos por Kanfer e Ackerman (1996). Para um melhor resultado de cada etapa, a equipe deve estar em constante diálogo entre si, além disso, uma adequada comunicação deve ser estabelecida entre os profissionais e a família do paciente, bem como entre os profissionais e o paciente (Perracini, Najas e Bilton, 2002). Disto decorre a necessidade dos profissionais constantemente realizarem análises sistemáticas e abrangentes que lhes permitam identificar riscos e verificar mudanças ocorridas, além de analisar a eficácia do tratamento e testar determinada hipótese do processo de intervenção.

Quanto mais cedo começar o processo de reabilitação em quadros de demências, melhores serão o tratamento e os resultados obtidos. Pois, uma incapacidade cognitiva severa é um fator de risco para uma pobre resposta no programa de reabilitação, na medida em que se tornam cada vez mais restritas as áreas a se investir e os recursos compensatórios, além de haver, na maior parte dos casos de demência, um comprometimento progressivo da capacidade de *insight* (Cameron & Kurrle, 2002).

As principais estratégias de intervenção, considerando-se a totalidade do funcionamento, conforme proposto pela CIF e a dinâmica restauração-compensação do modelo SOC, são sumarizadas na Tabela 2.

De acordo com Holderbaum et al. (2006) e Abreu e Tamai (2002), a intervenção dos déficits no domínio cognitivo pode se dar de acordo com três abordagens básicas, a saber: estimulação geral, adaptação funcional e processo específico. As técnicas envolvidas em cada uma dessas abordagens de intervenção cognitiva são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 2 - Principais estratégias de intervenção de multidomínios

Intervenção	Descrição
Déficits Cognitivos	Estratégias externas de compensação
	Estratégias internas de compensação
	Treinamento em auto-instrução
	Alternância de tarefas fáceis e difíceis
	Treinamento de estratégias de aprendizagem
Competência social	Prática supervisionada
	Treinamento de solução de problemas
	Treinamento de habilidades sociais
Funcionamento comportamental	Psicoeducação
	Controle de antecedentes
	Manejo de contingências
Funcionamento Emocional	Treinamento em auto-instrução
	Relaxamento
	Exposição gradual
	Minimização de riscos
	Gramática narrativa
	Psicoterapia
	Melhoria da auto-avaliação e do <i>self</i>
	Modificação ambiental
	Auto-descoberta planejada
Questionamento hierárquico	
Adaptação familiar	Treinamento de habilidades comunicacionais
	<i>Time out</i>
	Acesso a recursos da comunidade
	Grupos de apoio

Tabela 3 - Tipos de intervenções cognitivas

Intervenção	Descrição	Referência	
Estimulação Geral	Estimulação generalizada sem orientação teórica específica.	Clare, 2003	
Adaptação Funcional	Retreino em situações naturalísticas de vida e trabalho	Clare, 2003	
	• Terapia de orientação à realidade	Orientação de tarefas de rotina diária	Book, Degun & Mather, 1975
	• Terapia de reminiscência	Terapia de grupo para manter/restaurar a memória autobiográfica	Francés et al., 2003
	• Reestruturação ambiental	Capacitação para execução de tarefas diárias e tomada de decisões sozinho	Reeve, 1985
• Programas de apoio aos cuidadores e à família	Psicoeducação	Fundación, 1999	
Processo Específico	Organizar hierarquicamente exercícios para facilitar a reorganização funcional	Clare, 2003	
• Psicoestimulação ou treino cognitivo	Incrementar determinados componentes e estratégias do processamento de informação	Ball, 2002	

Tabela 3 (cont.) - Tipos de intervenções cognitivas

• Facilitação da memória explícita residual com suporte	Ensinar a melhorar codificação, recuperação e manipulação mental da informação	De Vreese et al., 2001
• Aprendizagem através da memória implícita preservada	Automatização de habilidades	Bayes, 2003
- Método de recuperação espaçada	Lembrar informações em intervalos de tempo cada vez maiores	Francés et al., 2003
- Apagamento de pistas	Aprendizagem com a retirada sucessiva de pistas	Francés et al., 2003
- Aprendizagem sem erro	Otimização da codificação da informação	Ávila, 2003
- Desenvolvimento da memória procedural	Desenvolvimento de habilidades automatizadas para as atividades da vida diária	De Vreese et al., 2001
- Compensação com suportes externos	Automatizar o uso de estratégias	Bourgeois et al., 2003

Eficácia de diferentes técnicas de reabilitação

Existe um ceticismo muito grande quanto à eficácia da reabilitação neuropsicológica em doenças degenerativas. Contudo, pode-se esperar melhoria cognitiva ou estabilização dos sintomas nas dificuldades de idosos não demenciados e pacientes com déficit cognitivo leve. Nestes, as capacidades de aprendizagem estão preservadas e há um benefício pelas estratégias compensatórias (Clare, 2003). Há evidências de que, sobretudo em fases iniciais e moderadas de evolução das demências, a RNAD resulta em elevação dos níveis de qualidade de vida e lentificação das degenerações, principalmente quando complementados por medicamentos (Abrisqueta-Gomez et al., 2004; Ball et al., 2002; Botino et al., 2005; Cameron & Kurrle, 2002; Cappa et al., 2003; Cavallini, Pagnin & Vecchi, 2003; Clare, 2003; Sinforiani et al., 2004; Valentijn et al., 2005; Wood & Haase, 2000).

O raciocínio clínico estimulado pela CIF preconiza abordagens biopsicossociais, através de intervenções interdisciplinares e que visem à validade ecológica dos resultados. Atualmente, a maior parte da produção científica tem confirmado empiricamente a validade dessas proposições (Wood e Haase, 2000).

De um modo geral, a reabilitação

deve fornecer a maior quantidade de estimulação possível, cobrindo-se os diversos domínios cognitivos e psicossociais, através da combinação de intervenções individuais e coletivas – sendo que estas duas se completam, pois a última proporciona um contato entre os pacientes que favorece habilidades comunicativas e a quebra da monotonia enquanto a terapia individual permite direcionar o tratamento conforme a necessidade de cada paciente. Deste modo, há, não apenas uma melhora cognitiva, mas também redução da ansiedade e do estresse no treino em grupo (Valentijn et al, 2005).

A RNAD tem demonstrado melhora cognitiva, estabilização funcional e redução dos problemas comportamentais que se estendem até um ano após, mas não após dois anos da realização do programa (Abrisqueta-Gomez et al., 2004), sendo mais promissoras as intervenções que possibilitem abordagem individualizada diretamente relacionada com dificuldades diárias e pessoalmente-relevantes, otimizando o funcionamento e o bem-estar, fornecendo suporte para autonomia e envolvimento social (Clare, 2003).

Adicionalmente, as intervenções devem priorizar técnicas ecológicas, ou seja, no próprio contexto social e físico do paciente, mais do que técnicas de treino cognitivo, pois estas últimas muitas vezes não são

generalizadas para as atividades da prática diária. Wood e Haase (2000) demonstraram que o treino para otimização de habilidades prejudicadas é circunscrito à tarefa treinada, não se estendendo a outros domínios cognitivos ou à vida diária. Em contrapartida, o investimento em tarefas que envolvem memória de trabalho se mostrou, não apenas eficaz, mas também generalizável a outros domínios cognitivos, sendo por isso recomendado.

Além da intervenção realizada diretamente com o paciente e os aspectos ambientais, deve-se levar em consideração a família do paciente. A sobrecarga de trabalho com pacientes demenciados pode provocar uma série de sintomas físicos e psicológicos no cuidador, sendo os mais frequentes o estresse, a depressão e a ansiedade. Os distúrbios encontrados nos cuidadores devem ser analisados de forma multidimensional, pois a atitude diante do cuidador pode variar conforme suas características individuais como sexo, idade, personalidade e rede de apoio (Holderbaum, 2006).

Bottino et al. (2005) ressaltaram a importância de assistência aos familiares/cuidadores dos pacientes. Segundo eles, essa intervenção-suporte pode ajudar a reduzir sintomas psiquiátricos observados nos cuidadores e resultam em melhor qualidade de vida tanto para cuidador quanto para o paciente. Esse tipo de intervenção pode alterar o funcionamento da estrutura familiar e fortalecer vínculos entre seus membros. Além disso, a associação de intervenções para pacientes e para seus cuidadores é mais promissora que intervenções isoladas (Clare, 2003). Bottino et al. (2005) demonstrou ainda que o tratamento farmacológico para pacientes com demência combinado com estratégias de reabilitação cognitiva têm mais efeitos positivos na *performance* cognitiva e funcional dos pacientes em relação a tratamentos puramente farmacológicos.

O modelo SOC encontra-se larga-

mente difundido entre as metodologias de intervenção dos procedimentos reabilitativos. Assim, de um modo geral, o que se observa é uma tendência a se utilizar mais estratégias de otimização, ou seja, restauração, em pacientes com poucos déficits e mais estratégias compensatórias, ou seja, substituição, em pacientes com quadros de comprometimento funcional (Cappa, 2003).

Cappa et al. (2003) demonstraram que, para déficits leves de memória, são recomendados treino compensatório e técnicas de intervenção voltadas para restauração dirigidas para facilitação de aquisição de habilidades específicas e conhecimento específico de um domínio. Para déficits severos, não há evidências de restauração eficaz, sugerindo o uso de técnicas compensatórias. O tipo e a intensidade do treino produzem efeitos distintos dependendo dos circuitos neurais afetados, do perfil de comprometimento funcional, idade, tempo pós-lesão, nível de educação e outros fatores externos. As diversas técnicas podem ter efeitos mediadores e moderadores entre si, potencializando o funcionamento de um domínio cognitivo e possibilitando a generalização (Wood e Haase, 2000).

Já em pacientes com quadros degenerativos em fases avançadas, o prognóstico é menos favorável. O que se espera, então, não é a recuperação de funções perdidas, mas sim, a manutenção e adaptação de algumas habilidades, a lentificação no declínio das funções cognitivas inevitáveis, o uso de estratégias paliativas como técnicas auxiliares, a adaptação ao meio ambiente com auxílio da tecnologia e de equipamentos, o apoio ao cuidador e a melhoria na qualidade de vida (Holderbaum et al., 2006). Muito utilizada neste tipo de pacientes, a Estimulação Cognitiva Geral traz benefícios em relação àqueles que não a utilizaram. Contudo, os benefícios encontrados não esclarecem a qual(is) componente(s) da multi-intervenção eles se devem e, nem mesmo se eles resultam do aumento do contato social (Clare, 2003).

Com relação ao treino cognitivo, os idosos se beneficiam tanto quanto os jovens com o treino, podendo este ter efeito de proteção quanto ao surgimento e evolução de quadros demenciais. Quanto à eficácia deste procedimento, o que se pode dizer é que, de um modo geral, apesar de serem encontrados ganhos limitados em alguns domínios cognitivos, não há ganhos em medidas estandardizadas de comprometimento. O que se observa são ganhos em tarefas alvo, bem como em domínios como o humor e a qualidade de vida. Além disso, apesar de os ganhos associados ao treino cognitivo serem limitados no tempo, o treino de alguns domínios pode ser mais eficaz do que de outros, variando de acordo com a técnica utilizada. Neste sentido, o treino de memória procedural, o de solução de problemas e o estratégico têm demonstrado ganhos mais consistentes, por exemplo (Cavallini, Pagnin, Vecchi, 2003; Clare, 2003).

Segundo Bottino et al. (2002), uma das maiores críticas sobre ensinar estratégias mnemônicas complexas para pacientes demenciados é que poucas pessoas são capazes de aplicá-las nos problemas do dia-a-dia. Portanto, é importante usar tanto técnicas mnemônicas quanto técnicas específicas, empregadas quando os pacientes precisam aprender algo importante e não como um princípio geral para dificuldades do dia-a-dia.

Uma das técnicas que tem sido cada vez mais utilizada é a reabilitação com treino cognitivo computadorizado. Devido à grande variedade de técnicas e *softwares* disponíveis para esta finalidade, os resultados ainda não são conclusivos. Assim, Clare (2003) indica que o treino computadorizado traz poucos benefícios adicionais em relação aos não-computadorizados, ao passo que Sinforiani et al. (2004) demonstra ganhos por até seis meses no QI geral. De modo geral, a eficácia do uso de programas computacionais relaciona-se com a abordagem metodológica e com o *software* adotados.

Uma importante alternativa para o processo de reabilitação cognitiva é a reestruturação do ambiente que tem como objetivo tornar o paciente mais independente de forma que seja capaz de executar suas tarefas e tomar decisões sozinho. O ambiente deve ser seguro e as adaptações devem ser feitas gradualmente e deve-se deixar nos mesmos locais os objetos pessoais do paciente (Holderbaum, 2006).

Recomendações

A reabilitação neuropsicológica tem despontado como um relevante e promissor campo de investigação e por isso requer maiores investimentos em pesquisa. São necessários estudos mais específicos, interdisciplinares, com amostras maiores e com enfoque na validade externa dos tratamentos. Apesar disto, os dados da literatura têm apontado algumas estratégias para melhor eficácia da reabilitação. Considerando-se, portanto os princípios teóricos e práticos norteadores propostos pelos modelos da CIF e da SOC, recomenda-se que a RNAD deve:

- Ser individualizada e multidisciplinar;
- Propor e revisar as intervenções a partir de avaliações neuropsicológicas das funções cognitivas e da qualidade de vida, seguindo a seqüência: avaliação-objetivos-prática-generalização-avaliação;
- Fornecer a maior quantidade de estimulação possível, cobrindo-se os diversos domínios cognitivos e psicossociais, através da combinação de diversas técnicas e de intervenções individuais e coletivas;
- Priorizar técnicas ecológicas mais do que de treino cognitivo;
- Associar a abordagem neuropsicológica ao tratamento medicamentoso;
- Acrescentar ao tratamento do pa-

ciente uma abordagem terapêutica/educativa voltada para os cuidadores/familiares;

- Focar-se no paciente e na recuperação de habilidades prejudicadas nas fases inicial e moderada da doença e deslocar-se progressivamente para estratégias compensatórias ambientais e para o cuidador, nas fases mais graves;
- Possibilitar que a estimulação seja contínua ao longo do tempo, sendo propostos retreinos a cada seis meses;
- Reconhecer que devem ser esperados efeitos moderados (estabilização/lentificação dos déficits e melhor qualidade de vida) e proporcionais aos recursos pessoais, à gravidade da doença e à quantidade de estimulação;
- Investir em intervenções preventivas ao longo do curso da vida.

De acordo com os modelos adotados, observa-se que um campo promissor para investimentos, considerando-se o paciente, seria o da compensação funcional, na medida em que a diversidade de domínios de funcionamento permite a reestruturação adaptativa da vida do paciente, através de adaptações internas ou externas, maximizando seu potencial de desenvolvimento mesmo quando o comprometimento cognitivo é grave. Parte do entusiasmo atribuído à compensação se deve às observações da limitação da aplicabilidade e dos resultados das estratégias de restituição funcional, notadamente a psicoestimulação. Além disso, a abordagem compensatória vai além das habilidades acadêmicas, incidindo sobre as dificuldades do paciente e de sua família na vida real. Associado ao modelo da CIF, este procedimento pode atuar em diversas frentes, possibilitando uma estimulação mais ampla, racional e verdadeiramente adaptativa, na medida em que possibilita maior engajamento do paciente no tratamento, através do estabelecimento de me-

tas realistas e pessoalmente significativas, ajustamento de expectativas e diminuição da frustração. Neste sentido, a auto-eficácia possui grande impacto na regulação da motivação, logo, na auto-regulação. Deste modo é importante que o terapeuta identifique os motivadores externos e internos do paciente, a fim de verificar a adaptabilidade de suas crenças e expectativas. O terapeuta, ainda deve incentivar a descoberta de novos motivadores e promover atividades que incentivem a motivação através do aumento da percepção subjetiva de auto-eficácia, o que pode se feito, por exemplo, através de técnicas como a aprendizagem sem erro e a programação de experiências de sucesso.

A reabilitação neuropsicológica no envelhecimento normal pode ter efeitos tanto de prevenção como de melhora dos déficits cognitivos esperados. Já nas demências, o que se observa é a lentificação ou estabilização da progressão dos déficits cognitivos e das capacidades funcionais e melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares quando a reabilitação neuropsicológica é aplicada em fases mais iniciais de evolução do quadro clínico.

Devido à diversidade de técnicas e possibilidade de combinação de tratamentos de diversas naturezas, o que se nota, de um modo geral, é que os efeitos da RNAD dependem largamente da abordagem adotada, no que diz respeito à qualidade, quantidade e início do tratamento, de fatores relacionados à própria lesão, bem como de fatores individuais disponíveis.

Assim, a RNAD é eficaz, principalmente quando ecológica, individualizada e multidimensional. Contudo seus efeitos são limitados no tempo, necessitando a aplicação de retreinos em determinados intervalos de tempo, o qual pode variar de seis meses a dois anos. É importante destacar que, dado o impacto pessoal, tanto em níveis cognitivos e psicológicos, bem como o impacto sobre os familiares e na sociedade, a eficácia de cada programa de reabilitação deve ser avaliada não somente através

de medidas acadêmicas de desempenho neuropsicológico, mas deve abarcar todo o funcionamento biopsicossocial do paciente. Neste sentido, devem ser adotadas como medidas de desfecho entrevistas com os familiares, cuidadores, e com o próprio paciente, além de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, de atividades de vida diária, de avaliação de fardo do cuidador, de sintomas comportamentais e psiquiátricos, dentre tantas outras que possam indicar a eficácia da RNAD em generalizar as habilidades otimizadas ou compensadas para a vida cotidiana.

O que a literatura indica é que programas com múltiplas abordagens geram resultados mais marcantes. Contudo, em muitos estudos são aplicadas várias técnicas ao mesmo tempo, em amostras pequenas e heterogêneas, limitando a evidência

de eficácia de cada uma. Deste modo, ainda não estão bem estabelecidos os fatores intervenientes, mediadores e moderadores de cada abordagem terapêutica. Faz-se necessário, portanto, maiores investimentos em pesquisas empíricas sistematizadas e bem delineadas metodologicamente para que se possa atestar de modo satisfatório e definitivo o valor clínico da RNAD.

Assim, o aumento da eficácia dos tratamentos cognitivos depende, em grande parte, do avanço do conhecimento sobre como se dão os processos cognitivos e como estes interagem entre si e com o ambiente, além de uma melhor compreensão sobre os processos de aprendizagem e sobre os próprios fenômenos a serem reabilitados. Ou seja, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Referências bibliográficas

- Abreu, V. P. S & Tamai, S. A. B. (2002). Reabilitação cognitiva. In: Freitas, et al. (orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp 882-891). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Abrisqueta-Gomez, J. et al. (2004). A longitudinal study of a neuropsychological rehabilitation program in Alzheimer's disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 62 (3-B), 778-783.
- Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 30 (4), 139-146.
- Backman, L. & Dixon, R. A. (1992). Psychological compensation: A theoretical framework.. *Psychological Bulletin*, v. 112 (2), 259-83.
- Ball, K. et al. (2002). Effects of Cognitive Training Interventions in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, v. 288 (8), 2271-2281.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1980). Plasticity and variability in psychological aging: Methodological and theoretical issues. In G.E. Gurski (Ed.), *Determining the effects of aging on the central nervous system* (pp. 41-66). Berlin: Schering.
- Barker, C. & Pistrang, N. (2002). Psychotherapy and social support: integrating research on psychological helping. *Clinical Psychology Review*, v. 22(3), 363-81.
- Bayes, K. (2003). Effects of working memory deficits on the communicative function of Alzheimer's dementia patients. *Journal of Communication Disorders*, v 36 (3), 209-219.

- Book, P.; Degun, G. & Mather, M. (1975). Reality orientation, a therapy for psychogeriatric patients: a controlled study. *British Journal of Psychogeriatrics*, v. 127, 42-45
- Bottino, C. M. et al. (2002) Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 60 (1), 70-79.
- Bottino, C. M. C et al. (2005) Cognitive rehabilitation combined with drug treatment in Alzheimer's disease patients: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*, v. 19, 861-869
- Bourgeois, M. et al. (2003). A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia. *Journal of Communication Disorders*, v. 36 (5), 361-78.
- Cameron, I. D. & Kurrle, S. (2002) Rehabilitation and older people. *Medical Journal of Australia*, v. 177 (7), 387-91.
- Cappa, S. F. et al. (2003) Guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS Task Force. *European Journal Neurology*, v. 10, 11-23.
- Cavallini, E., Pagnin, A. & Vecchi, T. (2003) Aging and everyday memory: the beneficial effect of memory training. *Archives in Gerontology and Geriatrics*, v. 37, 241-257.
- Cicerone, K. D. et al. (2005). Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice.1. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, v. 81 (12), 1596-1615.
- Clare, L. (2003) Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, v. 13, 75-83.
- De Vreese, L. et al. (2001). Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 16 (8), 794-809.
- Francés, I. et al. (2003). Estimulación cognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, v. 26 (3), 405-22.
- Fundación, L. C. (ed.) (1999). Mantener la autonomia de los enfermos de Alzheimer. (vol. 3) Barcelona
- Ginarte-Arias, Y. (2002). Reabilitación cognitiva: Aspectos teóricos y metodológicos *Revista de Neurologia*, v. 35, 870-876.
- Gouveia, P. et al. (2001). Metodologia em reabilitação neuropsicológica de pacientes com lesão cerebral adquirida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 28 (6), 295-299.
- Günther, V.; Haller, C.; Holzner B. e Krispin-Exner, I. (1997). Kognitive Therapieansätze. Em S. Weis e G. Weber (Orgs.), *Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie* (pp. 1108-1146). Weinheim: Beltz/PVU.
- Holderbaum, C. et al. (2006) A Intervenção cognitiva para pacientes portadores de demência do tipo Alzheimer. In: Parente, M.A.M.P. et al. *Cognição e envelhecimento* (pp 258-273). Porto Alegre: Artmed.

- Judd, T. (1999). *Neuropsychotherapy and community integration: Brain Illness, Emotions and Behaviour*. New York: Kluwer Academic. Plenum Publishers
- Kanfer, R., & Ackerman, P. L. (1996). A self-regulatory skills perspective to reducing cognitive interference. In I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, and findings* (pp. 153–171). New Jersey: Erlbaum.
- Lewis, L. (2001). Neuropsychotherapy and Community Integration: Brain Illness, Emotions and Behavior. (Reviews). *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, v. 16, 614.
- Miller, P. H. (1993). Social learning theory. In: Theories of developmental psychology (p. 177-233). New York: W. H. Freeman and Company.
- Neri, A. L. (2002) Teorias psicológicas do envelhecimento. In: Reabilitação Gerontológica. In: Freitas, E. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp 32-46). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10), São Paulo, EDUSP/ Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 1993.
- Pachana, N. (2001). A text for the well-rounded practitioner. *Journal of the International Neuropsychological Society*, v. 7, 778–783.
- Papalia, D. E.; Olds, S. W.; Feldman, R. D.; Gross, D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Perracini, M., Najas, M. & Bilton, T. (2002). Reabilitação gerontológica. In: Freitas, E. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp 814-819). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pinheiro-Chagas, P.; Freitas, P. M. & Haase, V.G. (2007) O Impacto da CIF na Paralisia Cerebral (no prelo). In: Francisco José Penna & Vitor Geraldi Haase. (Orgs.). *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência*. Belo Horizonte: COOPMED.
- Reeve, W.; Ivison, D. (1985). Use of Environmental manipulation and classroom modified informal reality orientation with institutionalized confused elderly patients. *Age and Aging*, v. 14, 119-121.
- Sinforiani, E. et al. (2004) Cognitive rehabilitation in Parkinson's disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics, Suppl. 9*, 387–391.
- Stuart-Hamilton, I. (2002) Doença Mental e Envelhecimento. In: Stuart-Hamilton, Ian. *A psicologia do envelhecimento – Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, A. (2005). *Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Valentijn, S. A. M. et al. (2005) The effect of two types of memory training on subjective and objective memory performance in healthy individuals aged 55 years and older: A

randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* v. 57, 106–114.

Vamos, M. (2006). Psychoterapy in the medical ill – A commentary. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 40, 295-309.

Wade D. T. (2005) Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation*, v. 19, 811-18.

Wood, G. M. O. & Haase, V. G. (2000) *Efeitos do nível de auto-eficácia percebida e de programas de treinamento cognitivo sobre a capacidade de memória de trabalho de indivíduos idosos*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Psicologia Social, UFMG. Belo Horizonte - MG.

Recebido em: 14/08/2007

Revisado em: 02/06/2008

Aceito em: 05/06/2008

Sobre os autores:

Ana Carolina Teixeira Santos é aluna do curso de graduação em psicologia pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: anacarolinatsantos@gmail.com

Samara Melo Moura é psicóloga e mestranda em psicologia do desenvolvimento pela Universidade Federal de Minas Gerais. **E-mail:** samarammelo@yahoo.com.br

Vitor Geraldi Haase é médico neurologista, doutor em biologia humana pela Universidade de Munique e professor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.