



# OS TRANSTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS E COGNITIVOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER: A PSICOTERAPIA E A REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA COMO TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

## NEUROPSYCHOLOGICAL AND COGNITIVE DISORDERS OF ALZHEIMER'S DISEASE: PSYCHOTHERAPY AND NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION AS ALTERNATIVE TREATMENTS

Lorena Batista Silva<sup>1</sup>  
Mayra Fernanda Silva de Souza<sup>2</sup>

---

**RESUMO:** A doença de Alzheimer é considerada uma demência senil marcada por diversos transtornos neuropsicológicos e cognitivos decorrentes do impetuoso processo neurodegenerativo. As intervenções neuropsicológicas emergem como novas possibilidades de tratamento para o sujeito que se vê frente a inúmeras perdas em diversas capacidades cognitivas e funcionais. Nesse sentido, o presente trabalho investigou as possíveis contribuições da neuropsicologia, em especial a psicoterapia e a reabilitação neuropsicológica, para os portadores da demência do tipo Alzheimer. A fim de contemplar tal objetivo, percorreu-se o seguinte caminho: explanação dos aspectos etiológicos, disfuncionais e de incidência da doença de Alzheimer; e, a identificação das intervenções neuropsicológicas junto aos pacientes acometidos por esta doença. Como forma de investigação para a realização dessa pesquisa, utilizou-se o método de levantamento bibliográfico de artigos científicos, livros e revistas de diversos autores que abordam a temática que norteou este trabalho. Por fim, constatou-se que as intervenções em neuropsicologia são extremamente significativas para o tratamento da doença de Alzheimer. Por meio da psicoterapia há o acolhimento do sofrimento, medos e anseios, o auxílio na compreensão do novo contexto que virá e, os processos reabilitatórios, contribuirão na tentativa de retardar o processo neurodegenerativo e otimizar os processos cognitivos que ainda estão preservados e, conseqüentemente, proporcionar uma melhor qualidade de vida para o paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença de Alzheimer; Neuropsicologia; Psicoterapia; Reabilitação Neuropsicológica.

**ABSTRACT:** Alzheimer's disease is considered a senile dementia marked by several neuropsychological and cognitive disorders resulting from the impetuous neurodegenerative process. Neuropsychological interventions emerge as new possibilities of treatment for the individual who faces numerous losses in various cognitive and functional capacities. In this sense, the present work investigated the possible contributions of neuropsychology, especially psychotherapy and neuropsychological rehabilitation, for those with Alzheimer's dementia. In order to contemplate this objective, the following path was covered: explanation of the etiological, dysfunctional and incidence aspects of Alzheimer's disease; and the identification of neuropsychological interventions in patients with Alzheimer's disease. As a form of research for the accomplishment of this research, the method of bibliographic survey of scientific articles, books and magazines of several authors that approach the thematic that guided this work was used. The results obtained showed that interventions in neuropsychology are extremely significant for the treatment of Alzheimer's disease. Through psychotherapy there is the reception of the suffering, fears and longings, the aid in the understanding of the new context that will come, and the rehabilitation processes, will contribute in the attempt to delay the neurodegenerative process and optimize the cognitive processes that are still preserved and, consequently, provide a better quality of life for the patient.

**KEYWORDS:** Alzheimer's disease; Neuropsychology; Psychotherapy; Neuropsychological Rehabilitation.

---

---

<sup>1</sup> Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Pós-graduanda em Psicologia: Terapia Cognitivo Comportamental, pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Presentemente atua como psicóloga autônoma no Centro de Saúde Integral Vitae. batista.lorena@live.com

<sup>2</sup> Psicóloga Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Mestre em Educação, na linha de pesquisa processos socioeducativos e práticas escolares, pela Universidade Federal de São João Del Rei. mayrafs.net@gmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

As opções de tratamento farmacológico para portadores da doença de Alzheimer são bastante difundidas e estudadas, no entanto, pouco se diz sobre tratamentos alternativos que aliados a este processo medicamentoso podem ser capazes de produzir grandes resultados. Neste contexto, a Neuropsicologia se encontra com a doença de Alzheimer ao oferecer novas alternativas de tratamento que criam possibilidades de redução de suas disfunções e de consequentes melhorias na qualidade de vida para o portador, seus familiares e cuidadores.

O objetivo principal que norteou este trabalho foi o de pesquisar as contribuições da neuropsicologia para o portador da doença de Alzheimer, descrevendo sobre a doença de Alzheimer e seus principais transtornos neuropsicológicos e cognitivos.

É importante destacar o conceito de “portador” no contexto das demências que se refere ao albergue de patologias caracterizadas pela cronologia indeterminada, ou seja, de forma distinta às deficiências ou necessidades educativas especiais. O sujeito portador da doença de Alzheimer, mesmo ainda incapaz de desvencilhar-se desse porte, carrega consigo a demência por um prazo indefinido.

A doença de Alzheimer, considerada uma demência senil, acomete cada vez mais idosos em todo o mundo. Isso ocorre, em especial, devido ao aumento da expectativa de vida e do declínio na taxa de natalidade (IBGE, 2013), em que observa-se uma população idosa em número cada vez mais significativo.

De acordo com dados da Associação Brasileira de Alzheimer (2012), a doença de Alzheimer é considerada uma demência senil que atinge 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo. Dessa forma, a busca por tratamentos que atenuem os sintomas causados por ela e que, conseqüentemente, promovam melhorias no quadro clínico desses sujeitos, estão sendo cada vez mais investigados. Embora existam pesquisas que salientam a importância da reabilitação neuropsicológica para quadros neurológicos, a reabilitação para pacientes com doença de Alzheimer ainda é pouco estudada e, por isso, carece de maiores investigações.

Nesse sentido, para a construção deste trabalho utilizou-se como base metodológica a pesquisa bibliográfica, que é constituída através do recolhimento de referenciais teóricos já analisados e publicados por meios escritos e eletrônicos, como livros e artigos científicos. Lima e Mioto (2007, p. 37) apresentam a pesquisa bibliográfica como “um procedimento metodológico que se oferece ao pesquisador como uma possibilidade na busca de soluções para seu problema de pesquisa”. Portanto, o método de pesquisa bibliográfica objetiva o recolhi-

mento de informações teóricas ou conhecimentos prévios sobre um problema em que, a partir destas construções, torna-se possível encontrar a resposta a qual se procura.

## 2 ENVELHECIMENTO E DOENÇA DE ALZHEIMER

O envelhecimento é a última fase de desenvolvimento do indivíduo onde algumas perdas são inevitáveis e o comprometimento de memória é considerado algo bastante comum. Às vezes algumas pessoas e lugares são esquecidos, bem como onde deixou-se alguns objetos ou até nomes de pessoas famosas. No entanto, o envelhecimento não afeta profundamente outras áreas da cognição, como a linguagem, orientação no tempo e no espaço e na capacidade funcional para realização de tarefas (CHAIMOWICZ, 2009).

Todavia, alguns comprometimentos de memória podem ser patológicos e afetarem as capacidades cognitivas do sujeito. No entanto, esse quadro sintomático nem sempre se constitui como demência do tipo Alzheimer. Para Chaimowicz (2009, p. 127) “se não há outras áreas da cognição comprometidas e se não há repercussão funcional, o diagnóstico provavelmente será “comprometimento cognitivo leve”. Esse diagnóstico, segundo o autor, pode ser um alerta para uma futura demência.

Portanto, quando há perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas, associada a prejuízos na capacidade funcional, pode-se caracterizar uma demência. A doença de Alzheimer, associada ou não a outras demências comuns à terceira idade, é a causa de mais de 70% dos casos. Na demência do tipo Alzheimer, o sujeito é acometido por diversos transtornos neuropsicológicos e cognitivos que ocorrem de forma heterogênea e gradual para cada indivíduo (CHAIMOWICZ, 2009).

A fase inicial da demência caracteriza-se por pequenos declínios na memória recente, dificuldades para encontrar palavras, desorientação no tempo e no espaço, dificuldades de tomar decisões, alterações comportamentais, como irritabilidade e agressividade com esquecimento de pessoas mais próximas, distúrbios de sono, e dificuldades na realização de tarefas básicas de vida diária (ABRAZ, 2012).

Já na fase intermediária os sintomas se agravam, podendo ocorrer dificuldades motoras, distúrbios do sono, alucinações, perda de peso e movimentos e falas repetitivos. (SAYEG, 2011). Quando afetada, a linguagem se torna desconexa, abstrusa e incompreensível. Isso ocorre por refletir as perturbações específicas da linguagem, as incapacidades cognitivas e, em particular, as disfunções de memória. A logoclonia, repetição incoercível da última sílaba das palavras, é um transtorno de linguagem peculiar à demência

do tipo Alzheimer (GIL, 2005).

A fase final da doença de Alzheimer é bastante crítica. O cérebro já não corresponde aos sistemas motores e os aspectos cognitivos mais elementares não respondem às mensagens mais simples. Aqui, o portador da doença se torna dependente de seus cuidadores e familiares, que passam a dedicar-se quase que integralmente a ele (SAYEG, 2008).

Decorrente da impetuosa degeneração neural, prejuízos gravíssimos na cognição, em aspectos funcionais, psicomotores e comportamentais são facilmente observáveis. Ainda nessa fase, o sujeito portador da demência deixa de se preocupar com os aspectos básicos de higiene, apresentando incontinência urinária e, em seguida, fecal, além da perda de manifestações importantes para promoção de relacionamentos interpessoais e, por último, perde-se um dos mais valiosos símbolos da expressão humana: o sorriso. É também durante a fase final que as disfunções apráxicas são recorrentes (GIL, 2005).

As apraxias são transtornos que impedem a realização de determinados gestos e a manipulação de alguns objetos. Isso ocorre em decorrência de um dano no sistema nervoso em função do processo neurodegenerativo. As apraxias mais comuns na doença de Alzheimer são a apraxia ideatória e a apraxia no vestir. A apraxia no vestir, como o próprio nome já diz, expressa sobre a dificuldade ou incapacidade de vestir-se. O hemisfério direito é lesionado e, por isso, as informações visuais e espaciais, importantes para a realização desse tipo de atividade, são extremamente prejudicadas. Já a apraxia ideatória correlaciona-se às lesões da parte posterior do hemisfério esquerdo do cérebro, em especial, às lesões acometidas na região têmporo-parietal, desencadeando limitações no manuseio ou manipulação de determinados objetos (GIL, 2005).

No entanto, são os declínios de memória, apresentados como sinais prodrômicos da demência, os mais conhecidos e que acabam por caracterizar os principais transtornos causados pela doença de Alzheimer em todas as suas fases. A memória é constituinte fundamental da formação da nossa identidade, capaz de armazenar mentalmente diversas aprendizagens e representações do passado, a memória é uma faculdade cognitiva dotada de um complexo mecanismo que abarca o arquivo e a recuperação de experiências (CARDOSO, 2017).

No caso das amnésias, disfunções comuns na demência de Alzheimer, o acesso às informações que foram processadas ao longo de toda a vida fica reduzido e, muitas vezes, totalmente inacessível. Quatro tipos de amnésia são mais frequentes na doença de Alzheimer: amnésia retrógrada, amnésia de evocação, ecmnésia e amnésia por dissolução do estoque mnésico (GIL, 2005), que serão explicadas a seguir.

A amnésia retrógrada acomete as memórias que foram registradas em momentos anteriores ao da manifestação da doença. Nesse transtorno, a capacidade de aprendizagem, memorização e orientação no tempo e no espaço são prejudicadas. A amnésia retrógrada pode permanecer por dias ou por anos. No caso da doença de Alzheimer, o indivíduo se esquece das memórias atuais em função das memórias antigas, dissolvendo-se a um passado cada vez mais progresso (GIL, 2005).

Na amnésia de evocação, os nomes dos objetos ou das pessoas não são lembrados e, por isso, não são evocados. Nessa amnésia, o indivíduo conhece as características de um objeto e, inclusive, pode defini-las, no entanto não consegue evocar o nome do utensílio (CASAL, 2013).

Na ecmnésia, o indivíduo tem a presentificação do passado através da visão de fragmentos já ocorridos. Este transtorno, comum na doença de Alzheimer, é caracterizado por recapitular e reviver, intensamente e em breve período, uma recordação compactada de diversas situações passadas (DALGALARRONDO, 2008).

Na doença de Alzheimer, algumas lembranças podem se perder por completo. É o que ocorre com o indivíduo acometido pela amnésia por dissolução do estoque mnésico. Sua capacidade de reconhecimento se esgota e, as memórias que antes obedeciam a um gradiente temporal, são danificadas. No entanto, memórias pessoais, sociais e de identidade também são prejudicadas. Em um dado momento, o indivíduo acometido pela doença de Alzheimer esquece-se completamente de sua história pessoal, das pessoas com quem convivia socialmente, de sua família e de pessoas de convívio mais próximo. Primeiro, as pessoas de convívio social, seguidamente, os familiares são os próximos a serem esquecidos, geralmente, inicia-se pelos netos, em seguida pelas noras e genros e por fim, nem mesmo os filhos são reconhecidos (GIL, 2005).

Por fim, chega-se a fase terminal da doença de Alzheimer, caracterizada pela restrição, quase que em período integral, ao leito. O indivíduo permanece por longos períodos em posição fetal e, em função disso, podem surgir úlceras de decúbito por todo o corpo devido à compressão dos músculos. A alimentação, por vezes, é feita através de sonda. Em alguns casos, a morte sobrevém dentro de um ano devido, principalmente, às infecções pulmonares e urinárias (SAYEG, 2011).

Portanto, a doença de Alzheimer caracteriza-se por graduais perdas cognitivas e funcionais que se dividem em fase inicial, intermediária, final e terminal, e obedecem um gradiente temporal, de modo que suas disfunções acontecem de forma heterogênea para cada indivíduo. Desde sua descoberta, a doença de Alzheimer percorreu por vias históricas até os

caminhos atuais em que se investigam cada vez mais seus sintomas na tentativa de oferecer uma melhor qualidade de vida, tratamentos mais efetivos e, conseqüentemente, possibilidades de cura. A psicoterapia e a reabilitação neuropsicológica são exemplos de formas de tratamento para a doença de Alzheimer oferecidos pela Psicologia e que serão explicados no tópico seguinte.

### **3 INTERVENÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR PARA A DOENÇA DE ALZHEIMER**

#### **3.1 A PSICOTERAPIA**

A psicoterapia é um processo que envolve um conjunto de conhecimentos técnicos e métodos utilizados pelo profissional psicólogo para intervir nos sofrimentos psíquicos. Nesse sentido, a doença de Alzheimer, caracterizada pela perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas é também evidenciada por um momento de grandes dificuldades emocionais para o idoso e todos a sua volta. O tratamento em psicoterapia e a doença de Alzheimer se cruzam por um propósito: proporcionar melhor qualidade de vida para o portador, seus familiares e cuidadores.

De acordo com Frazão (2012), alguns tratamentos complementares podem ser úteis durante o tratamento clínico da doença de Alzheimer, como a psicoterapia, a terapia ocupacional, a fisioterapia, entre outros. Neste viés, o tratamento complementar é considerado uma prática que possibilita o tratamento da doença fora de possibilidades de cura, visando o alívio do sofrimento e, conseqüentemente, melhorias na qualidade de vida (QUEIROZ et al. 2014).

A psicoterapia e a reabilitação neuropsicológica na doença de Alzheimer são consideradas novas possibilidades de tratamento capazes de proporcionar novas respostas ao tratamento medicamentoso, que é fundamental para o tratamento da doença. Recomenda-se, inclusive, ainda na fase inicial, que as sessões tenham uma maior frequência. Dessa forma, estimula-se para que o paciente não se esqueça do psicólogo e para que o laço terapêutico seja estabelecido (MANZARO, 2015).

A psicoterapia em neuropsicologia não utiliza de uma abordagem teórica específica, mas, em sua maioria, utiliza-se da terapia cognitivo comportamental. A psicoterapia cognitivo comportamental reúne diversas técnicas de intervenção sobre as cognições, os comportamentos disfuncionais e as emoções. Nesse modelo terapêutico, as crenças (crenças centrais, crenças intermediárias e pensamentos automáticos), as reações emocionais e as respostas dadas ao

comportamento se intercomunicam e a intervenção sobre alguma delas tende a promover modificações umas nas outras e, por isso, seu uso na psicoterapia em neuropsicologia é frequente (SHINOHARA et al. apud CHARCHAT-FICHMAN; FERNANDES; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2012).

Alguns dos benefícios da psicoterapia para o portador da doença de Alzheimer na fase inicial incluem o suporte através do acolhimento, de modo a amparar e sustentar a busca do reestabelecimento do equilíbrio e da elaboração das falhas, o que provoca, como consequência, o aumento da autoestima e confiança do paciente (GOTTER, 2015). Com o paciente na fase inicial, a psicoterapia pode auxiliar na atribuição de significados para este novo momento da sua vida, trabalhar os medos, as inseguranças e os demais sentimentos que se manifestarão junto a doença. Dessa forma, será possível a ressignificação das emoções e das perdas causadas pelas disfunções cognitivas e funcionais da doença. Ainda nesta fase, a psicoterapia pode auxiliar o idoso na gerência e adaptação da nova rotina que virá, que inclui novos medicamentos e diferentes situações mediante ao novo contexto que a doença traz (MANZARO, 2015).

As contribuições da psicoterapia para o portador da doença de Alzheimer na fase inicial também incluem a estimulação do convívio social e de atividades de lazer. As interações promovidas por essas atividades podem ser prazerosas e, por isso, as redes sociais estabelecidas durante o convívio contínuo com outras pessoas são capazes de produzir qualidade de vida. É importante ressaltar que a vida social do idoso não se restringe à presença em grupos de terceira idade, mas também ao bom relacionamento entre os membros da família, em grupos religiosos ou de sua comunidade, por exemplo (ALMEIDA, 2014).

Mesmo quando o paciente se encontra na fase intermediária da doença em que os declínios de memória e da capacidade funcional se demonstram mais evidentes, podendo, inclusive, ser acometido pela ecmnésia, o neuropsicólogo também pode utilizar da psicoterapia para beneficiar o paciente com Alzheimer, especialmente utilizando um recurso denominado de terapia de validação (DALGALARRONDO, 2008).

A esse respeito, a Associação Alzheimer Portugal (2015) aponta que a terapia de validação é uma técnica comumente utilizada no tratamento da doença de Alzheimer, em especial, para casos em que o paciente vive no presente fragmentos do passado. A terapia de validação tem o objetivo de oferecer oportunidades de resolver conflitos pendentes através do encorajamento e da validação da expressão dos sentimentos. A terapia de validação se baseia numa atitude de respeito ao idoso, pretendendo que o cuidador, seja ele formal ou informal, se adapte e aceite a conduta da pessoa idosa. Ou seja, esse método propõe não tentar “conduzir” a pessoa com a demência de Alzheimer de volta à realidade, e sim entrar na sua visão do que

seja a realidade. Dessa forma, é desenvolvida uma relação empática com o paciente, de modo que a confiança, a segurança e o respeito sejam estabelecidos, reduzindo, por sua vez, a ansiedade.

Outra técnica relevante no processo psicoterapêutico com o paciente, em especial, na fase intermediária da doença é o uso da musicoterapia. Para a Associação Alzheimer Portugal (2015):

É frequente, quando já se perderam outras capacidades, a pessoa ainda conseguir apreciar canções e sons familiares antigos. Um determinado trecho de música pode desencadear memórias e sentimentos e é importante estar preparado para responder à expressão destes.

A musicoterapia proporciona qualidade de vida ao idoso através de benefícios no desenvolvimento motor e cognitivo, além da motivação da expressão de sentimentos e do estímulo ao indivíduo para refletir sobre sua história de vida. A música pode proporcionar conforto, estímulo à memória, entretenimento e auxiliar na criatividade. Logo, a musicoterapia pode auxiliar o idoso portador da doença de Alzheimer na preservação da identidade e no estímulo de aspectos cognitivos (OLIVEIRA et al. 2012).

Na fase final da doença de Alzheimer, em que os processos degenerativos já acometeram diversas funções cognitivas, a psicoterapia torna-se um processo mais limitado. É nesse momento que o acompanhamento terapêutico também com os familiares e cuidadores transfigura-se em um processo de grande importância. Aqui, a psicologia, através de seu olhar integrador e terapêutico, atuará clinicamente na busca de um contexto de mudanças biopsicossociais, em vertentes de atendimento que englobem os familiares e também os cuidadores (MANZARO, 2015).

O impacto da ocorrência dos transtornos neuropsicológicos e comportamentais sobre os cuidadores e a família dos pacientes com doença de Alzheimer é muito elevado e, portanto, deve-se dar atenção especial, pois terão que enfrentar mais essa sobrecarga associada ao cuidado desses doentes que, nas últimas fases, se veem cada vez mais dependentes do outro (CARAMELLI; BOTTINO, 2007).

A psicoterapia com os familiares e cuidadores, pode ser destinada, também, ao processo de orientação. Primeiro, deve-se compreender que a doença de Alzheimer ainda é uma patologia sem cura, mas que existem tratamentos capazes de retardar sua progressão e trazer maior qualidade de vida para o paciente. Em seguida, os familiares e cuidadores devem compreender a psicoterapia como um momento de divisão de angústias e de experiências a partir das quais, o psicólogo realizará orientações e intervenções para o cotidiano do idoso, de seus

familiares e cuidadores de modo a facilitar o manejo e a relação afetiva entre todos. (MANZARO, 2015).

Através da psicoterapia com os familiares e cuidadores, pode-se identificar padrões que sejam capazes de promover mudanças no ambiente físico e no manejo com o paciente, inserindo estímulos ou distrações que podem atuar na redução das disfunções cognitivas e funcionais apresentadas pela demência. “Por exemplo, música suave durante o banho, higiene pessoal ou troca de roupas pode tranquilizar o paciente e facilitar a realização dessas tarefas pelo cuidador ou familiar” (CARAMELLI; BOTTINO, 2007, p. 86).

Além disso, a psicoterapia com os cuidadores e familiares pode ajudar no alívio do estresse causado pela sobrecarga de cuidados, da culpa por não conseguir dedicar-se como gostaria, da não aceitação da doença, das dificuldades financeiras decorrentes dos gastos com tratamento e da falta de tempo para lazer e atividades prazerosas. Dessa forma, a psicoterapia torna-se uma aliada na ajuda aos familiares e cuidadores para que estes não adoçam também (SCHULZ; BEACH apud FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Outra intervenção importante sobre o manejo com o paciente é a recomendação de que se tente evitar ao máximo o confronto com ele. Quando houver divergências entre os cuidadores ou familiares e o paciente, deve-se oferecer alternativas de novos estímulos ou novas atividades que sejam do interesse do idoso, de modo que permita que os cuidados necessários sejam prestados adequadamente pelo familiar ou pelo cuidador (CARAMELLI; BOTTINO, 2007).

É importante ressaltar que o tratamento psicoterapêutico para familiares e cuidadores não se restringe aos últimos estágios da doença. A psicoterapia é um recurso que pode ser utilizado pelos familiares e cuidadores desde o recebimento do diagnóstico. Além disso, são os cuidadores e familiares que auxiliarão no processo de identificação de fatores associados ao aparecimento dos comportamentos disfuncionais e dos sinais prodrômicos de falhas cognitivas no idoso (OMELAN apud CARAMELLI; BOTTINO, 2007).

Outro fator importante a ser enfatizado é que a aplicação das técnicas durante a psicoterapia não tem a finalidade de fazer com que o sujeito com Alzheimer tenha suas habilidades cognitivas e funcionais atuando como antes do acometimento da doença, mas sim que idoso possa adquirir novos recursos que poderão fazê-lo enfrentar esse novo contexto da melhor maneira possível (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2012).

Portanto, a psicoterapia é um processo em que o portador da doença de Alzheimer poderá encontrar acolhimento e auxílio para enfrentar as novas circunstâncias que virão. Assim como os cuidadores e familiares, que convivem diariamente com esse idoso e vivem uma ro-

tina extremamente fastidiosa e, muitas vezes, desanimadora. É importante ressaltar também que a psicoterapia será um momento de externalização de medos, tristezas, expectativas, angústias e de orientação e informação frente a esse novo contexto de vida que a doença de Alzheimer vai mobilizar em todos os envolvidos. Sendo assim, o neuropsicólogo, a partir do processo de psicoterapia, poderá oferecer suporte psicológico não só ao idoso com Alzheimer, mas também aos seus familiares e cuidadores, auxiliando no manejo da ansiedade e do estresse causado pela sobrecarga enfrentada com os cuidados, bem como no controle de suas emoções. Isto posto, torna-se interessante atrelar, de forma simultânea, a psicoterapia ao trabalho de outros profissionais, como também a outras vertentes de tratamento psicológico, como a reabilitação neuropsicológica, por exemplo, que pode produzir melhoras significativas no quadro sintomático do idoso com Alzheimer.

### 3.2 A REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Desde o início dos anos 60, iniciou-se um enorme interesse pelos métodos de intervenção do tratamento em neuropsicologia para melhorar ou manter o desempenho cognitivo. A partir de então, considerando a reserva cognitiva que persiste na terceira idade e que pode ser reabilitada após o surgimento da doença de Alzheimer, a reabilitação neuropsicológica tem se destacado como importante intermediária na luta contra o declínio da memória (MONIZ-COOK apud LIMA, 2006).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação é um processo de recuperação de pacientes na busca pelo melhor nível físico, psicológico e de adaptação social possível. Isso inclui todas as medidas que objetivam a redução do impacto de inabilidade e condições de desvantagem de modo a permitir a otimização da integração social do paciente (ABRISQUETA-GOMEZ; SANTOS apud SILVA; SOUZA, 2005).

A respeito dos objetivos da reabilitação neuropsicológica, D'Almeida e outros citados por Pontes e Hubner (2007, p. 8) descrevem que:

A reabilitação objetiva melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, otimizando o aproveitamento das funções total ou parcialmente preservadas por meio do ensino de estratégias compensatórias, aquisição de novas habilidades e a adaptação às perdas permanentes. O processo de reabilitação proporciona uma conscientização do paciente a respeito de suas capacidades remanescentes, o que leva a uma mudança na auto-observação e, possivelmente, uma aceitação de sua nova realidade.

A reabilitação neuropsicológica, além de tratar as disfunções relacionadas à cognição, também oferece métodos de tratamento para as alterações comportamentais e emocionais. Já a reabilitação cognitiva auxilia os pacientes, familiares e cuidadores na convivência e no manejo dos déficits cognitivos resultantes de lesões cerebrais, com foco principal na otimização dos recursos cognitivos através de treinos (WILSON apud ÁVILA; MIOTTO, 2002). É importante ressaltar que a reabilitação cognitiva compreende apenas um dos cinco componentes da reabilitação neuropsicológica, que ainda conta com “psicoterapia, estabelecimento de um ambiente terapêutico, trabalho com familiares e trabalho de ensino protegido com os pacientes” (PRIGATANO apud ÁVILA; MIOTTO, 2002, p. 191).

Antes de iniciar qualquer programa de reabilitação, faz-se necessário definir o perfil cognitivo de cada paciente, de modo que os aspectos cognitivos que ainda estão preservados e os déficits existentes sejam traçados. Além disso, deve-se adequar o tratamento ao nível cultural e intelectual do sujeito. É importante enfatizar sobre a consideração aos aspectos culturais e intelectuais do indivíduo. As atividades propostas devem ser prazerosas e condizentes com a realidade vivenciada pelo paciente, para que não se crie nenhum tipo de resistência à adesão ao tratamento (CAMÕES; PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

Outro fator importante a ser enfatizado é sobre a periodicidade das atividades realizadas no processo de reabilitação neuropsicológica. Estes deverão ocorrer de forma regular e repetidas vezes, de modo que impeça o esquecimento das tarefas, do laço estabelecido entre o neuropsicólogo e o paciente e, o mais importante, que impeça o agrave das habilidades cognitivas ainda preservadas. Sem a prática frequente de atividades, os idosos podem perder algumas de suas capacidades intelectuais, logo, estímulos são importantes a fim de proteger o intelecto contra o processo de degeneração (WILSON apud ÁVILA; MIOTTO, 2002). Nesse sentido, faz-se necessário priorizar um nível contínuo e satisfatório de estimulação permitindo-se a utilização de músicas, notícias, jornais, revistas, jogos e outras tarefas (CAMÕES; PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

Um outro recurso importante adotado na reabilitação neuropsicológica de indivíduos com Alzheimer são as técnicas de reabilitação da memória. Estas dividem-se em três níveis, sendo que os dois primeiros implicam no treinamento direto do funcionamento da memória e na tentativa de manter o máximo possível seu funcionamento nas atividades de vida diária, enquanto o terceiro nível trata de aspectos compensatórios na deficiência da memória, com o propósito de diminuir seu impacto na rotina desses pacientes (DE VREESSE et al. apud ABRISQUETA, 2004).

O objetivo da reabilitação da memória não é o de modificar habilidades que o paciente já possui, mas sim melhorar seu desempenho através de técnicas específicas ou estratégias (ÁVILA; MIOTTO, 2002). As habilidades dizem do conhecimento e da capacidade de realização de determinadas ações antes de se conhecer, de fato. (GARDNER et al. apud ÁVILA; MIOTTO, 2002). Já a estratégia, “é um procedimento particular que cada indivíduo pode usar para memorizar um material determinado em condições específicas” (VERHAEGHEN apud ÁVILA; MIOTTO, 2002, p. 192).

Outro método frequentemente utilizado no tratamento em reabilitação neuropsicológica é a estimulação das modalidades específicas da memória que se encontram preservadas para compensar as modalidades defasadas. Outro caminho é trabalhar as habilidades residuais de modalidades que se encontram com déficit, como, no caso da doença de Alzheimer, a memória de trabalho<sup>3</sup> (ÁVILA; MIOTTO, 2002). Para a realização desse procedimento, utilizam-se de técnicas como repetição, treinamento, estratégias de aprendizagem e estratégias compensatórias (BOTTINO et al. apud LIMA, 2006). A repetição diz da prática repetitiva da atividade até que seja lembrada (WILSON, 2011). O treinamento é a aquisição metódica de habilidades, técnicas e conhecimentos para a realização de uma determinada atividade (PANTOJA; LIMA; ANDRADE, 2001). As estratégias de aprendizagem são os métodos utilizados para que se facilite o processamento de determinada informação e, por conseguinte, a aprendizagem (BORUCHOVITCH, 1999). E, as estratégias compensatórias são métodos utilizados para compensar habilidades já defasadas, ou seja, quando há déficit em determinada habilidade que não pode mais ser trabalhada, potencializa-se mecanismos alternativos ou habilidades residuais (GINDRI et al. 2012).

Ao estimular as capacidades cognitivas preservadas, o foco deve ser, especialmente, a memória de curto prazo<sup>4</sup> e a memória autobiográfica. Estimular a memória autobiográfica é fundamental para que as memórias correspondentes à identidade, apropriações culturais e sociais sejam preservadas. Com a preservação destas, mantém-se também a valorização da autoestima do paciente (CAMÕES; PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

No processo de degeneração cerebral, as habilidades cognitivas correspondentes à memória de curto prazo apresentam-se de forma desorganizada e desconexa, retratando os fatos ocorridos de maneira desordenada. Este tipo de memória só apresentará melhores resul-

---

<sup>3</sup> A memória de trabalho é responsável pelo armazenamento de informações necessárias para tarefas cognitivas complexas como a compreensão da linguagem, o pensamento e o raciocínio. (PIPER, 2013).

<sup>4</sup> A memória de curto prazo é responsável por reter informações já codificadas por segundos ou minutos, para que estas sejam utilizadas, descartadas ou organizadas para serem armazenadas posteriormente. (MOREIRA-AGUIAR et al. 2012).

tados através de exercícios diários e, um desses exercícios consiste em contar alguma história previamente ensaiada e pedir ao paciente que a reconte. Contudo, deve-se atentar às informações passadas durante o conto e verificar a compreensão exata do idoso, bem como corrigi-lo caso hajam erros no relato da história (CAMÕES; PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

Uma segunda técnica comumente utilizada no processo de estimulação da memória é a reabilitação baseada na facilitação da memória implícita<sup>5</sup> residual (ÁVILLA; MIOTTO, 2002). Na doença de Alzheimer, a perda progressiva da memória não se dá de forma homogênea, de tal forma que a memória implícita encontra-se preservada na fase inicial da demência mesmo havendo disfunções severas na memória explícita. Diante disso, é possível observar que na doença de Alzheimer há aspectos de memória que não são afetados e, dessa forma, certo nível de capacidade para aprendizagem pode ser estimulado, trabalhado e reabilitado (BERTOLUCCI apud ÁVILA; MIOTTO, 2002).

A reabilitação baseada na facilitação da memória implícita residual permite, por meio da prática de estimulações repetitivas, que pacientes amnésicos possam ser treinados para efetuar tarefas mais complexas (WILSON apud ÁVILA; MIOTTO, 2002). Todavia, esse método de aprendizagem é considerado rígido e bastante específico, não permitindo, por exemplo, que o paciente aplique em sua vida cotidiana o que foi aprendido ali. Sugere-se que os treinos sejam estabelecidos através de conhecimentos que permitam a aplicação direta nas atividades de vida diária, estimulando as capacidades funcionais (SQUIRE apud ÁVILA; MIOTTO, 2002). As atividades que priorizam a estimulação das habilidades funcionais do sujeito portador da doença de Alzheimer são extremamente importantes. Manter a realização de tarefas de vida diária proporciona qualidade de vida, autonomia e aumento da autoestima para o idoso que se vê hábil e independente.

Difícilmente a estimulação provocará resultados se não houver motivação para o paciente. Portanto, deve-se estimular também as práticas externas ao âmbito clínico, que sejam favoráveis ao tratamento e que o paciente aprecia, como exercícios físicos, caminhadas, atividades intelectuais e o convívio com grupos de amigos ou animais domésticos (CAMÕES; PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

No entanto, algumas técnicas utilizadas no tratamento com os idosos não apresentam resultados esperados, isso deve-se em primeiro lugar, ao progresso tecnológico e científico, tornando-se obsoletas algumas técnicas que não se adéquam à realidade atual (ÁVILA;

---

<sup>5</sup> A memória implícita é a capacidade de adquirir habilidades cognitivas através da exposição repetida a um estímulo ou atividade. Estas experiências só podem ser verificadas pela melhora no desempenho cognitivo do indivíduo, já que não são expressas de maneira consciente ou intencional. (BOLOGNANI et al. 2000).

MIOTTO, 2002). Em contrapartida, com a idade avançada, muitas recordações que antes eram acessíveis facilmente, hoje necessitam ser anotadas para serem lembradas (CAMÕES; PEREIRA; GONÇALVES, 2009). Outra mudança também muito comum e que pode afetar os resultados durante o processo, é a perda do (a) cônjuge, que, em muitos casos, se responsabilizava pelas compras, pagamentos, horários de atividades e medicamentos e, dessa forma, faz-se necessário adquirir novas habilidades para a manutenção dessas tarefas de vida diária (ÁVILA;MIOTTO,2002).

Os idosos acometidos pela demência do tipo Alzheimer, para se manterem independentes por mais tempo, devem tentar manter as habilidades adquiridas durante a vida, transferir essas habilidades para um novo ambiente e novas situações, além de adquirir novas habilidades para lidar com problemas atuais que as habilidades antigas não podem resolver (ÁVILA; MIOTTO, 2002).

Para Backman e outros citados por Ávila e Miotto (2002), o tratamento em reabilitação neuropsicológica de pacientes com doença de Alzheimer é um processo extenso para atingir resultados, muitas vezes, “pequenos”. Deve-se acreditar que, no entanto, ganhos “pequenos” em uma doença degenerativa são, muitas vezes, extremamente significativos. Já De Vreese e outros também citados por Ávila e Miotto (2002), acreditam que caminhos alternativos e inovadores para tratamento em reabilitação de memória para pacientes com doença de Alzheimer podem, de fato, demonstrar eficácia no tratamento clínico e serem pragmaticamente úteis, transfigurando-se em uma alternativa de grande potencial para utilização em uma nova cultura de tratamento da doença de Alzheimer.

É consenso entre diversos pesquisadores que a reabilitação neuropsicológica para portadores da doença de Alzheimer é uma área complexa, sobre a qual há urgência de novos estudos e definições mais precisas e que ainda há muito a investigar para que as necessidades de bases teóricas, metodológicas, estatísticas e práticas sejam satisfeitas de forma consistente. Contudo, é indicado que idosos acometidos pela doença de Alzheimer se envolvam em atividades que estimulem a mente e o corpo. Diante disso, deve-se considerar a reabilitação neuropsicológica como sendo uma alternativa de tratamento um tanto quanto auspiciosa, partindo do pressuposto de que seu objetivo primário de proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso frente ao seu quadro clínico seja atingido.

Por conseguinte, a psicoterapia e a reabilitação neuropsicológica podem sim contribuir com o portador da doença de Alzheimer, seus familiares e cuidadores. A psicoterapia contribui com acolhimento dos medos e angústias, bem como com orientação e informação sobre o manejo do novo contexto de vida que a doença trará. Já o tratamento em reabilitação neu-

ropsicológica para os portadores da doença de Alzheimer existe com o intuito de acolher e auxiliar na criação de condições mais favoráveis para a cognição e a realização de tarefas, agora, em um novo contexto. Além disso, ambas as intervenções promovem melhorias na qualidade de vida do portador da doença de Alzheimer, de seus familiares e cuidadores. Mesmo diante de inúmeras perdas que o processo de adoecimento pode trazer, deve-se considerar as possibilidades que existem para otimizar as atuais circunstâncias e, conseqüentemente, para o favorecimento de condições mais prósperas ao indivíduo e ao seu contexto social.

#### 4 CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos abordados, a doença de Alzheimer é uma demência neurodegenerativa senil, ainda sem cura, mas com possibilidades de tratamento e de conseqüente redução de suas disfunções. A neuropsicologia, em especial a psicoterapia e a reabilitação neuropsicológica, mostra que tem muito a contribuir no tratamento da doença de Alzheimer, quer seja para o portador da doença, seus familiares ou cuidadores.

A psicoterapia, através do olhar clínico do neuropsicólogo, proporcionará acolhimento, orientação e auxílio frente às mudanças biopsicossociais decorrentes do adoecimento. Para o portador, o neuropsicólogo auxiliará no manejo, gerência e adaptação à nova rotina, no processo de aceitação da doença e na elaboração dos medos. Para os familiares e cuidadores, a psicoterapia será um momento de externalização das angústias, do estresse e das demais adversidades encontradas nesse novo contexto de vida que a doença traz.

A reabilitação neuropsicológica trabalhará com o paciente no tratamento das disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, além de otimizar as funções cognitivas que ainda estão preservadas. Dessa forma, a reabilitação neuropsicológica procurará proporcionar ao idoso com Alzheimer um nível satisfatório do funcionamento cerebral, de modo que consiga utilizar seus recursos cognitivos para aplicação em tarefas de vida diária, convívio social e, conseqüentemente, para aumento de sua autoestima, bem-estar e qualidade de vida.

O envelhecimento populacional é uma realidade global e a psicologia, enquanto ciência e profissão, deve atentar-se para essa nova demanda. É preciso conhecer as patologias características da terceira idade e buscar estratégias capazes de contribuir com a saúde mental e a qualidade de vida desses idosos. As alterações sociais atreladas às mudanças econômicas indicam a necessidade de maleabilidade dos profissionais para novos contextos. As doenças neurodegenerativas apontam que o exercício da psicologia em áreas pouco cogitadas requer a necessidade atual de maior atenção.

Não só a prática carece de profissionais atentos à essa nova demanda. As pesquisas também são limitadas e, por isso, requerem maiores investigações. Atenta-se para a relevância de novas pesquisas que mensurem quantitativamente os benefícios da reabilitação neuropsicológica a médio e longo prazo, bem como sobre estratégias que ampliem o âmbito clínico para o contexto social do idoso, de modo que familiares e cuidadores também auxiliem nesse processo reabilitatório. Tais investigações podem alargar o conhecimento da real eficácia do tratamento em reabilitação neuropsicológica para tratamento da doença de Alzheimer.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Mariana. **A importância das relações sociais na terceira idade**. 2014. Disponível em: <<https://www.aterceiraidade.com/cuidado-com-idosos/a-importancia-das-relacoes-sociais-na-terceira-idade/>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL. **Terapias e Abordagens Comunicacionais**. Portugal, 2015. Disponível em: <<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-22-108-terapias-e-abordagens-comunicacionais>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Evolução da doença**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://abraz.org.br/sobre-alzheimer/evolucao-da-doenca>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Tratamento**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://abraz.org.br/sobre-alzheimer/tratamento>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

ÁVILA, Renata; MIOTTO, Eliane. Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 4, n. 29, p. 190-196, nov. 2002. Disponível em: <[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38164872/190.pdf?AWSAccessAWSAccess=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1493743942&Signature=GOh8XSbZyXSbZyTTr%2BGM3ikfwgY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DReabilitacao\\_neuropsicologica\\_de\\_deficit.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38164872/190.pdf?AWSAccessAWSAccess=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1493743942&Signature=GOh8XSbZyXSbZyTTr%2BGM3ikfwgY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DReabilitacao_neuropsicologica_de_deficit.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2017.

BOLOGNANI, Sílvia Prado et al. Memória implícita e sua contribuição à reabilitação de um paciente amnésico. **Arquivo Neuropsiquiátrico**, São Paulo, v. 3, n. 58, p.924-930, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v58n3B/2798.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2017.

BORUCHOVITCH, Evely. Estratégias de aprendizagem e desempenho escolar: considerações para a prática educacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 361-376, ago. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79721999000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200008)>. Acesso em: 01 maio 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Projeção da População do Brasil**: taxa bruta de natalidade por mil habitantes. 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade.html>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CAMÕES, Cristina; PEREIRA, Fernanda Marie; GONÇALVES, Andréa. Reabilitação na doença de Alzheimer. **Psicologia Pt**, Lisboa, p. 1-20, set. 2009. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

CAMELLI, Paulo; BOTTINO, Cássio Machado de Campos. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). **Conferência Clínica**, Belo Horizonte, p. 83-87, 18 jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a02v56n2.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

CARDOSO, Sílvia Helena. **Memória**: o que é e como melhorá-la. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n01/memo/memoria.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CASAL, Edith. **Os fenômenos mais esquisitos da memória**. 2013. Disponível em: <<https://amenteemaravilhosa.com.br/os-fenomenos-esquisitos-da-memoria/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2009.

CHARCHAT-FICHMAN, Helenice; FERNANDES, Conceição Santos; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Psicoterapia neurocognitivo-comportamental: uma interface entre psicologia e neurociência. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 8, p. 40-46, jun. 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872012000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872012000100006)>. Acesso em: 01 maio 2017.

DALGALARRONDO, Paulo. A memória e suas alterações. In: DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 15. p. 148-149.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 777-786, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a18.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

FRAZÃO, Arthur. **Doenças Degenerativas**: Como é feito o tratamento para o Alzheimer. 2012. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/tratamento-para-alzheimer/>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

GIL, Roger. Neuropsicologia das Demências. In: **Neuropsicologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2005. Cap. 16. p. 214-238.

GINDRI, Gigiane et al. Métodos em reabilitação neuropsicológica. **Métodos em Neuropsicologia**, Porto Alegre, v. 5, n. 22, p. 342-375, abr. 2012. Disponível em: <[http://www.nnce.org/Arquivos/Artigos/2012/gindri\\_etal\\_2012.pdf](http://www.nnce.org/Arquivos/Artigos/2012/gindri_etal_2012.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2017.

GOTTER, Elvira. As demências e o Acompanhamento Terapêutico. **Revista Portal de Divulgação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 48, p.85-92, maio 2016. Disponível em: <[www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/.../655](http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/.../655)>. Acesso em: 03 jan. 2016.

LIMA, Juliane Silveira. Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer:: o que a psicologia tem a ver com isso?. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 2, n. 40, p. 469-489, out. 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/viewFile/17666/16231>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálogo**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 37-36, 03 abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MANZARO, Simone de Cássia Freitas. **A Psicologia na doença de Alzheimer:** como intervir?. 2015. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/sausedoenca/item/3539-a-psicologia-na-doenca-de-alzheimer-como-intervir>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

MOREIRA-AGUIAR, Viviane et al. Memória de longo prazo modulada pela memória de curto prazo. **Revista Paidéia**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 18, p. 331-339, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/10.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2017.

OLIVEIRA, Glauber Correia de et al. A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. **Cadernos Unifoa**, Volta Redonda, v. 2, n. 20, p. 85-94, dez. 2012. Disponível em: <<http://webserver.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/20/85-94.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

PANTOJA, Maria Júlia; LIMA, Suzana Maria Valle; ANDRADE, Jairo Eduardo Borges. Avaliação de impacto de treinamento na área de reabilitação: preditores individuais e situacionais. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 46-56, jun. 2001. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Jairo\\_Borges-Andrade/publication/235903203\\_Avaliacao\\_de\\_Impacto\\_de\\_Treinamento\\_na\\_Area\\_de\\_Reabilitacao\\_o\\_preditores\\_individuais\\_e\\_situacionais/links/02bfe513fe3836e767000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jairo_Borges-Andrade/publication/235903203_Avaliacao_de_Impacto_de_Treinamento_na_Area_de_Reabilitacao_o_preditores_individuais_e_situacionais/links/02bfe513fe3836e767000000.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2017.

PONTES, Livia Maria Martins; HÜBNER, Maria Martha Costa. A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.6-12, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n1/v35n1a02.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

QUEIROZ, Ronaldo Bezerra de et al. Cuidados paliativos e Alzheimer: concepções de neurologistas. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 22, p. 686-692, maio 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a17.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2017.

SAYEG, Norton. Como diagnosticar e tratar a doença de Alzheimer. **Moreira Júnior**, Campinas, v. 68, n. 12, p. 46-58, dez. 2011. Disponível em:

<[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4940](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4940)>. Acesso em: 16 abr. 2017.

SAYEG, Norton. **Existem fases ou estágios na doença de Alzheimer?** 2008. Elaborado por AlzheimerMed. Disponível em: <<http://www.alzheimermed.com.br/perguntas-e-respostas/existem-fases-ou-estagios-na-doenca-de-alzheimer>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

SILVA, Claudemir Bispo da; SOUZA, Edna Maria de. A demência de Alzheimer e suas terapêuticas não farmacológicas. **Caderno Discente: um estudo sobre as estratégias e intervenções em reabilitação neuropsicológica**, Recife, p. 1-29, jul. 2005.

WILSON, Bárbara. Mnemônica e estratégias de repetição em reabilitação. In: WILSON, Bárbara. **Reabilitação da memória: integrando teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 94-144.