

EDNÉIA APARECIDA DE PAULA

**Reabilitação cognitiva em grupo com foco em metas funcionais para
pacientes com doença de Alzheimer leve: um ensaio clínico controlado**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção de título de Mestre em Ciências**

Programa de Psiquiatria

**Orientador: Prof. Dr. Cássio Machado de Campos
Bottino**

São Paulo

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Paula, Ednéia Aparecida

Reabilitação cognitiva em grupo com foco em metas funcionais para pacientes com
doença de Alzheimer leve : um ensaio clínico controlado / Ednéia Aparecida Paula. --
São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Cassio Machado de Campos Bottino.

Descritores: 1.Doença de Alzheimer 2.Cuidadores 3.Terapia cognitiva
4.Cognição 5.Manifestações neurocomportamentais 6.Qualidade de vida

USP/FM/DBD-257/16

Dedicatória

Ao meu filho, Ulysses F. Guimarães, por ter me possibilitado ser mãe, enxergar a vida com outros olhos e descobrir o verdadeiro sentido da palavra “amor”.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino, pela sua paciência e confiança ao longo da realização deste estudo, mas especialmente, por me ensinar que o conhecimento só tem sentido quando conseguimos, realmente, SER a diferença na vida das pessoas. Portanto, me faltam palavras melhores para expressar a gratidão por tê-lo como orientador.

À Dra. Lyssandra Santos Tascone, por sua amizade, confiança, profissionalismo, sugestões, esclarecimentos e, especialmente, por me favorecer reflexões que ajudaram a me posicionar com propriedade neste trabalho. Responsabilidade e generosidade são palavras que traduzem sua pessoa para mim.

Aos profissionais do PROTER que colaboraram para que este estudo se tornasse realidade, doando seu conhecimento e tempo: Renata Ávila, Juliana Emy Yokomizo, Sharon Sanz Simon, Maria Inês Falcão, Elizabeth Teixeira, Márcia Mariko Nakano, Marjore Grace, Patrícia Buchain, Alessandra Vieira Rodrigues de Moraes, Dra. Vanessa Sumika Satomi, Dra. Viviane Myung Massoni, Dra. Camila Muniz, Dra. Mirian Gracy Barroero, Dra. Manuela Salman e, principalmente, a Laura Saran por auxiliar sempre da melhor maneira em todas as etapas do estudo.

À estatística Melaine Cristina de Oliveira pelas análises deste estudo, pela disponibilidade diante de tantas responsabilidades, e pela didática incrível que me possibilitou aprender muito, do que sei hoje, sobre estatística.

Ao Laboratório de Investigação Médica 43 (LIM 43) do HC-FMUSP, por realizar os exames de ressonância magnética estrutural de crânio e, especialmente, ao Dr. Artur Coutinho por administrar os agendamentos dos pacientes.

À Banca de Qualificação que ofereceu informações preciosas para conduzirmos a pesquisa: Dr. Geraldo Bussato Filho, Dr. Ivan Arahamian e Dra. Mônica Sanches Yassuda.

À CAPES, por meio do PROEx, ter concedido a bolsa de estudos para a realização deste trabalho.

À Sra. Elisa Fukushima e Sra. Isabel Ataíde, pelo apoio frente aos processos de documentação e ao cumprimento do regulamento da pós-graduação.

Minha eterna gratidão aos pacientes e seus cuidadores, por confiarem em nosso trabalho e nos possibilitar com seus dados e vivência este aprendizado.

À minha família escolhida pelo coração, Eliane Estela Freitas, Hygino Marzo Neto, Sarah Melo, Henry Wender, André Luiz Bernardes Vasquez, Keiler Amaral, Guilherme Alberto Witte, Maria Antonieta Guimarães Witte, Carmem Costa Mota, Claudete Lopes Martins, Solange Macedo, Eliane Kirschner, Roberto Kirschner, Maria Lucia Novaes Pagliari, Leonardo Renzo Caserta, Anna Caserta e Fabíola Falgetano Caserta por compreenderem minhas dificuldades e ausências.

E por fim, a todos meus familiares e, especialmente, ao meu irmão Luciano Martins de Paula, a minha mãe Maria Helena A. Martins de Paula, ao meu padrasto Clodoaldo Biggio França, pelo carinho, apoio e compreensão e, também, ao meu pai Aparecido de Paula (*In Memoriam*) por ter me ensinado valores inestimáveis.

Epígrafe

“Essa doença é uma coisa idiota! A gente não sente dor nenhuma, mas fica um vazio.” – paciente com DA leve participante da pesquisa.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia A. L. Freddi, Maria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com o *List of Journal Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas	
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Resumo	
Summary	
1.0 INTRODUÇÃO	1
1.1 Aspectos gerais da doença de Alzheimer	3
1.2 Aspectos cognitivos associados ao quadro inicial da doença de Alzheimer	6
1.3 Sintomas psicológicos e comportamentais na doença de Alzheimer	8
1.4 Aspectos da funcionalidade associada ao quadro inicial da doença de Alzheimer	12
1.5 Qualidade de vida na doença de Alzheimer	14
1.6 Intervenções não-farmacológicas na doença de Alzheimer	17
1.7 Pesquisas nacionais e internacionais de reabilitação cognitiva em sujeitos com DA leve	18
1.8 O cuidador de sujeitos com doença de Alzheimer	27
2.0 JUSTIFICATIVA	33
3.0 OBJETIVOS	37
4.0 MATERIAIS E MÉTODOS	39
4.1 Desenho	41
4.2 Casuística	43
4.3 Amostragem	43
4.4 Instrumentos e procedimentos para avaliação dos pacientes e cuidadores	47
4.4.1 Triagem	47
4.4.2 Avaliações pré-intervenção, pós-intervenção e de seguimento	48
4.4.2.1 Avaliação psiquiátrica	48
4.4.2.2 Avaliação cognitiva, questionários e escalas	49
4.4.3 Reunião com os cuidadores dos pacientes com DA	54
4.5 Métodos de intervenção e controle	55
4.6. Técnicas de intervenções não-farmacológicas	56
4.6.1. Grupo reabilitação cognitiva	56
4.6.2 Grupo placebo	56

4.6.3 Grupo de apoio e orientação para cuidadores	57
4.7 Análise estatística dos dados	57
5.0 RESULTADOS.....	59
5.1 Dados referentes aos pacientes.....	61
5.1.1 Caracterização da amostra	61
5.1.2 Análise estatística entre os grupos em cada tempo (T1, T2 e T3)	63
5.1.2.1 Instrumentos de avaliação cognitiva, sintomas psicológicos e comportamentais na demência, funcionalidade e qualidade de vida na doença de Alzheimer	63
5.1.2.2 Dados qualitativos da funcionalidade	64
5.1.3 Comparação entre os tempos para cada grupo (GRC, GP e GC)	71
5.1.3.1 Dados cognitivos	71
5.1.3.2 Alterações comportamentais e sintomas de ansiedade e depressão.	75
5.1.3.3 Funcionalidade	76
5.1.3.4 Qualidade de vida	78
5.2 Dados referentes aos cuidadores.....	79
5.2.1 Caracterização da amostra	79
5.2.2 Comparação entre os grupos em cada tempo (T1, T2 e T3)	80
5.2.2.1 Sobrecarga emocional e física, sintomas de ansiedade e depressão	80
5.2.3 Comparação entre os tempos para cada grupo (GRC, GP e GC)	82
5.2.3.1 Sobrecarga emocional e física, sintomas de ansiedade e depressão	82
6.0 DISCUSSÃO	87
7.0 CONCLUSÃO	103
8.ANEXOS	107
9.0 REFERÊNCIAS.....	159

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVDs	Atividades básicas de vida diária
AIVDs	Atividades instrumentais de vida diária
AVDs	Atividades de vida diária
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ARS	<i>Anosognosia Rating Scale</i>
B-AVD	Escala Bayer - Atividades de vida diária
CAMCOG	Seção Cognitiva do CAMDEX
CAMDEX	<i>Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDR	<i>Clinical Dementia Rating Scale</i>
DA	<i>Doença de Alzheimer</i>
DP	Desvio padrão
DSM-IV e V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th e 5th edition, respectivamente</i>
GAS	<i>Goal Attainment Scaling</i>
GC	Grupo Controle
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i> – Escala de Depressão Geriátrica
GP	Grupo Placebo
GRC	Grupo de Reabilitação Cognitiva
HC FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HAM-A	Escala Hamilton de Ansiedade
IChE	Inibidor de colinesterase
IPq	Instituto de Psiquiatria
LIM	Laboratório de Investigação Médica
LTM	Lobo Temporal Medial
MADRS	Escala de Depressão de Montgomery e Asberg
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NINCDS ADRDA	<i>National Institute of Neurological Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association Criteria</i>
NPI	<i>Neuropsychiatric Inventory</i> – Inventário Neuropsiquiátrico
ProEx	Programa de Excelência Acadêmica
PROTER	Programa Terceira Idade
QMC22	Questionário de Mudanças Cognitivas com 22 questões
QdV-DA	Escala de Qualidade de Vida para Pacientes com DA e, seus respectivos, familiares.
QV	Qualidade de Vida
RC	Reabilitação Cognitiva
RM	Ressonância Magnética
RN	Reabilitação Neuropsicológica
SPCD	Sintomas Psicológicos e Comportamentais da Demência
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
T1	Avaliação inicial – pré- intervenção
T2	Avaliação realizada três meses após T1 – pós- intervenção
T3	Avaliação realizada seis meses após T1 – seguimento

TNC	Transtorno neurocognitivo
TR	Terapia de reminiscência
Zarit	<i>Zarit Caregiver Burden Interview</i> – Entrevista de sobrecarga para cuidadores ZARIT.

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Pesquisas nacionais e internacionais sobre RC em pacientes com a DA leve.....	25
Tabela 2. Resultado da seleção das três dificuldades funcionais selecionadas pelo consenso da díade em relação ao grupo de alocação do paciente: GRC n=8, GP n=8 e GC n=8.....	51
Tabela 3. Distribuição dos dados demográficos e clínico dos pacientes com doença de Alzheimer em relação ao grupo de alocação: GRC (Grupo Reabilitação Cognitiva), GP (Grupo Placebo) e GC (Grupo Controle).....	62
Tabela 4. Autoavaliação dos pacientes com DA sobre o grau de importância e de dificuldade para realizarem as tarefas funcionais abaixo, de acordo com os grupos GRC, GP e GC, no tempo T1.....	65
Tabela 5. Avaliação dos cuidadores sobre o grau de importância e de dificuldade dos pacientes com DA para realizarem as tarefas funcionais abaixo, de acordo com os grupos GRC, GP e GC, no tempo T1.....	66
Tabela 6. Avaliação da percepção dos pacientes com DA e dos seus cuidadores sobre o desempenho do paciente, nas metas abaixo, de acordo com os grupos GRC, GP e GC, no tempo T2.....	68
Tabela 7. Avaliação da percepção dos pacientes com DA e dos seus cuidadores sobre o desempenho dos pacientes, nas metas abaixo, de acordo com os grupos GRC, GP e GC, no tempo T3.....	69
Tabela 8. Distribuição dos dados demográficos e clínico dos cuidadores em relação ao grupo de alocação do sujeito com DA: GRC (Grupo Reabilitação Cognitiva), GP (Grupo Placebo) e GC (Grupo Controle).....	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Linha temporal das avaliações dos grupos experimental, placebo e controle.	41
Figura 2. Representação das etapas do estudo em fluxograma.	42
Figura 3. Representação da seleção de sujeitos com doença de Alzheimer leve em fluxograma.....	44
Figura 4. Esquema representativo da triagem psiquiátrica para a seleção dos pacientes com doença de Alzheimer leve.	46
Figura 5. Esquema representativo do recrutamento e randomização dos pacientes aprovados na triagem no período de Setembro de 2011 a Janeiro de 2014.	47
Figura 6. Boxplot da distribuição da idade de cada grupo: Grupo Reabilitação Cognitiva (n=6), Grupo Placebo (n=8) e Grupo Controle (n=7).....	63
Figura 7. Dados de evolução (média \pm DP) das variáveis cognitivas: Memória episódica verbal de evocação imediata e tardia, Aprendizagem verbal e Memória de reconhecimento dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3.....	72
Figura 8. Dados de evolução (média \pm DP) das variáveis cognitivas: Memória episódica visual de evocação imediata e tardia, Memória Operacional, Atenção e Praxia construtiva dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3.....	73
Figura 9. Dados de evolução (média \pm DP) das variáveis cognitivas de Função executiva e Linguagem dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3.....	74
Figura 10. Dados de evolução (média \pm DP) das variáveis comportamentais e de sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3.....	76
Figura 11. Dados de evolução (média \pm DP) da funcionalidade dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3.	77
Figura 12. Dados de evolução (média \pm DP) dos resultados da QV dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3.....	78
Figura 13. Análise (Média \pm DP) entre os grupos de cuidadores de pacientes com DA das variáveis de sobrecarga emocional e física, sintomas de ansiedade e depressão; comparação em cada tempo T1, T2 e T3.	82

Figura 14. Dados de evolução (Médias \pm DP) das variáveis de sobrecarga emocional e física, dos sintomas de ansiedade e depressão, dos cuidadores dos pacientes com DA, comparação entre os tempos T1; T2 e T3..... 84

Resumo

Paula EA. Reabilitação cognitiva em grupo com foco em metas funcionais para pacientes com doença de Alzheimer leve: um ensaio clínico controlado [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de verificar a eficácia da Reabilitação Cognitiva (RC) em grupo, com enfoque em metas funcionais, para indivíduos com Doença de Alzheimer leve (DA). A amostra foi constituída por 21 pacientes (com idade média de 75,2 anos) e seus respectivos cuidadores, que foram alocados aleatoriamente nos seguintes grupos: pacientes submetidos à Reabilitação Cognitiva (GRC; n=6), Grupo Placebo (GP; n=8) e Grupo Controle (GC; n=7). No GRC foram utilizadas técnicas de RC, com o objetivo de melhorar o desempenho dos pacientes em três metas funcionais, previamente selecionadas: “lembrar de dar recado”, “lembrar dos compromissos” e “praticar um *hobby*”. Os pacientes do GP assistiram a vídeos não relacionados com a intervenção e os do GC não participaram de nenhuma intervenção programada. Os grupos GRC e GP participaram de 24 sessões de 60 minutos, durante o período de três meses. Concomitantemente, ao atendimento dos pacientes, os cuidadores do GRC e GP receberam suporte terapêutico e psicoeducação. Os participantes foram avaliados quanto ao alcance das metas selecionadas, às habilidades cognitivas e aos sintomas neuropsiquiátricos em três momentos: T1 (pré-intervenção), T2 (pós-intervenção) e T3 (três meses após a intervenção). Com relação ao alcance das metas, os pacientes do GRC relataram melhora quanto à meta “praticar um hobby” em comparação com o GP ($p<0,05$) e o GC ($p<0,05$) no T2, mas a diferença não se manteve em T3. Os cuidadores do GRC, entretanto, relataram melhora no desempenho dos pacientes para “lembrar de dar recados”, comparados aos GP ($p<0,05$) e GC ($p<0,01$) e melhora para “lembrar compromissos”, em relação ao GC ($p<0,05$), em T2. No T3, os cuidadores do GRC observaram melhora somente na “prática de um *hobby*” com relação aos GP ($p<0,05$) e GC ($p<0,01$). Não foram encontrados efeitos importantes da RC sobre as habilidades cognitivas, mas foi observado que os pacientes dos grupos GRC e GP apresentaram redução dos sintomas ansiosos e depressivos ($p<0,05$) no T2. Porém no T3, os sintomas depressivos aumentaram para o GP ($p<0,05$). Os cuidadores apresentaram diminuição do sofrimento relacionado às alterações comportamentais dos pacientes entre os tempos T1 e T2 ($p<0,05$) e entre os tempos T1 e T3 ($p<0,05$). De forma geral, nossos resultados sugerem que a RC apresenta efeitos positivos na funcionalidade, redução dos sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes e diminuição do sofrimento dos cuidadores relacionado às alterações comportamentais dos pacientes, consistindo assim em uma ferramenta importante para o tratamento de sujeitos com DA leve.

Descritores: doença de Alzheimer leve; cuidadores; terapia cognitiva; cognição; manifestações neurocomportamentais; qualidade de vida.

Abstract

Paula EA. Cognitive rehabilitation in group with focus on functional goals for patients with mild Alzheimer's disease: a controlled clinical trial [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

The present study was conducted in order to verify the effectiveness of Cognitive Rehabilitation (RC), applied in group, with a focus on functional goals, for individuals with mild Alzheimer's disease (AD). The sample consisted of 21 patients (mean age 75.2 years) and their caregivers, who were randomly divided into the following groups: patients undergoing RC (GRC; n = 6), placebo group (GP, n = 8) and control group (CG, n = 7). In GRC, RC techniques were used in order to improve the performance of patients in three functional goals, previously selected: "remembering errands", "remembering appointments" and "practicing a hobby." Patients from GP watched videos unrelated to the intervention and patients from GC did not participate in any planned intervention. GRC and GP groups participated in 24 sessions of 60 minutes, during the period of three months. Concomitantly, caregivers from GRC and GP, participated in group sessions of therapeutic support and psychoeducation. Participants were evaluated on the achievement of the selected goals, cognitive skills and neuropsychiatric symptoms in three moments: T1 (pre-intervention), T2 (post-intervention) and T3 (three months after the intervention). Regarding goals' achievement, GRC patients reported improvement of the goal related to "practicing a hobby" when compared to the GP ($p < 0.05$) and CG ($p < 0.05$) in T2, but the difference was not maintained at T3. However, GRC caregivers reported improved performance for patients for "remembering errands", when compared to GP ($p < 0.05$) and GC ($p < 0.01$), and for "remembering appointments", in relation to CG ($p < 0.05$), in T2. In T3, GRC caregivers observed improvement only for "practicing a hobby", in relation to GP ($p < 0.05$) and GC ($p < 0.01$). There was no important effects of the intervention on cognitive skills, but it was observed that patients of GRC and GP showed reduced symptoms of anxiety and depression ($p = < 0.05$), in T2. However, depressive symptoms increased for GP ($p = < 0.05$), in T3. Caregivers showed decreased distress related to behavioral changes in patients between the times T1 and T2 ($p < 0.05$) and between T1 and T3 ($p < 0.05$). Overall, our results suggest that the RC had positive effects in functionality, reduced symptoms of anxiety and depression in patients and reduced caregiver's suffering associated to the behavioral changes of patients. Therefore, RC consists of an important tool for the treatment of subjects with mild Alzheimer's disease.

Descriptors: Alzheimer disease; caregivers; cognitive therapy; cognition; neurobehavioral manifestation; quality of life.

1.0 Introdução

1.0 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais da doença de Alzheimer

O progresso das ciências médicas e da tecnologia possibilitou o aumento da longevidade mundial e, conseqüentemente, de doenças ligadas à senilidade, dentre elas, destacam-se as demências, que representam um grave problema de saúde pública (Hoffmann et al., 2013).

A demência é uma síndrome que abrange uma gama de distúrbios comportamentais e psiquiátricos decorrente de fatores biológicos, que alteram o cérebro, causando vulnerabilidades para as relações do indivíduo com seu ambiente físico e social (Regier e Gitlin, 2016).

Dentre as demências, a doença de Alzheimer (DA), representa a patologia neurodegenerativa mais prevalente no mundo, acometendo de 50% a 80% dos pacientes diagnosticados com demência (Abbott, 2011; Hoffman et al., 2013). Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que a DA, juntamente com outras demências com perfis clínicos similares, acometem aproximadamente 35,6 milhões de pessoas no mundo (Abbott, 2011), com perspectiva alarmante de duplicação desses números na próxima geração (Banerjee, 2013).

No Brasil, a DA também é a demência mais frequente, corresponde a cerca de 60% dos casos de demência (Bottino et al., 2008), afeta aproximadamente 7,7 pessoas em 1000 indivíduos com mais de 65 anos e estima-se que a incidência pode duplicar a cada cinco anos (Nitrini et al., 2004). O número de pessoas acometidas pela demência varia de 5,1% a 17,5% como mostra uma recente revisão sistemática sobre a prevalência de demência entre a população brasileira, realizada por Boff et al (2015). A discrepância entre as taxas foi justificada por diferenças entre as populações estudadas (em relação à área e período de estudos), número da amostra e os métodos aplicados; sendo a maioria dos estudos avaliados da região Sudeste,

mostrando uma carência de pesquisas transversais nas outras regiões do Brasil.

A DA é categorizada como de início precoce ou tardio. A patologia de início precoce é mais rara e se manifesta em pessoas com menos de 65 anos de idade, sendo relatados alguns casos de pessoas com apenas 30 anos. A DA de início tardio, por outro lado, ocorre de forma esporádica, após 65 anos, e é responsável por mais de 95% dos casos (Jack, 2012).

As características clínicas diagnósticas da DA incluem início insidioso e progressão gradual dos sintomas cognitivos e comportamentais, sendo caracterizada pelo comprometimento de, pelo menos, dois domínios cognitivos, tais como memória, linguagem, função executiva e/ou praxia, relatados e documentados por testes cognitivos. Os comprometimentos representam um declínio significativo dos níveis prévios de funcionamento e desempenho, porém, com a preservação do nível de consciência. A apresentação característica da DA é a amnésica, porém existem apresentações não amnésicas incomuns, destacando-se as variantes visuoespaciais e afasias logopênicas (Frota et al., 2011; Huang e Mucke, 2012; American Psychiatry Association - APA, 2014).

Em relação aos critérios diagnósticos da doença, o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – DSM-5 (American Psychiatry Association - APA, 2014) preconiza que as condições anteriormente referidas como “demências, *delirium*, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos” passem a ser referidas como Transtornos Neurocognitivos (TNCs). Os TNCs podem ser classificados em função do grau de comprometimento das atividades de vida diária do indivíduo, como TNC leve ou TNC maior. Além disso, podem ser classificados em função de seus subtipos etiológicos, tais como doença de Alzheimer, demência frontotemporal e demência vascular. Apesar da sugestão de mudança da nomenclatura, o termo demência ainda se mantém em uso na literatura científica nacional e internacional e constitui o termo de escolha a ser utilizado no presente trabalho.

Os critérios clínicos possibilitam a realização do diagnóstico de DA em provável ou possível, sendo a última equivalente a um menor grau de certeza diagnóstica (American Psychiatry Association - APA, 2014). A DA

provável é diagnosticada quando os critérios diagnósticos clínicos para demência são preenchidos, além da presença das seguintes características: início insidioso; história clara e documentada de piora cognitiva com prejuízo em, pelo menos, dois domínios cognitivos e exame de neuroimagem para excluir outras possibilidades diagnósticas. Enquanto, o diagnóstico de DA possível é realizado quando o paciente preenche os critérios diagnósticos clínicos para DA, porém algum critério não é elucidado de forma clara, por exemplo: o padrão evolutivo é distinto daquele observado usualmente, ou tem evidências de outras etiologias além da DA, ou faltam detalhes da história sobre a instalação e evolução da doença (McKhann et al., 2011; American Psychiatry Association - APA, 2014). Apesar da confirmação do diagnóstico necessitar do exame histopatológico do tecido cerebral obtido por necrópsia, estudos com biomarcadores genéticos, de neuroimagem e de líquido têm contribuído para o diagnóstico precoce de DA.

A última formulação dos critérios diagnósticos do Grupo de Trabalho do National Institute on Aging (NIA) e Alzheimer's Association (AA) aponta duas notáveis diferenças em relação aos critérios diagnósticos anteriores: necessidade da presença de biomarcadores e a classificação da doença em três estágios diferentes: DA pré-clínica, comprometimento cognitivo leve devido à DA, e demência (McKhann et al., 2011).

O consenso do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia tem recomendado a utilização dos critérios propostos pelos NIA e AA para o diagnóstico de demência na DA com a inclusão do emprego de exame de imagem estrutural para excluir outras etiologias ou comorbidades (Frota et al., 2011). Assim, o diagnóstico da DA é baseado na história clínica do paciente com o auxílio dos métodos de neuroimagem. A imagem por ressonância magnética e a tomografia computadorizada, por sua vez, podem identificar causas não degenerativas e potencialmente tratáveis de demência, sendo uma ferramenta inestimável para o clínico no diagnóstico diferencial (Vitali et al., 2008; Caramelli et al., 2011; Amarnath et al., 2015).

1.2 Aspectos cognitivos associados ao quadro inicial da doença de Alzheimer

Em 1907, o neuropatologista alemão Alois Alzheimer relatou o primeiro caso de DA. A paciente tinha 51 anos e apresentava declínio de memória, acompanhado por vários déficits cognitivos, dentre eles agnosia, afasia, apraxia e distúrbios comportamentais (Ferrer, 2012; Bosboom e Almeida, 2014).

O envelhecimento cognitivo na senescência também envolve prejuízos nas capacidades cognitivas, tais como dificuldades de memória e de funções executivas, porém os prejuízos não são suficientes para comprometer a rotina do sujeito como ocorre nos quadros demenciais (Van der Linden, 1994; Perry e Hodges, 1999; Ferrer, 2012; Paula e Malloy-Diniz, 2013). Por esta razão, muitas alterações cognitivas podem ser consideradas como parte do processo normal do envelhecimento, de forma que os pacientes e familiares não as identificam como sintomas, contribuindo para um atraso no diagnóstico de até três anos (Dubois et al., 2014).

Assim, um prejuízo da memória episódica está presente tanto no quadro clínico da DA inicial como no envelhecimento normal, porém com diferenças importantes na gravidade. O déficit acentuado da memória episódica é a manifestação clínica mais evidente da DA (Ortiz e Bertolucci, 2005; De Lira et al., 2011) e está entre os primeiros sinais da doença (Hodges, 2000; Amarnath et al., 2015). As queixas mais comuns associadas a esses déficits são: perda de objetos, esquecimento de compromissos e de pagar contas. Estes incidentes podem ser justificados como fatos ocasionais, aparentemente inócuos, e tidos como resultado de distração. Entretanto, no processo demencial, o comprometimento da memória afeta os processos de aprendizado e evocação, de maneira que ocorra diminuição na aquisição de novas informações e piora progressiva, até que não haja mais nenhum aprendizado novo. Embora haja certa preservação da memória remota, em estágios iniciais, a perda da memória global é observada na evolução da DA (Forlenza, 2005).

Estudos correlacionam o prejuízo da memória episódica às alterações anatômicas e neurobiológicas decorrentes da neurodegeneração. O lobo temporal medial (LTM), incluindo o hipocampo, estruturas corticais e

subcorticais, desempenha uma função importante na organização, codificação e recuperação de informações que compõem a memória episódica (Forlenza, 2005; Amarnath et al., 2015). Dessa forma, a atrofia do LTM (Gómez-Isla et al., 1996; Jack et al., 1997) corresponde à ocorrência de prejuízo da memória episódica (Mosconi et al., 2008; Dickerson e Eichenbaum, 2010). Adicionalmente, observaram-se alterações neurobiológicas em estruturas do LTM desde o estágio inicial da DA, tais como, o metabolismo anormal da proteína precursora da amilóide e hiperfosforilação da proteína *tau* (Amarnath et al., 2015).

Outros prejuízos cognitivos também são observados na DA, como alterações de linguagem, agnosia, apraxia, orientação e funções executivas. Estudos sugerem que a dificuldade de linguagem é progressiva e afeta a compreensão e produção de discurso, a leitura e a escrita (Ortiz e Bertolucci, 2005; De Lira et al., 2011), podendo ocorrer, inclusive, em quadros iniciais da DA. Pacientes podem apresentar dificuldades em nomear objetos (Silagi et al., 2015) ou para escolher a palavra adequada para expressar uma ideia (Bayles e Tamoeda, 1983; Ferrer, 2012). A falha de reconhecimento da palavra correta seria causada pelo comprometimento da memória semântica (Hodges et al., 1992; Ferrer, 2012) e por prejuízos fonológicos das palavras (Moreaud et al., 2001; Faust et al., 2001; Silagi et al., 2015).

A agnosia também é um sintoma importante e frequente na fase inicial da DA (Reisberg et al., 1985; Leicht et al., 2009). A manifestação clínica se define como prejuízo no reconhecimento de objetos ou de símbolos usuais (Kotler-Cope e Camp, 1995; Avondino e Antoine, 2015) e a gravidade desse sintoma também parece estar relacionada com a progressão da DA (Berwig et al., 2009; Avondino e Antoine, 2015).

Outro prejuízo cognitivo comum nos sujeitos com DA é a apraxia, que consiste no comprometimento do lobo parietal dominante, gerando incapacidade de realizar atividades motoras voluntárias, aprendidas ao longo da vida (Tarawneh e Holtzman, 2012; Ward et al., 2015). Exemplos das dificuldades enfrentadas no caso da apraxia são: uso inadequado do vestuário ou talheres, dificuldades para contar moedas ou realizar atividades gráficas, incapacidade de reconhecer a função de um objeto, marcha prejudicada, entre

outras (Lima et al., 2012). O estudo de Ward et al. (2015) observou que o desempenho na avaliação da apraxia foi capaz de diferenciar significativamente idosos saudáveis de pacientes com comprometimento cognitivo leve e com DA.

Prejuízos das funções executivas acompanham o envelhecimento na senescência, porém na DA tornam-se mais expressivos. Os pacientes, mesmo na fase inicial da doença, apresentam dificuldades de planejamento, organização, julgamento, resolução de problemas e na execução de tarefas complexas, tais como a realização de transações financeiras. Além disso, pode ocorrer desorientação temporal e/ou espacial, com menor capacidade de estimar o tempo para determinadas atividades (Tarawneh e Holtzman, 2012; Ward et al., 2015).

Além dos aspectos cognitivos, o funcionamento do indivíduo depende de suas características comportamentais, uma vez que a integração de componentes cognitivos e comportamentais é importante para gerar recursos de atenção essenciais na execução das atividades instrumentais de vida diária (Lezak et al., 1995; Lorenz-Reuter, 2000; Stuss e Levine, 2002; Yogev-Seligmann et al., 2008).

1.3 Sintomas psicológicos e comportamentais na doença de Alzheimer

A DA é frequentemente acompanhada de alterações afetivas e comportamentais (Lawlor, 2002; Forlenza, 2005; Fernández et al, 2010; Arbus et al., 2011; Lyketsos et al., 2011; Xiao-Ling et al., 2014; Zahodne et al., 2015), as quais podem estar presentes desde a fase inicial e constituem característica fundamental do quadro, juntamente com as alterações cognitivas. Essas alterações neuropsiquiátricas também são denominadas de sintomas psicológicos e comportamentais da demência (SPCD) (Lawlor, 2002; Fernández et al., 2010; Arbus et al., 2011).

Fernández et al. (2010) relataram em um estudo transversal observacional em 115 centros da Espanha, com 1014 pacientes com DA, que a maioria dos pacientes (90%) possuía SPCD, dos quais 17% relataram surtos psicóticos. Os sintomas mais prevalentes foram: falta de concentração (56%),

tremores (56%), depressão (44%) e delírios (32%). A prevalência dos sintomas psicóticos (delírios, alucinações e *delirium*) foi mais frequente nos pacientes com maior pontuação no ADAS-não cognitivo. Nos pacientes com menor pontuação nesse teste, predominaram os sintomas emocionais (choro e apatia). Adicionalmente, a pontuação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e ADAS-não cognitivo foram associados negativamente, sugerindo uma correlação entre disfunção cognitiva e SPCD. Corrobora com esse achado, a recente revisão de Xiao-Ling et al. (2014) que mostrou que quanto maior a gravidade dos SPCD pior o prognóstico, levando a um declínio cognitivo mais rápido, perda da independência e sobrevida ainda mais curta (Zahodne et al., 2015).

Com o objetivo de entender melhor a interação dos SPCD com outros prejuízos na DA, Zahodne et al. (2015), por meio de um estudo observacional, verificaram as relações transversais e longitudinais independentes entre três SPCD (psicose, humor deprimido e agitação/agressividade) com cognição e dependência, em 517 pacientes com DA provável em estágio leve no início do estudo. Os principais achados foram que a psicose e o humor deprimido no início do estudo foram associados com pior declínio cognitivo ao longo do tempo. Independentemente do declínio cognitivo, os pacientes com sintomas psicóticos no início do estudo mostraram pior prejuízo funcional ao longo do tempo. Os resultados mostraram que a agitação/agressividade acompanhou o declínio na cognição e a independência, de forma independente, ao longo do tempo.

Um dos SPCD mais comuns é a depressão (Kwak et al., 2014), que isoladamente reduz de forma acentuada a cognição, a funcionalidade e a qualidade de vida (QV) em pacientes com DA (Xiao-Ling et al., 2014). As estimativas de prevalência desse sintoma variam de 25% a 74,9%. Estudos recentes justificam essa variabilidade pela dificuldade de comparar os resultados de vários estudos, que possuem diferentes definições clínicas de depressão, utilizaram distintas populações e adotaram instrumentos heterogêneos (Arbus et al., 2011; Xiao-Ling et al., 2014).

No estudo de Arbus et al. (2011), investigou-se a incidência e os fatores de risco para o desenvolvimento dos primeiros sintomas depressivos

em DA. Por meio de um estudo multicêntrico, foram acompanhados 312 pacientes com DA leve a moderada (resultado do MEEM entre 10 e 26), sem depressão e sem tratamento antidepressivo, por quatro anos, sendo avaliados a cada seis meses pelo Inventário Neuropsiquiátrico (NPI). A incidência de sintomas depressivos foi de 17,45% pessoas/ ano, sendo que em mais da metade dos casos (62%) os sintomas se desenvolveram durante o primeiro ano de acompanhamento e eram clinicamente significativos ($NPI \geq 4$). A ausência de depressão no passado seria um bom preditor de ausência de depressão no futuro. Agitação/ agressividade e alterações do sono, no entanto, foram preditivas do aparecimento de sintomas depressivos no seguimento.

Apesar dos sintomas depressivos serem frequentes em pacientes com DA, o diagnóstico de depressão em DA na prática clínica é um desafio. A depressão na DA, portanto, é significativamente diferente da depressão em pacientes sem demência, no que diz respeito à epidemiologia, manifestações clínicas e respostas terapêuticas. Outro fator limitante para fazer o diagnóstico e mensurar a gravidade da depressão é a resposta do paciente com DA que, frequentemente, nega sintomas depressivos devido aos prejuízos atencionais, de abstração e linguagem, que afeta a precisão em detectá-los. Devido a esses problemas, detectar e medir depressão em pacientes com DA exige uma percepção acurada tanto do paciente como do cuidador (Kwark et al., 2014).

Diante disso, Kwak et al. (2014) buscaram determinar, entre outros aspectos, a taxa de prevalência de sintomas depressivos em 257 pacientes com DA provável, sem uso do inibidor da colinesterase, por meio da escala de rastreamento de depressão geriátrica (GDS) e de depressão subjetiva (subescala de depressão do NPI - SD). Os pacientes foram classificados em três subgrupos: sem depressão, depressão segundo a GDS, e depressão segundo a NPI-SD. A prevalência de depressão variou conforme o instrumento de rastreio utilizado para avaliação, na NPI-SD (significativo, resultado >3 pontos) foi de 10,5%, e utilizando a GDS foi de 30%, portanto, com uma taxa de concordância entre os instrumentos, aferida pelo Kappa, de baixa a moderada.

Existe a necessidade de mais estudos longitudinais para melhorar o conhecimento sobre o padrão, curso da depressão e sintomas depressivos na

DA, para o correto planejamento terapêutico. Adicionalmente, os sintomas depressivos podem estar relacionados a outros sintomas comportamentais. O comportamento de agitação/ agressividade, por exemplo, poderia refletir uma descompensação do humor, com impacto nas decisões terapêuticas. A tendência atual prevê a utilização de antipsicóticos para o tratamento de agitação/agressividade. No entanto, se o transtorno comportamental for entendido como possível preditor de depressão, um tratamento antidepressivo poderia ser escolhido e o antipsicótico evitado (Arbus et al., 2011).

Em relação aos fatores etiológicos dos SPCD, pode-se considerar aspectos reacionais do paciente (Sanchez e Gräff, 2015) e neurobiológicos (Arbus et al., 2011; Xiao-Ling et al. 2014). Entre os fatores reacionais, considera-se que os SPCD poderiam ser suscitados pela consciência do paciente com prejuízo cognitivo e, secundariamente, por sua frustração e, às vezes, também por uma restrição excessiva de atividades ou estímulos na sua rotina (Sanchez e Gräff, 2015). Em relação aos fatores neurobiológicos, características estruturais e metabólicas do cérebro na DA poderiam estar associadas com um único sintoma ou grupos de SPCD. No entanto, não está claro se esses sintomas seriam decorrentes do mesmo processo patológico responsável pelo declínio cognitivo ou se teriam uma etiologia independente da neurodegeneração associada à DA (Arbus et al. 2011; Xiao-Ling et al. 2014).

Além dos fatores etiológicos, o impacto dos SPCD na vida dos pacientes e familiares deve ser considerado na DA. São inegáveis os efeitos deletérios dos SPCD na QV do paciente e do cuidador e na funcionalidade do paciente. Fatores esses que podem contribuir para a antecipação da institucionalização, justificando, por conseguinte, a demanda de novos estudos sobre tratamentos mais eficazes (Lawlor, 2002; Forlenza, 2005; Xiao-Ling et al., 2014; Sánchez et al., 2015; Zahodne et al., 2015).

Até o momento, alternativas medicamentosas apresentam resultado limitado no tratamento de SPCD. Os antipsicóticos, que são frequentemente prescritos, além de apresentarem benefícios modestos, têm efeitos adversos graves, como aumento do risco de eventos cardiovasculares e mortalidade (Lyketsos et al., 2011).

Por outro lado, os tratamentos não-farmacológicos dos SPCD podem apresentar benefícios potenciais. Estudos com musicoterapia mostraram redução da agitação durante o sono (Lyketsos et al., 2011) e redução do comportamento de resistência quando uma atividade está sendo realizada com o paciente. Algumas vezes, os SPCD podem ser suscitados como uma resposta à angústia do cuidador. Assim, intervenções como a psicoeducação dos membros da família constituiria uma medida que deveria anteceder o tratamento medicamentoso (Lawlor, 2002). Psicoeducação pode auxiliar no manejo de depressão e ansiedade (Bosboom e Almeida, 2014), contribuir para o bem-estar do paciente, reduzir custos dos cuidados e a sobrecarga de familiares (Zahodne et al., 2015). As estratégias de manejo farmacológico e não farmacológico, incluindo o treinamento focado no cuidador e abordagens psicoeducacionais, podem ser eficazes na redução dos SPCD (Lawlor, 2002; Zahodne et al., 2015), melhorando a funcionalidade do paciente (Zahodne et al., 2015).

1.4 Aspectos da funcionalidade associada ao quadro inicial da doença de Alzheimer

A DA está relacionada à perda cognitiva progressiva, que leva ao declínio funcional e perda gradual de autonomia, que, em consequência, ocasionam a dependência dos pacientes (Santos e Borges, 2015).

A avaliação funcional do indivíduo é compreendida como a capacidade do mesmo em realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária. As atividades básicas da vida diária (ABVDs) referem-se ao autocuidado, como a capacidade de tomar banho e se alimentar. As atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) se originam a partir da relação do indivíduo com o meio ambiente, como lembrar-se de dar um recado ou dos compromissos (Zidan et al., 2012; Santos e Borges, 2015).

As AIVDs são mais complexas em relação às ABVDs, por isso são mais vulneráveis aos efeitos iniciais da deterioração cognitiva (Nygard, 1998 e 2003; Caltagirone et al., 2001). Por isso, nos processos demenciais, as primeiras atividades prejudicadas são as instrumentais, evoluindo mais tarde para o comprometimento das atividades básicas do dia a dia (Marra et al.,

2007). Estudos mostram que os prejuízos nas AIVDs podem ser detectados antes do diagnóstico de demência (Tuokko et al., 2005; Jefferson et al., 2008; Sacco et al., 2012) e que a disfunção executiva, refletindo prejuízos nas AIVDs, pode ser preditora da conversão do comprometimento cognitivo leve para a DA (Tabert et al., 2002; Boyle et al., 2003; Marshall et al., 2011).

A funcionalidade pode estar relacionada a comprometimentos cognitivos específicos, como memória, orientação, função executiva e agnosia. Oliveira et al. (2005) mostraram que os idosos na fase leve da DA podem esquecer alguns fatos recentemente vivenciados, ter dificuldade para se orientar no tempo e espaço e, conseqüentemente, apresentar perda de interesse por *hobbies* e outras atividades. O bom desempenho nas atividades diárias envolve também a integridade física do indivíduo.

Outro aspecto relacionado à funcionalidade diz respeito às alterações de comportamento. A maior dificuldade relacionada à funcionalidade seria a resistência dos pacientes com DA em relação ao cuidado, com manifestações de xingamentos e inquietações, comportamentos que podem estar relacionados a algum grau de anosognosia (Mansfield, 2008).

O termo anosognosia foi proposto por Babinski, em 1914, para se referir à incapacidade do indivíduo de perceber conscientemente as próprias dificuldades devido à lesão neurológica. A falta de consciência das próprias dificuldades associada ao comprometimento de funcionalidade pode ocasionar perda da autonomia e, conseqüentemente, da independência, da capacidade produtiva e a exclusão social do paciente, além dos impactos relacionados à sobrecarga familiar (Chen et al., 1998; Marshall et al., 2006; 2008). Além disso, a anosognosia pode prejudicar a adesão ao tratamento e a execução de tarefas essenciais como dirigir, controlar finanças ou elaborar um testamento (Conde-Sala et al., 2013; Turro-Garriga et al., 2013; Castrillo Sanz et al., 2016).

A presença da anosognosia na DA varia de 20% a 81% (Reed et al., 1993; Migliorelli et al., 1995) e muitos estudos têm destacado a correlação com a gravidade da demência (Vasterling et al., 1995; Berwig et al., 2009; Avondino e Antoine, 2015).

Diante disso, a avaliação da anosognosia tem instigado pesquisas em pacientes com comprometimento cognitivo leve e sua possível, conversão

para a DA (Salmon e Bondi, 2009; Leblond et al., 2015), pois é sabido que a percepção, bem como o reconhecimento de uma informação do ambiente, é uma das bases da cognição (Marshall et al., 2006; Starkstein et al., 2006). Adicionalmente, quando preservada, a autopercepção permite que o paciente compense as dificuldades de memória episódica a partir de estratégias na codificação das informações (Dulas et al., 2011; Hamami et al., 2011).

Estudos relatam uma correlação negativa entre anosognosia e função cognitiva global (Lamar et al., 2002; Kashiwae et al., 2005), mas alguns autores não observaram esta ligação (Seltzer et al., 1995; Leblond et al., 2015). Apesar das divergências de achados, a anosognosia está associada a comportamentos de risco do sujeito com DA para consigo e com os outros (Zidan et al., 2012).

1.5 Qualidade de vida na doença de Alzheimer

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV consiste na percepção do indivíduo a respeito de sua vida, objetivos, expectativas e preocupações. A percepção da QV, portanto, é subjetiva, dinâmica e multidimensional e varia de indivíduo para indivíduo (Inoye et al., 2010; Tractenberg et al., 2013).

Estudos apontam para uma associação entre QV e comprometimento cognitivo, sintomas comportamentais e funcionalidade. Fonseca et al. (2015) observaram uma associação negativa da QV de pacientes idosos com o aumento do comprometimento da cognição e depressão. Inclusive, muitos estudos têm mostrado que os sintomas depressivos estão associados à redução da QV em pacientes com a DA (Logsdon et al., 1999; Shin et al., 2005; Snow et al., 2005; Karlawish et al., 2008). Já Karttunen et al. (2011) analisaram a prevalência dos sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com DA em diferentes fases da doença e sua influência no bem-estar dos mesmos e de seus cuidadores. Os sintomas neuropsiquiátricos foram observados em 76,5% dos pacientes com DA leve e em 84,9% dos pacientes com DA moderada. As manifestações clínicas mais frequentes foram apatia, depressão, irritabilidade e agitação. Para os

pacientes, o preditor mais importante para prejuízos na QV foi os sintomas depressivos, enquanto que declínio funcional e presença de sintomas neuropsiquiátricos foram preditores de baixa QV do cuidador.

O prejuízo nas atividades de vida diária (AVDs) reflete no nível de assistência requerida e na dependência do paciente com DA (Scherer et al., 2008; Zhu et al., 2008; Trigg et al., 2015). Estudos indicam que a QV está mais prejudicada em pacientes com DA com maiores níveis de dependência (McLaughlin et al., 2010; Trigg et al., 2012), e quadros mais graves (Missotten et al., 2008; Bosboom e Almeida, 2014).

Na tentativa de entender como os sintomas da DA afetam a QV de pacientes e cuidadores, alguns estudos observaram as mudanças dos hábitos de vida e das relações afetivas do paciente. Verificou-se que a rotina de cuidado pode transformar o relacionamento conjugal em um relacionamento parental (Nogueira et al., 2013; 2014). Assim, a qualidade da intimidade em casais com DA poderia diminuir com a dificuldade da comunicação (Vugt et al., 2003). Declínios na intimidade e no estado emocional refletem em uma percepção negativa da QV (Svetlik et al., 2005). Nogueira et al. (2014) avaliou a relação da QV entre a satisfação sexual do paciente com o cônjuge-cuidador, por meio do relato dos sujeitos com DA. Os resultados mostraram que 13% dos homens e 48,1% das mulheres informaram moderada a grave insatisfação sexual implicando redução da QV.

Apesar do impacto na QV pelos quadros demenciais, a avaliação desta muitas vezes impõe dificuldades pela inconsistência de seus resultados (Tractenberg et al., 2013). Muitas metodologias têm sido propostas para avaliar o bem-estar de pacientes e seus cuidadores. Inouye et al. (2010) investigou os métodos utilizados para avaliar a QV na DA, a partir dos dados da literatura. Instrumentos que continham o relato do paciente e de seu cuidador, tais como, a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA) (Novelli, 2003); o *Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia* (CBS) (Ready et al., 2002); o *Quality of Life Assessment Schedule in Dementia* (QOLAS) (Selai et al., 2001) e o *Dementia Quality of Life Instrument* (DQoL) (Brod et al., 1999) apresentaram confiabilidade e validade adequadas se realizados em pacientes nos estágios iniciais de demência (Brod et al., 1999;

Logsdon et al., 1999; Selai et al., 2001; Ready et al., 2002; Novelli, 2006; Inouye et al., 2010). Apesar do prejuízo de discernimento e consciência estar presente na demência, dados sugerem que esse dano possa ser independente da percepção de bem-estar e do próprio estado emocional (Brod et al., 1999; Inouye et al., 2010). Outros autores, por outro lado, acreditam que as dificuldades cognitivas da DA e o próprio tratamento farmacológico não somente podem alterar a percepção em pacientes com DA, mas também dificultar a avaliação da QV (Sakakibara, 2015).

Em relação à percepção da QV pelo paciente e por seu cuidador, há dados divergentes. A Pesquisa de Inouye et al. (2010), que utilizou a QdV-DA com objetivo de comparar o relato do paciente e do respectivo cuidador familiar sobre a percepção geral da QV do idoso com DA, mostraram que embora os relatos do familiar e do paciente não tenham sido idênticos, houve elevada consistência entre as informações. Contrariamente, o estudo de Conde-Sala et al. (2013), que utilizou o mesmo instrumento para avaliar a QV, observou que a percepção dos pacientes foi mais favorável que a dos cuidadores.

De toda forma, parece que a inclusão da família no tratamento das demências é fundamental, uma vez que quando as famílias são afetadas por uma doença, a doença em si torna-se parte do sistema familiar (Rolland, 1994; McGovern, 2015). Além disso, a situação torna-se preocupante, pois de acordo com a Associação Americana de Alzheimer (2014), cerca de 70% das pessoas afetadas pela demência são cuidadas por familiares. Conseqüentemente, os custos gerados pelo avanço da DA refletem não somente nos cuidados com os pacientes, mas também no aumento dos quadros de depressão, de doenças, de lesões e de dificuldades financeiras dos cuidadores (Robinson et al, 2009).

Nessa perspectiva, devido ao intenso sofrimento provocado pela DA e ao contexto etiopatológico complexo, envolvendo aspectos físicos e sociais, os esforços de manejo devem contemplar a tentativa de retardar o curso da demência e a melhora da QV (Sanchez-Mut e Gräff, 2015) nesta doença.

Neste cenário, a RC para pacientes com DA concomitantemente a uma intervenção para seus cuidadores emergem como uma possibilidade efetiva de tratamento, uma vez que podem contribuir para a melhora da QV (Bottino et al. 2002; Viola et al., 2011, Kurz et al., 2012; Clare et al., 2013).

1.6 Intervenções não-farmacológicas na doença de Alzheimer

Apesar dos avanços, no diagnóstico precoce da DA, esta constitui uma das doenças mais temidas no envelhecimento (Jack, 2012), pois o aumento da expectativa de vida em conjunto com a ausência de terapias modificadoras da doença, torna essencial a investigação de intervenções que possibilitem o indivíduo com DA e sua família se adaptarem a essa nova condição.

O tratamento de pacientes com o diagnóstico de DA inclui intervenções farmacológicas e não farmacológicas. No tratamento farmacológico, inúmeras substâncias psicoativas têm sido propostas para preservar ou reestabelecer a cognição, o comportamento e as habilidades funcionais do paciente com demência. Os inibidores da colinesterase são as principais drogas licenciadas para o tratamento da DA na fase inicial, porém estudos apontam as limitações do efeito destes fármacos, como a melhora temporária do estado funcional do paciente (Forlenza, 2005; Buschert et al., 2010; Salomone et al., 2012; Sánchez et al., 2015), e a resposta heterogênea à medicação, onde alguns pacientes beneficiam-se significativamente, enquanto outros, não (Farlow et al., 2011). No entanto, evidências sugerem que os fármacos utilizados são seguros e bem tolerados na maioria dos sujeitos com DA, apesar de serem relatados alguns efeitos adversos, principalmente os gastrintestinais (Forlenza, 2005; Gill et al., 2009). Além disso, o tratamento farmacológico pode melhorar os sintomas psicológicos e comportamentais, tais como apatia, agressividade e estados psicóticos, justificando seu uso em pacientes com boa tolerabilidade (Sanchez e Gräff, 2015).

Adicionalmente, intervenções não-farmacológicas têm sido estudadas. A combinação do tratamento farmacológico com intervenções não farmacológicas, em indivíduos com DA em estágio leve a moderado, tem mostrado resultados positivos no desempenho do paciente e diminuição da velocidade do declínio cognitivo e funcional, podendo proporcionar uma melhor QV (Ávila et al., 2004; Brodaty et al., 2003; Abrisqueta-Gomez et al., 2004; Chapman et al., 2004; Bottino et al., 2005; Farina et al., 2006a, 2006b; Requena et al., 2006; Buschert et al., 2010; Clare et al., 2010; Förster et al.,

2011; van Paasschen et al., 2013; Fernández-Calvo et al., 2015). No entanto, ainda faltam evidências adicionais consistentes e precisas sobre o efeito terapêutico dessa associação, o que contribuiria para a maioria dos sujeitos com DA realizar somente o tratamento farmacológico (Buschert et al, 2010). Dessa maneira, a busca de métodos de avaliação da eficácia das estratégias de tratamento não farmacológico, combinada ao tratamento farmacológico padronizado, é fundamental para o adequado planejamento terapêutico dos indivíduos com DA.

1.7 Pesquisas nacionais e internacionais de reabilitação cognitiva em sujeitos com DA leve

Entender os efeitos positivos da Reabilitação Cognitiva (RC) em DA é muitas vezes desafiador, pois nos deparamos com uma nomenclatura heterogênea na literatura em que os termos Reabilitação Neuropsicológica (RN) e RC se confundem, pela falta de consenso nos estudos e pela utilização de diferentes descritores (Gindri et al., 2012).

Podemos começar pelo termo 'reabilitação', que também tem sido bastante questionado. Alguns autores afirmam ser esse termo inapropriado quando utilizado no tratamento de pessoas com doenças progressivas ou degenerativas. Por tal motivo, às vezes, é mencionado como abordagem ou tratamento "não farmacológico" (Abrisqueta-Gomez, 2004). Porém, o objetivo da reabilitação ao indivíduo com um processo degenerativo é a adaptação do paciente às novas limitações e não o retorno a um nível prévio de funcionamento (Nomura et al. 2000; Wilson, 2009).

Retomando os conceitos sobre RN e RC, a RN possuiria o objetivo de promover melhora significativa na QV por meio da capacitação de pacientes e familiares, ajudando-os a conviver, lidar, aperfeiçoar, minimizar e superar as dificuldades cognitivas, emocionais e sociais existentes (Nomura et al., 2000). Além da melhora da QV, a RN poderia atuar no manejo dos aspectos comportamentais e físicos ocasionados após uma lesão cerebral (Wilson, 2008; Corrêa, 2009). A RN, portanto, priorizaria o indivíduo como um todo, de modo

que proporcionaria a este inclusão no ambiente social e melhora na sua QV (Wilson, 1997; Gil, 2005).

Atualmente, a RN, diferente do conceito existente nos anos de 1970 e 80, é um trabalho que envolve uma equipe de saúde interdisciplinar (médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos), a família e o paciente decidem o que o paciente deve e pode alcançar por meio dos programas de reabilitação (Wilson, 2009).

Para Prigatano (1997), a RN pode ser dividida em cinco componentes: a RC (que compreende o treino cognitivo), a psicoterapia, o estabelecimento de um meio terapêutico, a educação, e o trabalho com os pacientes e seus familiares. Dessa maneira, neste estudo, os autores trataram a RC como parte da RN.

Contrariando a visão de Prigatano, que considera a RC o mesmo que treino cognitivo, Clare e Woods (2003) diferenciam essas duas abordagens. Para estes autores, o objetivo da RC seria promover uma melhora funcional na vida diária, enquanto que o treino cognitivo buscaria desenvolver o desempenho de uma função cognitiva específica. Assim, a RC seria compreendida como uma intervenção que também faz parte de um processo interativo (Wilson, 2008, 2009; Santos Neto et al., 2014), que visa o bem-estar do paciente e de seus familiares (Santos Neto et al., 2014). Outros autores também corroboram a percepção de um processo interativo para a RC e sugerem, preferencialmente, o formato de tratamento individualizado para identificar e trabalhar os objetivos relevantes para a vida de cada sujeito (Buschert et al, 2010; Clare et al., 2010). Adicionalmente, a RC também seria um processo desenvolvido por uma equipe multiprofissional com o objetivo de amenizar ou remediar os insultos cognitivos causados por um dano neurológico (McLellan, 1991).

Uma das possíveis hipóteses para o não consenso da nomenclatura existente pode ser entendida devido à forma de trabalho com a reabilitação ter mudado ao longo dos anos. Um maior interesse, por parte de pesquisadores, sobre o tema acompanha a evolução do trabalho com a reabilitação, porém essa área do conhecimento ainda apresenta muitas lacunas a serem

preenchidas, tais como, a não uniformidade da metodologia e a adaptação dos procedimentos de avaliação para a realidade brasileira (Hamdan et al., 2011).

As pesquisas de RC, em sujeitos com DA leve, nas últimas décadas descreveram seus efeitos tanto na melhora cognitiva, quanto na QV de pessoas com DA e seus cuidadores. Porém, não há um aumento exponencial, na literatura, de pesquisas nessa área, provavelmente devido à falta de financiamento (Olazarán et al., 2010). Uma busca pelos termos “*cognitive rehabilitation in subjects with mild Alzheimers’s disease*” na base de dados da Medline (Pubmed), no período de 2010 a 2015, indicou a presença de nove estudos na área (após a exclusão daqueles que não apresentavam resultados quanto à eficácia da intervenção). Os trabalhos encontrados foram desenvolvidos em diversos países: Itália (Giodarno et al. 2010; Mapelli et al. 2013), Alemanha (Buschert et al., 2011; Kurz et al. 2012), Reino Unido (Clare et al. 2013), Canadá (Brunelle-Hamann et al. 2015), Inglaterra (Fernández-Calvo et al., 2015), Coreia (Kim, 2015) e Brasil (Viola et al. 2011) e estão sumarizados na Tabela 1.

Os artigos encontrados apresentaram uma heterogeneidade amostral, por incluírem pacientes com distintas fases da DA, diferentes tipos de demências, por considerarem ou não a presença de cuidadores, e por apresentarem amostras de pacientes com tamanhos diferentes.

Os trabalhos de Fernández-Calvo et al. (2015) e Kim (2015) incluíram somente pacientes com DA leve em seus estudos, enquanto Giodarno et al. (2010), Mapelli et al. (2013) e Brunelle-Hamann et al. (2015) incluíram também pacientes com DA moderada. Buschert et al. (2011), por sua vez, incluíram tanto pacientes com DA leve como pacientes com comprometimento cognitivo leve. Clare et al. (2013) e Mapelli et al. (2013) abarcaram em suas análises pacientes com demência vascular ou demência mista, além dos indivíduos com DA. Com relação à presença ou não de cuidadores, a maioria dos estudos não incluiu os cuidadores, com exceção dos estudos de Viola et al. (2011), Kurz et al. (2012) e Clare et al. (2013).

O número amostral diferiu drasticamente entre os estudos analisados, sendo o número amostral mínimo de 20 (Brunelle-Hamann et al. 2014) e máximo de 480 (Clare et al., 2013) indivíduos. A idade média dos

pacientes avaliados variou entre 72,4 (Kurz et al., 2012) e 82,2 anos (Mapelli et al., 2013).

Em relação ao modo de aplicação da intervenção, os estudos destacaram a possibilidade de intervenções em grupo para indivíduos com demência, com duração variada das intervenções. A RC é uma abordagem preferencialmente individualizada para as pessoas com demência, mas Giodarno et al. (2010), Buschert et al. (2011), Viola et al. (2011) e Mapelli et al. (2013) aplicaram esta intervenção em grupo, enquanto Kim (2015) utilizou formato misto, metade das sessões em grupo e metade individual. O número de sessões e a duração da RC é um fator questionável para a eficácia dessa intervenção. Nos trabalhos obtidos foi observada uma variação na duração das intervenções, de três (Giodarno et al., 2010) a 24 semanas (Buschert et al., 2011), com sessões de 45 (Giodarno et al., 2010) a 300 minutos (Viola et al., 2011).

Diversas técnicas de RC foram aplicadas nos estudos abordados, dentre elas temos: a terapia de orientação da realidade (Giodarno et al. 2010; Mapelli et al., 2013); a terapia de reminiscência (Kurz et al., 2012); uma abordagem de restauração, com estratégias mnemônicas, associação semântica e recuperação espaçada (Clare et al., 2013; Fernández-Calvo et al., 2015), aprendizagem sem erros (Buschert et al. 2011; Fernández-Calvo et al., 2015), ou ainda o treino da atenção sustentada (por exemplo, escrevendo números combinados a uma figura) com o uso de papel e lápis (Kim, 2015); o treino de reconhecimento de objetos usados com frequência (exemplo relógio e caneta) (Giodarno et al. 2010) ou de associação nome/face (Buschert et al. 2011; Kim, 2015); o uso técnicas utilizando auxílio externo de memória (Kurz et al., 2012); trabalhos com enfoque em metas (Buschert et al. 2011; Clare et al., 2013; Fernández-Calvo et al., 2015), por exemplo, no aprendizado de uma AIVD escolhida pelos pacientes e seus cuidadores (Brunelle-Hamann et al. 2015); além do enfoque na psicoeducação aos cuidadores (Viola et al., 2011; Clare et al., 2013).

Os sintomas não-cognitivos, tais como humor e QV, são consideradas cruciais para o desempenho cognitivo. A maioria dos trabalhos encontrados avaliaram a QV após a RC (Buschert et al. 2011; Viola et al. 2011,

Kurz et al., 2012, Clare et al., 2013; Kim, 2015) e praticamente todos os estudos avaliaram os sintomas neuropsiquiátricos (SNP), exceto a pesquisa de Kim (2015).

Os estudos sobre RC, em pacientes com DA leve, apresentaram diversas vantagens, sendo relatados benefícios na orientação temporal e espacial (Giodarno et al. 2010), na atenção (Giodarno et al. 2010; Buschert et al. 2011; Viola et al., 2011), na estabilidade na função cognitiva global (Viola et al. 2011), no melhor desempenho nos testes cognitivos (Buschert et al. 2011; Mapelli et al., 2013; Clare et al., 2013; Fernández-Calvo et al. 2015; Kim, 2015), na redução dos sintomas depressivos (Buschert et al. 2011; Viola et al., 2011; Kurz et al., 2012; Clare et al., 2013; Fernández-Calvo et al., 2015; Kim, 2015), na melhora da QV (Buschert et al., 2011; Viola et al., 2011; Kurz et al., 2012; Clare et al., 2013; Fernández-Calvo et al. 2015; Kim, 2015), além da satisfação do paciente para cada meta-alvo alcançada (Clare et al., 2013; Kim, 2015), e nos ganhos de custo-efetividade desta intervenção (Clare et al., 2013).

Para os cuidadores, a RC promoveu uma diminuição dos quadros de estresse, melhora no bem-estar psicológico e da QV (Viola et al., 2011; Clare et al., 2013). Porém, Kurz et al. (2012) relataram o aumento da sobrecarga de cuidadores depois da RC.

Apesar dos benefícios apresentados, o estudo de Brunelle-Hamann et al. (2015) mostrou que a RC estava associada com o aumento dos SNP na metade dos pacientes analisados e com o aumento significativo de alterações do comportamento motor. Além disso, Kurz et al. (2012) relataram uma redução na capacidade de executar as AVDs. Entretanto, o trabalho de Brunelle-Hamann et al. (2014) possuiu a limitação do número amostral e a evolução da DA poderia refletir na redução das AVD (Kurz et al., 2012), dessa forma, tais motivos podem ter subestimado a eficácia da RC.

Diante disso, tem sido argumentado que, para promover a eficácia da RC, é necessária a utilização flexível de diferentes estratégias. De acordo com esta hipótese, a aplicação de várias abordagens cognitivas proporcionaria benefícios no funcionamento global do indivíduo (Clare et al., 2010; Fernández-Calvo et al., 2015). Adicionalmente, a RC mostrou benefícios quando aplicada em associação com a intervenção farmacológica (Giodarno et al., 2010; Clare

et al., 2013), e com o tratamento com exercícios físicos, que incluiria atividades de equilíbrio, passeios em grupo e sessões de alongamento (Viola et al., 2011).

Em relação às limitações dos estudos, as perdas ocorridas ao longo dos estudos parecem impactar de forma importante a realização destes. A desistência de indivíduos, em pesquisas envolvendo demências, é um evento comum, e os estudos selecionados relacionaram este fato a diversos fatores, tais como, a presença de doença intercorrente, abandono, não preenchimento dos critérios de seleção e óbito (Giodarno et al. 2010; Mapelli et al., 2013; Clare et al. 2013; Fernández-Calvo et al. 2015; Kim, 2015). Em casos que o projeto requer a presença do cuidador, este também é um fator limitante para o aumento da amostra (Buschert et al. 2011; Viola et al., 2011; Clare et al., 2013). Entretanto, o estudo de Kurz et al. 2012 relatou uma boa adesão dos pacientes e seus cuidadores no desenvolvimento da pesquisa.

Em resumo, intervenções cognitivas podem melhorar o perfil cognitivo global, as habilidades para executar as AVDs e a QV, com a redução dos distúrbios comportamentais, em pacientes com DA leve (Buschert et al., 2010). Além disso, estudos têm fornecido evidências que a associação de diferentes técnicas de RC e medicamentos inibidores de colinesterase podem ser um tratamento eficaz para sujeitos com DA (Bottino et al., 2002; Giodarno et al., 2010; Clare et al., 2013).

Outro ponto essencial para averiguar a eficácia da RC é a elaboração de ensaios clínicos randomizados, controlados com placebo. Na literatura, observamos que a maioria dos estudos com RC utilizou grupo controle em seu desenho (Giordano et al., 2010; Buschert et al, 2011; Viola et al., 2011; Kurz et al., 2012; Mapelli et al., 2013; Clare et al., 2013; Fernández-Calvo et al., 2015; Kim, 2015), porém somente um estudo, dos selecionados, utilizou um grupo controle que contemplava atividades de interação social (Mapelli et al., 2013). Assim, questiona-se se as técnicas aplicadas na RC seriam superiores a essas intervenções que favorecem a interação social, tais como, interagir com outros pacientes, e participar de um grupo terapêutico.

No que se refere à metodologia da intervenção, os estudos apresentados reforçam a dificuldade de consenso sobre o conceito de RC. Dessa forma, os estudos devem tentar minimizar variáveis presentes nas

pesquisas, para avaliar com maior precisão os efeitos da RC, buscando o entendimento mais detalhado dos efeitos isolados e combinados do processo de reabilitação (Gindri et al., 2012). Dentre as variáveis dos estudos, as diferenças interculturais têm sido discutidas como importantes no processo de reabilitação (Arango-Lasprilla et al., 2007).

No Brasil, apesar da estimativa de aumento do número de sujeitos com DA nos próximos anos, temos um número pequeno de pesquisas com intervenções cognitivas para pacientes com DA, apesar dos benefícios mostrados na literatura científica. Além disso, as pesquisas são baseadas em procedimentos utilizados em países desenvolvidos, e que ainda não foram adequados à realidade brasileira. Neste contexto, a RC atual possui o desafio de controlar as inúmeras variáveis individuais e ambientais na condução de pesquisas para observar os efeitos desta intervenção (Gindri et al., 2012), tornando-se necessário levar em consideração a percepção do paciente e do familiar/ cuidador para melhor entendimento dos resultados.

Tabela 1. Pesquisas nacionais e internacionais sobre RC em pacientes com a DA leve.

Referencia	Intervenção (tratamento x controle)	Participantes	Duração	Resultados
Giodarno et al. 2010	GE tratado com donepezil e a TOR vs GC tratado com donepezil. Abordagens: - Alongamento antes das sessões - O alvo da RC foi a orientação temporal (para mês, dia, data, ano e lugar) e a manutenção de outras habilidades cognitivas ainda presentes.	100 pacientes com a DA leve e moderada (GE= 62 e GC= 38) e seus cuidadores	3 semanas Sessões diárias em grupos de 45 min	O GE apresentou melhorias significativas nas funções cognitivas, na orientação espacial e temporal, porém não foram observadas alterações nas AIVDs.
Buschert et al. 2011	GE recebeu a intervenção cognitiva vs GC não recebeu a intervenção. Abordagens: Associação nome/face; aprendizagem sem erros, alongamento, exercícios de lazer e psicomotor; metas a serem realizadas com os cuidadores. GC se reuniram mensalmente e recebiam o papel-lápis.	27 pacientes tinham CCL e 16 pacientes com DA leve (GE= 20 e GC=19).	24 semanas GE:20 sessões de 120 min GC: 6 sessões de 60 min. Formato: grupo	Os pacientes com a DA não apresentaram melhora nas funções cognitivas e na QV, porém foram observados a redução de sintomas depressivos. Já nos indivíduos com MCI apresentaram efeitos positivos da intervenção cognitiva nas funções cognitivas e na melhora dos sintomas depressivos.
Viola et al. 2011	GE recebeu a RC vs GC que não recebeu. Abordagens: Estimulação cognitiva e o programa psicoeducacional com fisioterapia e tratamento físico.	41 pacientes com DA (GE= 25 e GC=16) e seus cuidadores	12 semanas 2 sessões por semana de 300 min. Formato: grupo	O GE mostrou estabilidade na função cognitiva global, memória e atenção, enquanto o GC exibiu uma leve piora. O cuidador apresentou uma diminuição significativa no sofrimento que foi indicada no NPI. Pacientes e cuidadores do GE também relataram uma melhora na sua QV.
Kurz et al. 2012	GE recebeu a RC vs GC que não recebeu. Abordagens: Técnicas de auxílio externo de memória, treino de AVDs e terapia de reminiscência.	201 pacientes com demência leve (GE= 100 e GC= 101) e seus cuidadores.	12 semanas com 1 sessão por semana de 60 min. Formato: Individual	Houve redução dos SNP dos pacientes, uma tendência de melhor QV do paciente do GE que não foi confirmada pelas avaliações do cuidador Contudo, a capacidade funcional diminuiu em ambos os grupos. Os cuidadores relataram pequeno aumento da sobrecarga depois da RC.
Mapelli et al. 2013	GE tratados com estimulação cognitiva vs GP tratados com terapia ocupacional vs GC atividades do lar de idosos Abordagem: Estimulação cognitiva com exercícios individuais, para memória, linguagem, orientação espacial e temporal, atenção, e lógica.	16 com DA leve e moderada 13 com demência vascular 1 demência mista (GE= 10, GP= 10 e GC= 10)	8 semanas 40 sessões de 60 min Formato: grupo	O GE apresentou redução na severidade da demência e melhora nos testes cognitivos. Além disso, o GE reduziu sintomas comportamentais enquanto os outros mantiveram-se estáveis.

continua

Tabela 1. Pesquisas nacionais e internacionais sobre RC em pacientes com a DA leve (conclusão)

Referencia	Intervenção (tratamento x controle)	Participantes	Duração	Resultados
Clare et al. 2013	GE recebeu RC e IChE vs GC recebeu apenas IChE. Abordagens: Exercícios individuais com metas, estratégia compensatória (calendários, agendas, sistemas de lembrete) e de restauração (associação semântica, recuperação espaçadas, etc).	480 pacientes com demência leve (GE= 240 e GC= 240) e seus cuidadores	12 semanas 10 sessões seguidas, após 24 semanas foram aplicadas 4 sessões de manutenção Formato: individual	Foi observado melhor desempenho e satisfação do paciente para cada meta-alvo que foi confirmada pela observação do terapeuta. Os pacientes tiveram benefícios na QV, humor e cognição. Para os cuidadores houve a diminuição dos quadros estresse e melhora no bem-estar psicológico e QV.
Fernández-Calvo et al. 2015	GE recebeu a RC vs GC que não recebeu. Tratamento com multi-intervenções Abordagens: Exercícios individuais, com o uso de estratégias compensatórias, metas, criação de um diário de AVD e atividades lazer.	61 pacientes com DA leve (GE=28 e GC= 33)	16 semanas 3 sessões de 90 min/ semana. Formato: individual	Os resultados demonstraram que os pacientes apresentaram melhora nos sintomas cognitivos e emocionais em relação ao grupo controle.
Brunelle-Hamann et al. 2015	Não possui GC, utilizou com método comparativo antes e após a intervenção. Abordagens: Exercícios individuais, que trabalhavam técnicas de memória, aprendizado de uma AIVD escolhida pelos pacientes e seus cuidadores.	20 pacientes com DA leve e moderada	4 semanas 2 sessões de 45 a 60 min Formato: individual	Após a intervenção aproximadamente 50% dos pacientes tiveram um aumento dos SNP, mais proeminente para sintoma de aberrações do comportamento motor. Entretanto, o estudo possui a limitação do número amostral reduzido.
Kim, 2015	GE: recebeu a RC vs GC: recebeu sessões de conversa e vídeos. Abordagens: Sessões individuais: metas; Sessões em grupo: treinamentos na orientação temporal e espacial, associação de faces e nomes, memória de aprendizagem e atenção.	43 pacientes com a DA leve (GE= 22 e GC= 21)	8 sessões de 60 min/cada - 30 min individual - 30 min em grupo.	Os resultados apresentados grupo experimental mostram melhoras significativas na classificação de desempenho, ocupação, satisfação, QV e no MEEM.

FONTE: Paula EA, 2016.

NOTAS: DA= Doença de Alzheimer; RC= reabilitação cognitiva; GC= grupo controle; GE= grupo experimental; TOR= Terapia de orientação a realidade; AVD= Atividade de vida diária; AIVD= Atividade Instrumental de vida diária; QV= Qualidade de vida; CCL= comprometimento cognitivo leve; SNP= Sintomas neuropsiquiátricos; MEEM= Mini Exame do estado mental; IChE = inibidores de colinesterase; PPT=Teste de desempenho físico; NPI = Inventário neuropsiquiátrico.

1.8 O cuidador de sujeitos com doença de Alzheimer

O aumento da população idosa e, conseqüentemente, do número de doenças ligadas ao envelhecimento, como a DA, frequentemente gera a necessidade de um cuidador. Na evolução da DA, ocorre o declínio progressivo das funções cognitivas e executivas que comprometem a independência do sujeito com DA, dessa forma surge a necessidade de cuidados.

No Brasil, estão em tramitação dois Projetos de Lei (PL número 2.178, de 2011 e PL 4.702 de 2012) que dispõem sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso. Em dezembro de 2015, foi solicitado à Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados pela relatora do PL 4702, Deputada Benedita da Silva, o apensamento dos dois PL por serem propostas semelhantes. Sugeriu-se também que a nomenclatura seja substituída por “cuidador social”. O cuidador tem a responsabilidade do acompanhamento e assistência em ações destinadas a promover o bem-estar, a saúde, a segurança, a autonomia e a independência da pessoa cuidada, consideradas as condições, limitações e necessidades desta pessoa e de seus familiares

(ver: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=559429>).

Na fase inicial da demência, a principal atividade do cuidador é a supervisão das ações do paciente, objetivando prevenir acidentes domésticos, pois começam as dificuldades do paciente em distinguir potenciais perigos (Novelli et al., 2010). Sendo assim, o cuidador desempenha um papel importante na transição do paciente frente à sua nova realidade. Estudos que analisam o cuidador, em sua maioria, investigam a sobrecarga emocional e física, focando em identificar os preditores associados ao aumento da sobrecarga. Entre estes estão as alterações comportamentais, dificuldades cognitivas e físicas do sujeito com demência (Moscoso et al., 2007; Fernandes e Garcia, 2009).

Um estudo comparativo entre cuidadores de pacientes com DA, demência vascular e idosos não demenciados, revelou que o impacto sofrido pelos cuidadores de pacientes com DA é maior que os demais grupos de

cuidadores (Rainer et al., 2002; Cruz e Hamdan, 2008). O aumento do cuidado prestado induz um cansaço progressivo devido ao desgaste psíquico e físico gerado pelo trabalho repetitivo e a escassez de descanso. Isso reflete em prejuízos em outras esferas, tais como a QV, estresse, cansaço, irritabilidade e problemas de saúde do cuidador (Falcão e Bucher-Maluschke, 2009; Joling et al., 2014), uma vez que, cerca da metade dos cuidadores desenvolvem sintomas de ansiedade e depressão (Cuijpers, 2005; Joling et al., 2014) e muitos deles apresentam piora na saúde física em comparação aos não-cuidadores (Ory et al., 1999).

Estudos demonstraram que, além do enfrentamento de cunho familiar, psicológico e físico, os cuidadores também sofrem com dificuldades financeiras e sociais durante o processo evolutivo da DA (Fernandes e Garcia, 2009). Quando o cuidado com o paciente, de algum modo, acarreta em ônus para o cuidador, essa condição pode afetar o ato de cuidar e levar à busca por instituições de longa permanência, e o aumento no número de consultas médicas para os idosos (Haley, 1997; Dunkin e Anderson-Hanley, 1998; Martín-Carrasco et al., 2009; Dorcelles, 2010).

Outro fator importante é a escassez de serviços públicos de saúde, no Brasil, para auxiliar o idoso com demência e seu cuidador, situação que piora ainda mais esta realidade (Dorcelles, 2010).

Pesquisas evidenciam que os cuidadores são, geralmente, do sexo feminino (Taub et al., 2004), habitualmente esposas e filhas dos pacientes (Karsch, 2003; Labra et al., 2015). Este fato reflete um padrão cultural em que o papel de cuidador ainda é visto como uma função feminina (Karsch, 2003; Garrido e Menezes, 2004; Cruz e Hamdan, 2008). Adicionalmente, estima-se que 70% dos sujeitos com demência vivam em casa e praticamente 75% dos cuidados necessários sejam oferecidos pela família ou amigos, tarefa essa que pode durar até 75 horas por semana (Haley, 1997; Dunkin e Anderson-Hanley, 1998; Martín-Carrasco et al., 2009; Dorcelles, 2010).

Uma meta-análise envolvendo cuidadores avaliou 78 estudos e observou que 61% destes eram de pacientes demenciados e que os cuidadores apresentavam idade média de 62,3 anos (Sorensen et al., 2002). Outros estudos também observaram idade média dos cuidadores entre 50 e 65

anos (Karsch, 2003; Labra et al., 2015). Ou seja, os cuidadores também estão em uma faixa etária na qual pode demandar cuidados médicos, aumentando a necessidade de atenção para a saúde dos mesmos (Fernandes e Garcia, 2009; Moscoso et al., 2007).

Apesar de muitos fatores negativos serem associados aos cuidadores, uma área de investigação sobre a prestação de cuidados mostra as consequências positivas (Andrén e Elmsta, 2005). Esta é tipicamente definida como a recompensa e a satisfação derivada do relacionamento de cuidador (Hilgeman et al., 2007). Dentre elas, foram observadas o gostar de ser cuidador (Cohen et al., 1994), a gratificação pelo cuidado (Motenko, 1989), e a satisfação do cumprimento das tarefas associadas ao cuidado (Tarlow et al., 2004; Crespo e Fernández, 2014; Lapra et al., 2015).

No entanto, os aspectos geradores de sobrecarga são preocupantes para os profissionais da área da saúde, pois 60% dos cuidadores podem desenvolver sintomas psicológicos e físicos (Cruz e Hamdan, 2008; Clare et al., 2010). Intervenções não-farmacológicas, tais como as abordagens psicoeducacionais, psicossociais e psicoterapêuticas são eficazes na redução da sobrecarga e no aumento da capacidade de superação do cuidador. Estas, intervenções, por sua vez, promovem o conhecimento sobre a DA, o manejo adequado do paciente e de como lidar com seus próprios sentimentos diante do diagnóstico do paciente (Cruz e Hamdan, 2008; Santos et al., 2011). Dessa forma, estas intervenções podem beneficiar todos os tipos de cuidadores, mesmo em uma única sessão (Dunkin e Anderson-Hanley, 1998; Cruz e Hamdan, 2008)

Na tentativa de identificar os benefícios das intervenções para os cuidadores de sujeitos com demência, uma meta-análise avaliou 30 estudos que abordavam diferentes questões como sobrecarga, morbidade, suporte social e estresse psicológico. Os resultados apresentados mostraram melhora no estresse psicológico, conhecimento da doença e humor (Brodaty e Koschera, 2003).

Bottino et al. (2002) utilizaram a técnica de abordagem em dupla (pacientes e cuidadores), durante cinco meses, os resultados apresentados mostram que houve estabilização ou discreta melhora das dificuldades

cognitivas, das AVDs dos pacientes e redução dos níveis de depressão e ansiedade nos pacientes e familiares. Adicionalmente, outros estudos observaram que quando o cuidador era atendido concomitantemente ao paciente, eram obtidos maiores benefícios ao paciente (Bottino et al. 2002, 2005; Brodaty e Koschera, 2003; Clare et al., 2010; 2013; Kurz et al., 2012). Os dados apresentados evidenciam a importância de promover o tratamento dos cuidadores e que os benefícios gerados refletem em ganhos importantes para os pacientes.

2. Justificativa

2.0 JUSTIFICATIVA

Entre os quadros demenciais, a DA é a doença mais prevalente no mundo, com perspectiva de aumentar consideravelmente nos próximos anos, devido ao envelhecimento da população mundial. A DA é uma doença neurodegenerativa, incurável, que acomete as funções cognitivas e evoluiu para outros domínios cerebrais. No tratamento farmacológico, são apontadas as limitações do efeito dos fármacos disponíveis no mercado (IChE – inibidores das Colinesterases), como melhora temporária do estado cognitivo e funcional do paciente com DA, ausência de respostas para cerca de 30% dos pacientes medicados, e eficiência questionável com relação ao uso por médio e longo prazo dos IChE. Por outro lado, existe um número escasso de pesquisas publicadas sobre RC em pacientes com DA leve, principalmente no Brasil, nos últimos cinco anos.

Adicionalmente, percebe-se o impacto dos comprometimentos cognitivos, alterações comportamentais, prejuízos funcionais e piora da QV no paciente com DA e em seus cuidadores. Apesar disso, instrução adequada sobre o manejo específico das dificuldades decorrentes destes comprometimentos, nem sempre é fornecida aos cuidadores destes pacientes, o que pode contribuir para a institucionalização precoce do paciente e/ou adoecimento de seu cuidador. Os dados disponíveis sugerem que a RC pode ajudar os pacientes com DA e seus cuidadores a lidar com a nova dinâmica de vida que se impõe devido à doença, trabalhando com as suas demandas específicas. Apesar das evidências de que a RC seja uma abordagem promissora de tratamento não farmacológico para pacientes com demência, esta intervenção ainda não está consolidada como uma estratégia que proporciona benefícios clinicamente significativos para os pacientes e seus cuidadores/ familiares.

O presente estudo investigou os benefícios clínicos e a eficácia da RC em grupo, com foco em metas funcionais, para pacientes com DA leve e seus cuidadores, por meio da avaliação de testes cognitivos, de questionários sobre a funcionalidade e SPCD, e escalas de qualidade de vida. De forma

secundária, avaliou-se nos cuidadores a intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão, além da eventual sobrecarga emocional e física.

3. Objetivos

3.0 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar e descrever a eficácia de um programa de RC em grupo, comparada a uma intervenção placebo e a um grupo controle de sujeitos com DA leve, por meio de medidas cognitivas, funcionais, de qualidade de vida e de SPCD.

Objetivos Específicos:

- (1) Comparar os resultados das medidas cognitivas, funcionais, de qualidade de vida e de SPCD, pré e pós-intervenção, em sujeitos com DA leve conforme alocação: grupo de reabilitação cognitiva (GRC), grupo placebo (GP) e grupo controle (GC).
- (2) Avaliar a evolução dos grupos de sujeitos com DA leve (GRC, GP e GC), por meio de avaliações de seguimento em medidas cognitivas, funcionais, de qualidade de vida e de SPCD, realizadas três meses após o término da intervenção.
- (3) De forma secundária, comparar os resultados das medidas de sobrecarga emocional e física e, dos sintomas de ansiedade e depressão dos cuidadores dos sujeitos com DA leve; nas avaliações pré, pós-intervenção e de seguimento (três meses após o término das intervenções).

4. Materiais e métodos

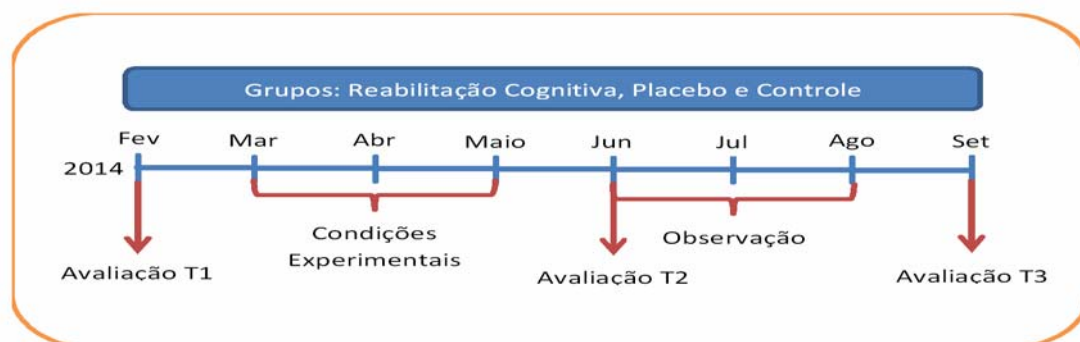
4.0 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho

Esse é um estudo prospectivo, simples-cego, unicêntrico, controlado, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) sob o protocolo de pesquisa nº 0101/11 (Anexo A).

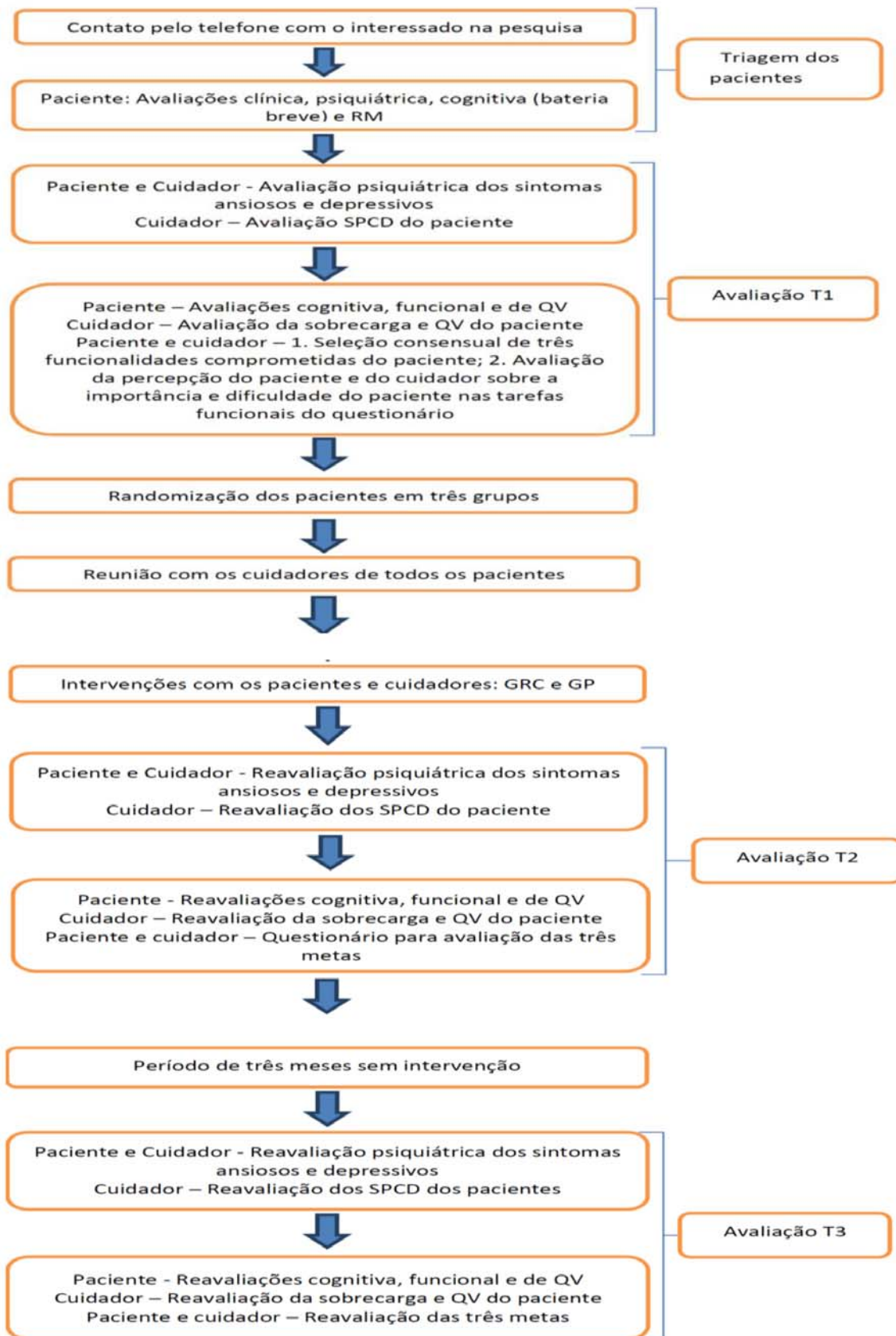
Este trabalho foi desenvolvido no Ambulatório do Programa Terceira Idade – PROTER, do Instituto de Psiquiatria (IPq) do HC-FMUSP. A pesquisa não foi financiada por órgãos ou agências de fomentos, somente a pesquisadora recebeu bolsa de estudo pelo Programa de Excelência Acadêmica (ProEx) por meio de dotação orçamentária da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O estudo contemplou avaliações com neuropsicólogos e psiquiatras na pré intervenção (T1), após a intervenção (T2) e três meses após a intervenção (T3). Os três grupos: Reabilitação Cognitiva (GRC), Placebo (GP) e Controle (GC), realizaram todas as avaliações nos tempos T1, T2 e T3 no mesmo cronograma, conforme pode ser visto na Figura 1. Posteriormente, a Figura 2 apresenta as etapas da pesquisa.



FONTE: Paula EA, 2016.

Figura 1. Linha temporal das avaliações dos grupos experimental, placebo e controle



FONTE: Paula EA, 2016.

Figura 2. Representação das etapas do estudo em fluxograma.

4.2 Casuística

A estimativa da amostra de sujeitos para cada grupo foi calculada a partir dos resultados de um estudo que mostrou a eficácia da RC combinada com o tratamento medicamentoso, em pacientes com DA (Bottino et al., 2005). Bottino et al. (2005) formaram dois grupos de pacientes: seis pacientes receberam tratamento medicamentoso + RC; sete constituíram o grupo controle e receberam somente o tratamento medicamentoso. O estudo mostrou diferença pós-tratamento (média \pm desvio padrão), da variável “Dígitos ordem inversa” (subtestes da Escala Wechsler), entre os dois grupos de sujeitos com DA: grupo de reabilitação cognitiva ($4,5 \pm 0,8$) e o grupo controle ($2,7 \pm 1,5$).

Com base neste achado, seria necessário o número total de 21 participantes (sete em cada grupo). Este cálculo amostral foi realizado pelo programa *G*Power 3.1.5* (Faul et al., 2007). O nível de significância utilizado foi de 5% e o poder de 80%; o método utilizado foi de comparação entre médias de variáveis não paramétricas.

4.3 Amostragem

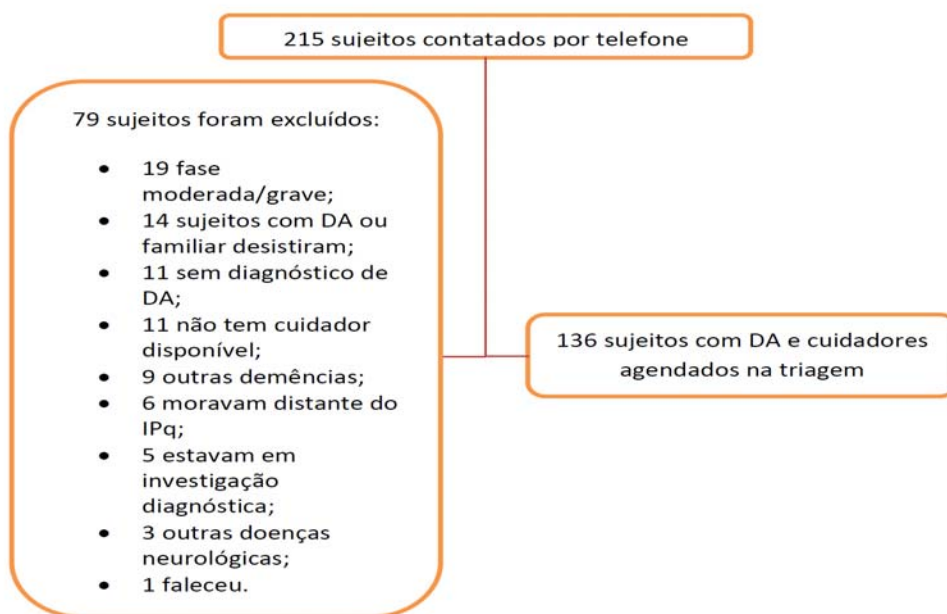
A divulgação do recrutamento dos sujeitos para o estudo foi feita através da mídia (jornais e rádios locais), assim como no ambulatório do PROTER- IPq HC-FMUSP. Foram divulgadas as características dos voluntários procurados bem como a natureza geral do estudo.

Os 215 indivíduos interessados pela pesquisa foram submetidos à entrevista telefônica, que consistia em uma triagem feita por duas neuropsicólogas com as seguintes questões:

1. Se o paciente tinha hipótese diagnóstica de DA, confirmada por médico;
2. Se o paciente ainda mantinha preservada alguma atividade de vida diária instrumental e certa orientação no tempo e espaço, que possibilitasse presumir que estava na fase leve da DA;
3. Se o paciente estava em uso de inibidor de colinesterase (IChE) em dose terapêutica, há no mínimo três meses e,

4. Se o paciente tinha um cuidador para acompanhá-lo em todas as sessões e participar do grupo de orientação para cuidadores, não podendo esse cuidador revezar com nenhuma outra pessoa.

Dos 215 interessados 79 foram excluídos, conforme ilustrado na Figura 3.



FONTE: Paula EA, 2016.

Figura 3. Representação da seleção de sujeitos com doença de Alzheimer leve em fluxograma

Os 136 pacientes restantes foram agendados para investigação com um psiquiatra treinado, participante do PROTER, que verificou a presença dos critérios de inclusão.

Critérios de Inclusão:

- Doença de Alzheimer possível ou provável, estágio leve, segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders - DSM-IV-TR* (APA, 2000), e do *National Institute of Communicative Disorders Association dos EUA - NINCDS/ADRDA* (McKhann et al., 2011);
- Gravidade do quadro por meio do *Clinical Dementia Rating Scale - CDR* (Hughes et al., 1982), com resultado de 0,5 ou 1, e o Mini

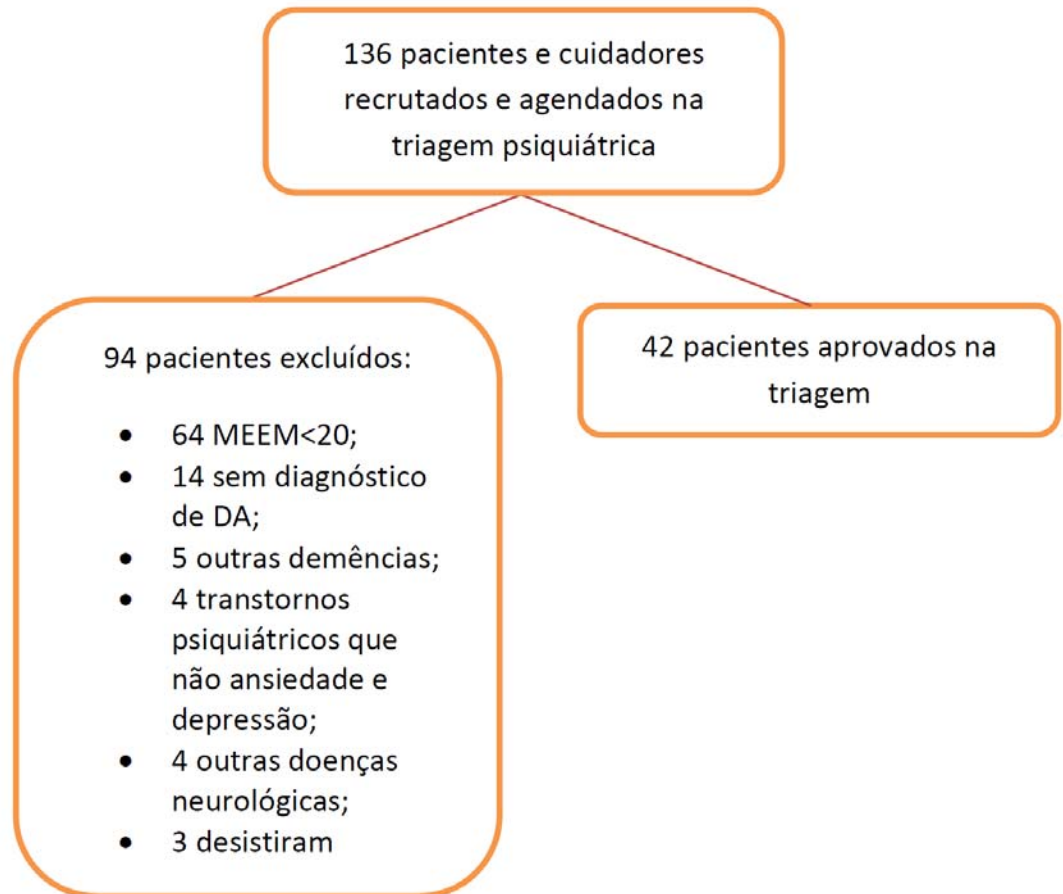
Exame do Estado Mental - MEEM (Folstein et al., 1975), com pontuação maior ou igual a 20;

- Escolaridade igual ou superior a três anos;
- Em uso de IChE (Donepezil, Galantamina ou Rivastigmina), em dose terapêutica, estável, há, no mínimo, três meses antes do início das intervenções;
- Paciente que tenha um cuidador ou familiar, disponível para trazê-lo durante o tratamento e que tenha disponibilidade para participar do grupo de orientação aos familiares, não podendo esse cuidador revezar sua participação com nenhuma outra pessoa.

Critérios de exclusão:

- História ou evidência clínica e/ou radiológica de acidente vascular cerebral, hidrocefalia de pressão normal, de tumor e/ou alterações vasculares significativas na substância branca em exame de Ressonância Magnética estrutural (RM);
- História ou evidência clínica de doenças neurológicas que não DA, investigada na anamnese;
- História de doenças sistêmicas graves que possam provocar manifestações no sistema nervoso central, detectadas com base em entrevista detalhada com a díade (paciente e familiar);
- História ou evidência clínica de outra doença psiquiátrica, que não ansiedade e depressão;
- Se em uso de neuroléptico, antidepressivo ou benzodiazepínico, não estar em dose estável há no mínimo 30 dias antes do início das intervenções;
- Ter recebido tratamento de terapia de estimulação cognitiva nos seis meses anteriores ao início da pesquisa;
- Pacientes que não conseguem deambular sem o auxílio de terceiros.

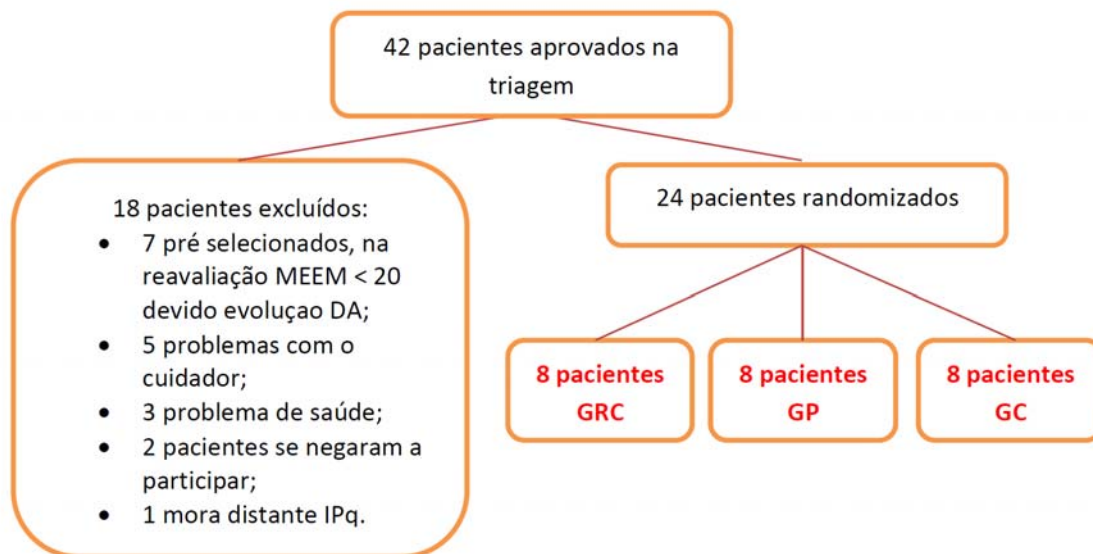
Dos 136 pacientes encaminhados para triagem psiquiátrica, 94 foram excluídos, conforme ilustrado na Figura 4. Foram selecionados, para este estudo, portanto, 42 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão.



FONTE: Paula EA, 2016.

Figura 4. Esquema representativo da triagem psiquiátrica para a seleção dos pacientes com doença de Alzheimer leve

O recrutamento dos pacientes seguiu como descrito na Figura 5. Vinte e quatro pacientes foram randomizados em três grupos (GRC, GP e GC) de forma aleatória simples, gerado pelo programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 14.0 para *Windows*.



FONTE: Paula EA, 2016.

Figura 5. Esquema representativo do recrutamento e randomização dos pacientes aprovados na triagem no período de Setembro de 2011 a Janeiro de 2014

Todos os idosos com DA e seus cuidadores/ responsáveis que aceitaram participar da pesquisa, assinaram em conjunto o termo de consentimento livre e esclarecido e tomaram conhecimento de que poderiam interromper o processo a qualquer momento (Anexo B).

4.4 Instrumentos e procedimentos para avaliação dos pacientes e cuidadores

4.4.1 Triagem

Todos os pacientes foram avaliados por um psiquiatra treinado que realizou anamnese, exames físico e neurológico, onde os participantes foram submetidos aos seguintes procedimentos:

(1) Confirmação do diagnóstico de DA – Foi realizada a confirmação das características clínicas da DA por meio de anamnese completa. Utilizaram-se os critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders - DSM-IV-TR* (APA, 2000) e do *National Institute of Communicative Disorders Association dos EUA - NINCDS/ADRDA* (Mckhann et al., 2011).

(2) Avaliação da gravidade do quadro clínico - *Clinical Dementia Rating Scale - CDR*, com resultado 0,5 ou 1 (Hughes et. al., 1982; Montaña e

Ramos, 2005), e o Mini Exame do Estado Mental - MEEM (Folstein et al., 1975; Brucki et al, 2003) maior ou igual a 20;

(3) Avaliação cognitiva para auxílio da confirmação do diagnóstico de DA, utilizando o *Cambridge Cognitive Examination-Revised* – CAMCOG e o teste cognitivo do *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* – CAMDEX (Bottino et al., 1999);

(4) Avaliação dos sintomas depressivos, pela Escala de depressão Cornell (Alexopoulos et al., 1988; Carthey-Goulart et al., 2007).

(5) Ressonância magnética estrutural (RM) de crânio. A RM cerebral foi realizada pelo Laboratório de Investigação Médica - LIM 43 do HC-FMUSP, para análise posterior. O tempo de aquisição total do protocolo de RM foi de aproximadamente 30 minutos.

4.4.2 Avaliações pré-intervenção, pós-intervenção e de seguimento

Todos os tempos de avaliações (T1, T2 e T3) seguiram a mesma ordem de investigação com as díades (pacientes com DA + cuidadores). As avaliações no tempo T1 iniciaram-se duas semanas antes das intervenções, as avaliações no tempo T2, na semana seguinte do término das intervenções, e as avaliações no tempo T3, após três meses do término das intervenções.

O período máximo para reavaliação de todos os participantes em cada tempo (T2 e T3) foi de duas semanas. As díades foram avaliadas por profissionais de saúde do PROTER previamente treinados (neuropsicólogo, geriatra e psiquiatra) e que desconheciam a condição experimental.

4.4.2.1 Avaliação psiquiátrica

A avaliação psiquiátrica teve por objetivo investigar os sintomas de ansiedade e depressão da díade, bem como as alterações de comportamento do paciente. Foi realizada por médicos psiquiatras, nos três tempos (T1, T2 e T3) por meio dos seguintes instrumentos: Escala de Ansiedade de Hamilton - HAM-A (Hamilton, 1959; Bruss et al., 1994), Escala de Depressão de

Montgomery e Asberg - MADRS (Montgomery e Asberg, 1979; Dratcu et al., 1987) e Inventário Neuropsiquiátrico – NPI (Cummings et al., 1994).

4.4.2.2 Avaliação cognitiva, questionários e escalas

A bateria cognitiva foi aplicada em todos os pacientes nos tempos T1, T2 e T3 por neuropsicólogos treinados e cegos quanto à divisão dos grupos de pacientes.

Para a avaliação dos parâmetros cognitivos foram utilizados os seguintes instrumentos:

- (1) Memória episódica de evocação verbal: Memória Lógica I e II do *Wechsler Memory Scale – Revised – WMS-R* (Wechsler, 1987).
- (2) Aprendizagem verbal: *Selective Reminding Test - SRT* (Buschke, 1973).
- (3) Memória episódica de evocação visual: Reprodução Visual I e II do *Wechsler Memory Scale – Revised – WMS-R* (Wechsler, 1987).
- (4) Praxia construtiva: Desenho do Relógio (Strub e Black, 1988).
- (5) Atenção e memória operacional: Dígitos Direto e Inverso - subteste da *Wechsler Memory Scale – Revised* (Wechsler, 1987).
- (6) Funções Executivas e linguagem: *Modified Wisconsin Card Sorting Test* (WCST – Versão Nelson, 1976), Fluência Verbal fonêmica (FAS) e categoria animal (Strauss, 2006).

Para as avaliações da funcionalidade, qualidade de vida do paciente e sobrecarga emocional e física do cuidador, foram utilizados os seguintes instrumentos, nos três tempos (T1, T2 e T3):

- (1) Questionário Bayer de Atividades de Vida Diária (B-AVD) (Hindmarch et al., 1998; Folquitto et al., 2007),
- (2) Escala de Qualidade de Vida para os pacientes e, seus respectivos, familiares/ cuidadores – QdV-DA (Logsdon et al., 1999; Novelli et al., 2005), e
- (3) *Zarit Caregiver Burden Interview* (Zarit et al., 1980; Taub et al., 2004).
- (4) Inventário Neuropsiquiátrico – NPI (Cummings et al., 1994) – parte relacionada ao sofrimento do cuidador diante da presença dos sintomas comportamentais do paciente com DA.

Para seleção e avaliação das metas foi utilizado o seguinte procedimento.

Parte I – Seleção das Metas

No tempo T1 foi realizada a seleção de três funcionalidades comprometidas que foram transformadas em metas e observadas no dia-a-dia pelos cuidadores, durante os seis meses (intervenção + seguimento) e, trabalhadas com o GRC nos três primeiros meses (intervenção). A quantidade de metas (3) a serem trabalhadas foi determinada considerando-se o número de participantes (oito pacientes por grupo), de profissionais que trabalhariam com o grupo (duas neuropsicólogas) e da duração da intervenção (sessão de 120 minutos/ semanais e pelo período de três meses - 24 sessões).

Para a seleção das metas, utilizou-se o Questionário de Mudanças Cognitivas – QMC22 (Anexo C) (Damin, 2011), o qual é composto por 22 questões com queixas típicas de pacientes com demência. As questões do QMC22 foram analisadas em função de alguns critérios para que fossem selecionadas somente questões que pudessem ser trabalhadas num programa de RC. Os critérios de escolha foram os seguintes:

- Representam queixas típicas do estágio inicial da DA;
- São dificuldades e problemas que passíveis de serem trabalhados em grupo e fora do contexto em que ocorrem e;
- São dificuldades ou problemas que favorecem a utilização de recursos externos sem o confronto direto com os sintomas de memória.

A aplicação desses critérios permitiu a seleção de 11 questões do QMC22, mais especificamente as questões: 02, 05, 06, 07, 09, 10, 11, 17, 18, 19 e 20 (que estão ilustradas na Tabela 2). A partir delas foi composto o Questionário para Seleção de Metas (anexo D). Esse questionário foi, então, apresentado aos pacientes e cuidadores para que pudessem identificar as três dificuldades ou problemas com maior impacto no dia a dia deles.

Tabela 2. Resultado da seleção das três dificuldades funcionais selecionadas pelo consenso da diáde em relação ao grupo de alocação do paciente: GRC n=8, GP n=8 e GC n=8

A PESSOA TEM DIFICULDADES PARA ...	GRUPOS			TOTAL N° VOTOS POR DIFICULDADE
	GRC N° VOTOS	GP N° VOTOS	GC N° VOTOS	
realizar um hobby/ atividade	4	3	3	10
lembrar o mês e o ano corretos	2	4	4	10
lidar com assuntos financeiros	1	0	3	4
lembrar-se dos compromissos	5	7	4	16
usar o telefone	0	0	1	1
usar meios de transportes	0	1	4	5
tomar remédio sem supervisão	2	1	1	4
lembrar mensagem/ recado	5	3	4	12
expressar opiniões próprias sobre assuntos de família	2	3	0	5
terminar alguma coisa começada	3	2	0	5
lidar com pequenas somas de dinheiro	0	0	0	0
TOTAL VOTOS POR GRUPO	24	24	24	

FONTE: Paula EA, 2016.

NOTAS: GRC: grupo reabilitação cognitiva; GP: grupo placebo; GC: grupo controle

Para possibilitar o processo de escolha para os pacientes e cuidadores no Questionário de Seleção de Metas, utilizou-se a forma de qualificar da GAS - *Goal Attainment Scaling* (Turner-Stokes, 2009), onde os graus de importância e de dificuldade são categorizados de 0 a 3:

0 = não importante ou não difícil

1 = pouco importante ou pouco difícil

2 = moderadamente importante ou moderadamente difícil

3 = muito importante ou muito difícil

A seleção das três funcionalidades e a qualificação das 11 questões foram respondidas pela díade em duas etapas:

1ª) Cada díade leu as 11 atividades instrumentais do questionário e, posteriormente, em consenso, escolheu três atividades das onze. Estas correspondiam às atividades mais comprometidas do paciente e/ou que geravam maior preocupação para família e/ou que eles tinham mais dificuldade para lidar (Tabela 2).

2ª) Após a seleção consensual das três atividades, paciente e cuidador, separadamente, foram solicitados a informar para as 11 atividades instrumentais: sua percepção do grau de importância na vida do paciente com DA e o grau de dificuldade que o paciente com DA apresentava para realizar as atividades instrumentais do questionário.

Após o término da aplicação do questionário em todas as díades, foram separadas as três atividades instrumentais escolhidas de forma consensual por cada díade participante.

Posteriormente, verificou-se quais das três atividades instrumentais foram as mais selecionadas por todas as díades (Tabela 2) e essas se transformaram nas três metas que foram trabalhadas no GRC e observadas por todos os cuidadores, independentemente do grupo ao qual o paciente foi alocado, durante seis meses (entre os tempos T1 e T3).

As três dificuldades funcionais mais votadas pelo consenso da díade de todos os grupos, no tempo T1, foram: “lembrar-se dos compromissos”, “lembrar mensagens/ recados” e, “realizar um *hobby*/ atividade” (Tabela 2). Houve um empate entre as dificuldades “realizar um *hobby*/ atividade” e “lembrar o mês e o ano”. Diante disto, priorizou-se a primeira dificuldade por considerar-se que a habilidade de se lembrar do mês e do ano, que envolve orientação temporal, estaria embutida na meta de trabalho relacionada a lembrar-se de compromissos.

Parte II – Avaliação das metas

Para ajudar os cuidadores, no dia-a-dia, a focar sua atenção na funcionalidade do paciente foi elaborado e aplicado, entre os tempos T1 e T3, o Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas (Anexo E, F, G). Nesse instrumento, independentemente do grupo de alocação dos pacientes, os cuidadores informaram, na medida do possível, o funcionamento do paciente nas metas selecionadas. Com o objetivo de não aumentar em demasia a demanda de responsabilidades do cuidador, o Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas foi considerado não obrigatório. Esperava-se que o foco na observação de atividades específicas, independentemente do registro, refletisse em respostas mais precisas no Questionário para Avaliação das Metas.

Parte III – Avaliação do desempenho dos pacientes com DA nas metas

Para avaliação do desempenho do paciente nas metas selecionadas foi utilizado um instrumento denominado Questionário para Avaliação das Metas, de caráter qualitativo, constituído por cinco questões que qualificam o desempenho do paciente em cada meta. Assim, propunha-se a entender o alcance da RC na mudança da rotina dos pacientes tanto na percepção do paciente como do cuidador, separadamente (Anexo I e J). Todos os pacientes e seus cuidadores, independentemente do grupo, e nas avaliações nos tempos T2 e T3, foram solicitados a escolher a sentença que melhor expressava o desempenho atual (no tempo da avaliação) do paciente, em cada uma das metas selecionadas, considerando o funcionamento prévio (período em que se iniciaram as primeiras entrevistas e avaliações). Esse instrumento foi adaptado a partir do questionário *Record Sheet* da GAS (Anexo H) (Turner-Stokes, 2009), que é um questionário mais abrangente e tem a finalidade de registrar os objetivos individuais e quantificar as mudanças ocorridas durante o processo de Reabilitação Neuropsicológica, pelo paciente e/ou cuidador.

4.4.3 Reunião com os cuidadores dos pacientes com DA

Após a avaliação pré-intervenção e randomização dos pacientes em três grupos (GRC, GP e GC), a pesquisadora desse estudo, realizou uma reunião com os cuidadores que participaram da pesquisa.

Na reunião foram abordados os seguintes assuntos:

1. Uma aula expositiva sobre:

- a importância da pesquisa científica;
- apresentação das três atividades instrumentais comprometidas do paciente e as mais frequentes em todas as diádes;

- as informações sobre o local, dia e horário em que deveriam comparecer para as intervenções e como seria o tratamento do GC;

- a possibilidade dos cuidadores pensarem, a partir das três atividades instrumentais comprometidas mais frequentes, como os esquecimentos refletiam na rotina do paciente, tornando-os comprometidos nessas funcionalidades. Essas informações foram anotadas e, posteriormente foram utilizadas no registro diário do desempenho do paciente em cada meta;

- a necessidade de informar alteração da medicação e/ou dose, bem como mudanças significativas na rotina do paciente, como por exemplo, início de atividade física ou intelectual, mudança de moradia ou de cuidador ocorridas durante o período da pesquisa.

2. Relembrar os critérios para a participação na pesquisa e a importância de segui-los, bem como a possibilidade de desistirem a qualquer tempo;

3. Foi feita a divulgação dos nomes dos pacientes e seus respectivos grupos (GRC, GP e GC);

4. A entrega do questionário para o Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas selecionadas e orientação de como preenchê-lo. Neste questionário, já estava descrito em cada meta, os tipos de atividades funcionais que deveriam ser observadas durante os próximos seis meses. Todos os cuidadores deveriam observar o desempenho do paciente com DA, independentemente do grupo e registrar conforme a disponibilidade de tempo.

5. Orientação para não revelar aos profissionais de saúde durante as avaliações dos tempos T1 e T2 a condição experimental na qual o sujeito foi alocado.

4.5 Métodos de intervenção e controle

1. GRC + orientação aos cuidadores - os seis pacientes com DA leve randomizados que participaram, no mínimo, de 75% do número das sessões de RC em grupo, foram ao HC duas vezes por semana, cada sessão com duração de 60 minutos, durante o período de três meses. Ao todo foram 24 sessões de RC, coordenadas por quatro profissionais especializadas, sendo uma neuropsicóloga e uma terapeuta ocupacional para a primeira sessão da semana e, para a segunda sessão da semana coordenada por outra neuropsicóloga e outra psicóloga. O registro das sessões foi realizado na planilha do *Google Drive*, por uma das profissionais presentes à sessão, possibilitando às profissionais que conduziram a sessão seguinte que estivessem cientes do desempenho do grupo.

Em paralelo ao atendimento dos pacientes, seus cuidadores foram convidados a participar de um grupo psicoeducacional e de apoio. Foram 24 sessões, duas vezes por semana, com duração de 60 minutos, sendo que nos últimos 15 minutos da sessão, uma das profissionais, que participava da RC, orientava os cuidadores sobre o trabalho realizado com os pacientes para que dessem continuidade em casa, a fim de se alcançar a melhora funcional e também ajudava a contornar as dificuldades trazidas pelos cuidadores. Esse grupo foi coordenado por duas neuropsicólogas treinadas.

2. GP + orientação aos cuidadores – os oito pacientes com DA leve realizaram sessões em grupo, duas vezes por semana, com duração de 60 minutos, durante o período de três meses, somando-se 24 sessões. As sessões foram realizadas por duas estudantes do terceiro e quarto ano, da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, que receberam treinamento, sob a supervisão de uma psicóloga especialista em reabilitação cognitiva.

Em paralelo ao atendimento dos pacientes, seus cuidadores foram convidados a participar de um grupo psicoeducacional e de apoio. Foram 24 sessões, duas vezes por semana, com duração de 60 minutos. Esse grupo foi coordenado pelas mesmas neuropsicólogas que orientaram os cuidadores dos pacientes da RC.

3. GC – oito pacientes com DA leve e seus cuidadores mantiveram sua rotina normal. Não participaram de nenhuma intervenção programada na pesquisa, nem mesmo seus cuidadores receberam qualquer orientação. A díade aguardou a convocação para as avaliações T2 e T3. Por motivos éticos, este grupo foi encaminhado para participar de sessões de RC, no Serviço de Terapia Ocupacional do IPq HC FMUSP, ao final do estudo.

4.6. Técnicas de intervenções não-farmacológicas

4.6.1. Grupo reabilitação cognitiva

Neste estudo foram utilizadas várias técnicas distintas nos treinos das três atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) selecionadas (Anexo K, L, M e N – descrição das sessões e das técnicas de RC):

- lembrar-se dos compromissos,
- receber e transmitir recado e,
- iniciar ou retomar um *hobby*/ atividade.

O foco principal era melhorar o funcionamento do paciente nas metas selecionadas e, portanto, foram utilizadas principalmente as técnicas de auxílio externo de memória, abordagem em dupla (paciente + cuidador), mnemônicas verbais, técnicas de evocação espaçada, aprendizagem sem erro e terapia de reminiscência.

4.6.2 Grupo placebo

Neste estudo foram selecionados vídeos aleatórios (documentários sobre diversos temas, shows de cantores, programas de televisão e desenhos). Os pacientes assistiam aos vídeos e retornavam às suas casas. As alunas da graduação de psicologia que ficaram com esse grupo, foram orientadas e

treinadas a não oferecerem nenhum estímulo sobre qualquer situação que se apresentasse durante a sessão de vídeo e, apesar de não estimularem um diálogo, não inibiram os comentários entre os pacientes com DA (Anexo O – descrição das sessões do GP).

4.6.3 Grupo de apoio e orientação para cuidadores

Os cuidadores dos pacientes do GRC e GP foram orientados sobre pontos relevantes da DA, como por exemplo, curso da doença e prognóstico; além de dicas de manejo com o paciente e apoio. Todos os familiares e cuidadores foram encorajados a compartilhar experiências e estratégias já utilizadas para lidar com as dificuldades que porventura tivessem surgido no dia-a-dia.

Temas abordados durante a intervenção:

- O papel do cuidador e a troca de papéis;
- Relação com os outros cuidadores e familiares;
- Reconhecendo as emoções;
- Cuidando do cuidador;
- Estratégias de resolução de problemas;
- Dificuldades para atrair/ incluir os outros familiares no cuidado e;
- Reunião com outros familiares.

4.7 Análise estatística dos dados

Os dados foram digitados e analisados através do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 14 para Windows. Foi feita inicialmente a análise descritiva (média, desvio padrão, intervalo de confiança de 95% e frequência) das variáveis. A associação entre as variáveis categoriais e os grupos foi avaliada através do teste exato de Fisher.

Os testes não paramétricos foram utilizados na análise devido à quantidade de casos que é considerada pequena para a suposição de Normalidade. Para verificar a homogeneidade entre os grupos, as distribuições

dos escores dos testes cognitivos e escalas pré-tratamento foram comparadas entre os três grupos. Adicionalmente, foi feita a mesma análise pós-tratamento e no seguimento para verificar diferenças entre os grupos, nas diferentes condições experimentais. Para verificar se as médias dos escores eram diferentes entre os três grupos, em cada tempo da avaliação (T1, T2 e T3), utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Quando verificada diferença estatisticamente significativa, foi empregado o teste de Mann-Whitney, para comparações dois a dois entre os grupos e assim, identificar qual grupo diferia significativamente dos demais. Para verificar se as médias dos escores dos três tempos (T1, T2 e T3) eram diferentes, quando analisadas nos seus respectivos grupos, utilizou-se o teste de Friedman, e quando houve diferença estatisticamente significativa foi empregado, para comparações dois a dois entre os tempos, o teste de Wilcoxon, com o objetivo de identificar qual o tempo era diferente, de forma significativa, dos demais.

O cálculo do tamanho do efeito, apesar de ser uma análise comum nesse tipo de estudo, não pôde ser realizado, porque além da distribuição dos dados não ser assumida como normal, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dados dos grupos experimental, placebo e controle.

5. Resultados

5.0 RESULTADOS

5.1 Dados referentes aos pacientes

5.1.1 Caracterização da amostra

A amostra inicial de 24 indivíduos e seus respectivos cuidadores foi randomizada nos três grupos GRC, GP e GC. Destes, dois pacientes do GRC e um do GC abandonaram o estudo, sendo que 21 participantes (N=21) concluíram o estudo. Dois pacientes do GRC saíram, devido à intercorrências durante a execução do estudo. Um deles parou com o uso de IChE e o outro apresentou duas quedas que o impossibilitou de deambular. Adicionalmente, houve a perda de um participante do GC que não quis mais participar do estudo e não justificou sua decisão. Com a saída destes participantes, todos os demais possuíam o diagnóstico de DA provável. Dessa forma, a perda de dois pacientes do GRC refletiu no cálculo do tamanho amostral. O poder da amostragem, conseqüentemente, passou de 80% para 77%, ambos com nível de significância de 5%.

Vale ressaltar que os participantes (N=21), durante todo o período da pesquisa (T1, T2 e T3), não alteraram medicação e/ou dose, não iniciaram atividade física e/ou intelectual, e não houve mudança de moradia ou de cuidador, fatores estes que poderiam confundir os resultados observados.

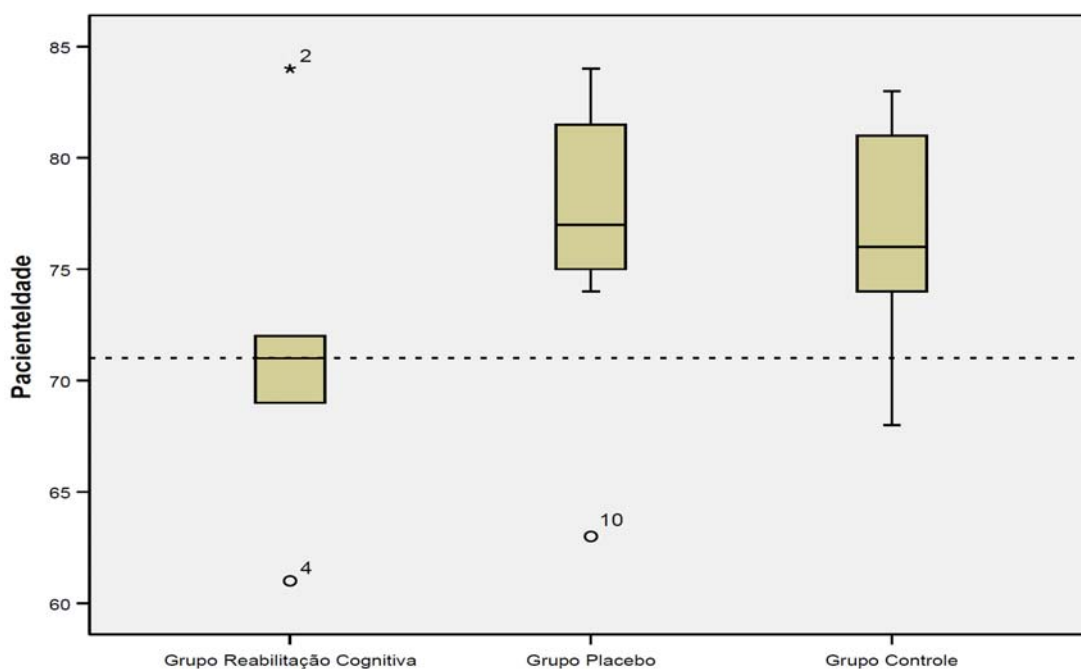
A análise dos dados mostra que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos GRC, GP e GC, quanto às características demográficas, perfil cognitivo e escalas de medida funcional e de sintomas neuropsiquiátricos, conforme descrito na Tabela 3. Apesar de não se observar diferença estatisticamente significativa em relação à média de idade, a distribuição da variável idade no GRC evidenciou um *outlier* (paciente de 84 anos) (Figura 6). Dessa forma, foi calculada a correlação, entre todas as variáveis estudadas e a variável idade sem evidência de achados estatisticamente significativos, uma vez que o tamanho amostral não permitiria uma análise de regressão logística controlada por esta variável.

Tabela 3. Distribuição dos dados demográficos e clínico dos pacientes com doença de Alzheimer em relação ao grupo de alocação: GRC (Grupo Reabilitação Cognitiva), GP (Grupo Placebo) e GC (Grupo Controle)

	GRC (n=6) Média ± DP	GP (n=8) Média ± DP	GC (n=7) Média ± DP	p^a
Idade	71,3 ± 7,4	76,8 ± 6,6	76,7 ± 5,4	0,201
Escolaridade	8,8 ± 4,8	8,4 ± 4,0	8,7 ± 4,4	0,926
DA (meses)	42,2 ± 30,0	27,8 ± 20,0	30,7 ± 17,7	0,641
MEEM	24,2 ± 3,1	23,8 ± 2,3	24,1 ± 2,0	0,934
CAMCOG	67,2 ± 13,4	67,4 ± 12,2	75,9 ± 13,0	0,358
Depressão (MADRS)	12,3 ± 7,9	8,8 ± 3,0	5,1 ± 3,8	0,081
Funcionalidade (B-AVDs)	5,3 ± 1,0	6,0 ± 1,7	5,3 ± 1,2	0,694
Comportamento (NPI)	13,8 ± 7,7	15,3 ± 7,7	9,0 ± 7,5	0,457
	GRC (n=6) Frequência (%)	GP (n=8) Frequência (%)	GC (n=7) Frequência (%)	p^b
Feminino	5 (83,3)	6 (75,0)	5 (71,4)	1,000
Casado	5 (83,3)	2 (25,0)	3 (42,9)	0,121
CDR				
0,5	0 (0,0)	4 (50,0)	3 (42,9)	0,131
1,0	6 (100,0)	4 (50,0)	4 (57,1)	

FONTE: Paula EA, 2016.

NOTAS: Resultados maiores refletem maior comprometimento ou mais sintomas, com exceção do MEEM e CAMCOG que resultados maiores refletem melhor desempenho cognitivo; ^a refere-se ao Teste Kruskal-Wallis para amostras independentes; ^b refere-se ao Teste Exato de Fisher; DP= Desvio padrão; DA= Doença de Alzheimer; MEEM= Mini Exame do Estado Mental; CAMCOG= *Cambridge Cognitive Examination-Revised*; MADRS = Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery and Asberg; B-AVD = Bayer Atividades de Vida Diária; NPI = Inventário Neuropsiquiátrico; CDR= *Clinical Dementia Rating*.



FONTE: Paula EA, 2016.

Figura 6. Boxplot da distribuição da idade de cada grupo: Grupo Reabilitação Cognitiva (n=6), Grupo Placebo (n=8) e Grupo Controle (n=7)

5.1.2 Análise estatística entre os grupos em cada tempo (T1, T2 e T3)

5.1.2.1 Instrumentos de avaliação cognitiva, sintomas psicológicos e comportamentais na demência, funcionalidade e qualidade de vida na doença de Alzheimer

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (GRC, GP e GC), dentro de cada tempo (T1, T2, T3), para instrumentos de avaliação quantitativa cognitiva (Memória Lógica I e II, SRT, Reprodução Visual I e II, Dígitos Direto e Indireto, Teste Desenho do Relógio, Fluência Verbal Fonêmica e Categórica), de SPCD (NPI, HAM-A, MADRS), funcional (B-AVD) e de qualidade de vida (QdV-DA versão paciente e familiar). A semelhança dos dados entre os grupos no tempo T1 mostra a adequação da randomização dos pacientes com DA.

Da mesma forma, não houve diferença estatisticamente significativa dos resultados, entre os grupos de pacientes nos tempos T2 e T3, para nenhum dos instrumentos acima mencionados, ou seja, os grupos mantiveram resultados estatisticamente semelhantes nos dois tempos de avaliação da pesquisa, independentemente da condição experimental.

5.1.2.2 Dados qualitativos da funcionalidade

Foram utilizados questionários qualitativos para analisar a percepção da díade (paciente e cuidador), sobre o desempenho da funcionalidade do paciente nas metas selecionadas.

O resultado do questionário da percepção da díade sobre o grau de importância nas três tarefas funcionais e de dificuldade do paciente com DA para desempenhá-las, foi respondido separadamente, e apresentava quatro categorias de respostas: 1) não importante/ não difícil; 2) pouco importante/ pouco difícil; 3) moderadamente importante/ moderadamente difícil; 4) muito importante/ muito difícil, respectivamente. Devido ao número pequeno de pacientes por grupo, foi necessário agrupar as respostas em duas categorias para fazer a análise estatística: 1) não importante ou pouco importante/ não difícil ou pouco difícil; 2) moderadamente ou muito importante/ moderadamente ou muito difícil, respectivamente. Mesmo assim, algumas variáveis não puderam ser analisadas estatisticamente, porque algumas categorias específicas não foram escolhidas como respostas pelo paciente ou cuidador (casela "0"). Porém, por meio da observação dos resultados é possível discutir seu significado clínico.

O resultado da percepção da díade sobre o grau de importância da tarefa funcional e da dificuldade do paciente com DA para desempenhar cada uma das três tarefas, comparando os resultados entre os grupos, estão descritos abaixo.

A Tabela 4 mostra os dados da comparação dos resultados entre os grupos, sem diferença estatisticamente significativa nas respostas dos pacientes com DA para o grau de dificuldade e/ou importância para o tempo T1. A maioria dos pacientes informou que percebia as tarefas funcionais como

importantes em sua vida e que não percebia dificuldades relevantes para desempenhá-las no dia-a-dia. Somente no GRC, 66% dos pacientes percebiam dificuldade moderada para “lembrar-se dos compromissos”. Nas outras tarefas funcionais, independentemente do grupo, foi observado que mais de 50% dos pacientes não percebiam ou percebiam dificuldades mínimas para executar as tarefas funcionais no dia-a-dia. Adicionalmente, observou-se pelo resultado da frequência de cada grupo, que em relação ao grau de importância das três tarefas funcionais, quase a totalidade dos pacientes, independentemente do grupo de alocação, percebiam as três tarefas funcionais como moderadamente ou muito importante em suas vidas.

Tabela 4. Autoavaliação dos pacientes com DA sobre o grau de importância e de dificuldade para realizarem as tarefas funcionais abaixo, de acordo com os grupos GRC, GP e GC, no tempo T1

Tarefas	Grau de importância e dificuldade	Grupos			Total	<i>p</i> GRP×GP×GC
		GRC (n=6)	GP (n=8)	GC (n=7)	(n= 21)	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Lembrar-se de dar recados	Não importante ou pouco importante	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	Moderadamente ou muito importante	6 (100)	8 (100)	7 (100)	21 (100)	
	Não difícil ou pouco difícil	4 (66,6)	6 (75,0)	4 (57,1)	14 (66,7)	0,848
	Moderadamente ou muito difícil	2 (33,4)	2 (25,0)	3 (42,9)	7 (33,3)	
Lembrar-se dos compromissos	Não importante ou pouco importante	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	Moderadamente ou muito importante	6 (83,3)	8 (100)	7 (100)	21 (100)	
	Não difícil ou pouco difícil	2 (33,3)	6 (75,0)	6 (85,7)	14 (66,7)	0,178
	Moderadamente ou muito difícil	4 (66,7)	2 (25,0)	1 (14,3)	7 (33,3)	
Praticar um <i>hobby</i>	Não importante ou pouco importante	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (4,8)	-
	Moderadamente ou muito importante	6 (100)	8 (100)	6 (85,7)	20 (95,2)	
	Não difícil ou pouco difícil	5 (83,3)	7 (87,5)	6 (85,7)	18 (85,7)	1,000
	Moderadamente ou muito difícil	1 (16,7)	1 (12,5)	1 (14,3)	3 (14,3)	

FONTE: Paula EA, 2016.

NOTAS: Frequência simples e (relativa - %); *p* = Teste Exato de Fisher entre os grupos; DA = doença de Alzheimer; GRC (Grupo Reabilitação Cognitiva), GP (Grupo Placebo) e GC (Grupo Controle); T1 = avaliação pré-intervenção.

Na Tabela 5, os resultados são apresentados em relação à percepção dos cuidadores quanto ao grau de importância e de dificuldade dos pacientes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os cuidadores dos grupos GRC, GP e GC. A maioria dos cuidadores informou que

percebia as tarefas funcionais como importantes na vida do paciente e percebia que eles tinham dificuldades relevantes para desempenhá-las no dia-a-dia. De modo geral, no mínimo 85% dos cuidadores, independentemente do grupo, percebiam as três tarefas funcionais como moderadamente ou muito importante para o paciente. Porém, em dissonância com a percepção dos pacientes, mais de 65% dos cuidadores percebiam que as tarefas funcionais eram moderadamente ou muito difíceis para o paciente executar na sua rotina, sendo que as tarefas “lembrar-se de dar recados e dos compromissos” foram apontadas por no mínimo 90% dos cuidadores como as atividades com maior grau de dificuldade quando comparado a “praticar um *hobby*”.

Tabela 5. Avaliação dos cuidadores sobre o grau de importância e de dificuldade dos pacientes com DA para realizarem as tarefas funcionais abaixo, de acordo com os grupos GRC, GP e GC, no tempo T1

Tarefas	Grau de importância e dificuldade	Grupos			Total	p
		GRC (n=6)	GP (n=8)	GC (n=7)	(n=21)	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	GRPxGPxGC
Lembrar-se de dar recados	Não importante ou pouco importante	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (4,8)	-
	Moderadamente ou muito importante	6 (100)	7 (87,5)	7 (100)	20 (95,2)	
	Não difícil ou pouco difícil	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	2 (9,5)	
	Moderadamente ou muito difícil	6 (100)	6 (75,0)	7 (100)	19 (90,5)	
Lembrar-se dos compromissos	Não importante ou pouco importante	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	Moderadamente ou muito importante	6 (100)	8 (100)	7 (100)	21 (100)	
	Não difícil ou pouco difícil	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (4,8)	
	Moderadamente ou muito difícil	6 (100)	7 (87,5)	7 (100)	20 (95,2)	
Praticar um <i>hobby</i>	Não importante ou pouco importante	2 (33,3)	0 (0,0)	1 (14,3)	3 (14,3)	0,162
	Moderadamente ou muito difícil	4 (66,7)	8 (100)	6 (85,7)	18 (85,7)	
	Não difícil ou pouco difícil	4 (66,7)	1 (12,5)	2 (28,6)	7 (33,3)	0,153
	Moderadamente ou muito difícil	2 (33,3)	7 (87,5)	5 (71,4)	14 (66,7)	

FONTE: Paula EA, 2016.

NOTAS: Frequência simples e (relativa) para verificar a homogeneidade; p = Teste exato de Fisher entre os grupos; DA = doença de Alzheimer; GRC (Grupo Reabilitação Cognitiva), GP (Grupo Placebo); GC (Grupo Controle) e T1 = avaliação pré-intervenção.

As três tarefas funcionais foram transformadas em metas: “lembrar-se de dar recado/ mensagem”, “lembrar-se dos compromissos” e “retomar ou iniciar um *hobby*/ atividade”.

Nos tempos T2 e T3, foi realizada a avaliação da percepção do paciente e do cuidador, separadamente, sobre o desempenho atual dos pacientes nas três metas.

As opções relativas à gradação da percepção do desempenho do paciente eram cinco: 1) piorou; 2) continua com a mesma dificuldade; 3) melhorou conforme se esperava; 4) melhorou um pouco mais do que se esperava e, 5) melhorou muito mais do que se esperava. Novamente, devido ao número pequeno de casos para realizar a análise estatística, foi necessário reduzir o número de respostas (categorias) do questionário para avaliação das metas para duas alternativas: 1) melhorou o desempenho na meta e 2) manteve ou piorou o desempenho na meta. A variável “manteve o mesmo desempenho” não foi entendida como um benefício porque o objetivo do estudo era analisar a eficácia de um programa de RC comparada a uma intervenção placebo e uma condição controle. A manutenção da funcionalidade por um período de três meses pode ocorrer, por exemplo, pela estabilização do quadro clínico do paciente com DA. Portanto, a variável “manteve o mesmo desempenho” foi considerada como uma condição possível diante de um quadro de DA leve com tratamento medicamentoso e, diante disso, não foi entendida como resultado específico proveniente da RC.

A distribuição do desempenho dos pacientes na execução das metas, de acordo com a avaliação do paciente e do cuidador no tempo T2, pode ser vista na Tabela 6. Na autoavaliação do paciente das metas trabalhadas, somente a meta “retomar ou iniciar um *hobby*/ atividade” apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Todos os pacientes do GRC relataram melhora nessa meta, quando comparada ao desempenho no tempo T1, enquanto 37,5% e 28,6% dos pacientes do GP e GC, respectivamente, relataram melhora no desempenho dessa meta.

Em dissonância com os resultados dos grupos dos pacientes, a comparação das respostas dos cuidadores entre os grupos mostrou que os cuidadores do GRC percebiam melhor desempenho do paciente e diferiram sua percepção de forma estatisticamente significativa dos grupos de cuidadores do GC, nas metas “lembrar-se de dar recado” e “lembrar-se dos compromissos” e, do grupo de cuidadores GP, na meta “lembrar-se de dar

recado”. Na meta “retomar ou iniciar um *hobby*”, diferentemente da percepção dos pacientes, os grupos de cuidadores não diferiram de forma estatisticamente significativa. A maioria (83,3%) dos cuidadores do GRC percebeu melhora na meta, enquanto que os cuidadores do GP e GC, 50,0% e 28,6%, respectivamente, relataram perceber melhora no desempenho do paciente em *hobby*, no T2 quando comparado ao tempo T1.

Tabela 6. Avaliação da percepção dos pacientes com DA e dos seus cuidadores sobre o desempenho do paciente, nas metas abaixo, de acordo com os grupos GRC, GP e GC, no tempo T2

Percepção	Metas Avaliação Desempenho	Grupos			Total (n=21) N (%)	p				
		GRC (n=6) N (%)	GP (n=8) N (%)	GC (n=7) N (%)						
						GRCxGPxGC	GRCxGP	GRCxGC	GPxGC	
Paciente	Lembrar de recados									
	Melhorou o desempenho	5 (83,3)	3 (37,5)	3 (42,9)	11 (52,4)	0,258				
	Manteve ou piorou	1 (16,7)	5 (62,5)	4 (57,1)	10 (47,6)					
	Lembrar de compromisso									
	Melhorou o desempenho	5 (83,3)	3 (37,5)	4 (57,1)	12 (57,1)	0,255				
	Manteve ou piorou	1 (16,7)	5 (62,5)	3 (42,9)	9 (42,9)					
	Praticar <i>hobby</i>*									
	Melhorou o desempenho	6 (100)	3 (37,5)	2 (28,6)	11 (52,4)	0,025	0,031	0,021	1,000	
	Manteve ou piorou	0 (0,0)	5 (62,5)	5 (71,4)	10 (47,6)					
	Cuidador	Lembrar de recados*								
		Melhorou o desempenho	6 (100)	2 (25,0)	1 (14,3)	9 (42,9)	0,003	0,010	0,005	1,000
		Manteve ou piorou	0 (0,0)	6 (75,0)	6 (85,7)	12 (57,1)				
Lembrar de compromisso*										
Melhorou o desempenho		5 (83,3)	3 (37,5)	1 (14,3)	9 (42,9)	0,049	0,138	0,029	0,569	
Manteve ou piorou		1 (16,7)	5 (62,5)	6 (85,7)	12 (57,1)					
	Praticar <i>hobby</i>									
	Melhorou o desempenho	5 (83,3)	4 (50,0)	2 (28,6)	11 (52,4)	0,191				
Manteve ou piorou	1 (16,7)	4 (50,0)	5 (71,4)	10 (47,6)						

FONTE: Paula EA, 2016.

NOTAS: Frequência simples e (relativa) para verificar a homogeneidade; p = Teste Exato de Fisher entre os grupos; *Diferença estatisticamente significativa entre os tempos dentro do grupo com $p \leq 0,05$; DA = Doença de Alzheimer; GRC (Grupo Reabilitação Cognitiva), GP (Grupo Placebo); GC (Grupo Controle) e T2= avaliação pós-intervenção.

As mesmas análises estatísticas foram feitas na comparação entre os grupos, considerando as avaliações de pacientes e cuidadores, no tempo T3, quando comparadas com o T1 (Tabela 7). Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os três grupos. Olhando qualitativamente os dados, observa-se que 50% dos pacientes do GRC e GP perceberam melhora nas três metas, diferentemente dos pacientes do GC, em

que mais de 50% perceberam piora no desempenho das três metas em relação ao tempo T1.

Na percepção dos cuidadores sobre o desempenho do paciente, a comparação entre os grupos no tempo T1, mostrou que mais de 66% dos cuidadores do GRC disseram que continuavam percebendo melhora nas três metas trabalhadas. Em relação à meta “retomar ou iniciar um hobby”, a percepção dos cuidadores do GRC diferiu de forma estatisticamente significativa, na comparação entre os grupos de cuidadores do GP e GC. Nesta comparação, todos os cuidadores do GRC perceberam melhora do paciente nesta meta, enquanto, apenas 25% e 14% dos cuidadores do GP e GC relataram melhora, respectivamente.

Tabela 7. Avaliação da percepção dos pacientes com DA e dos seus cuidadores sobre o desempenho dos pacientes, nas metas abaixo, de acordo com os grupos GRC, GP e GC, no tempo T3

Percepção	Metas Avaliação Desempenho	Grupos			Total (n=21) N (%)	p			
		GRC (n=6) N (%)	GP (n=8) N (%)	GC (n=7) N (%)					
						GRPxGPxGC	GRCxGP	GRCxGC	GPxGC
Paciente	Lembrar de recados								
	Melhorou o desempenho	3 (50,0)	4 (50,0)	2 (28,6)	9 (42,9)	0,742			
	Manteve ou piorou	3 (50,0)	4 (50,0)	5 (71,4)	12 (57,1)				
	Lembrar de compromisso								
	Melhorou o desempenho	4 (66,7)	5 (62,5)	2 (28,6)	11 (52,4)	0,350			
	Manteve ou piorou	2 (33,3)	3 (37,5)	5 (71,4)	10 (47,6)				
Praticar hobby									
Melhorou o desempenho	4 (66,7)	4 (50,0)	3 (42,9)	11 (52,4)	0,750				
Manteve ou piorou	2 (33,3)	4 (50,0)	4 (57,1)	10 (47,6)					
Cuidador	Lembrar de recados								
	Melhorou o desempenho	4 (66,7)	1 (12,5)	3 (42,9)	8 (38,1)	0,121			
	Manteve ou piorou	2 (33,3)	7 (87,5)	4 (57,1)	13 (61,9)				
	Lembrar de compromisso								
	Melhorou o desempenho	5 (83,3)	2 (25,0)	2 (28,6)	9 (42,9)	0,095			
	Manteve ou piorou	1 (16,7)	6 (75,0)	5 (71,4)	12 (57,1)				
Praticar hobby*									
Melhorou o desempenho	6 (100)	2 (25,0)	1 (14,3)	9 (42,9)	0,003	0,010	0,005	1,000	
Manteve ou piorou	0 (0,0)	6 (75,0)	6 (85,7)	12 (57,1)					

FONTE: Paula EA, 2016.

NOTAS: Frequência simples e (relativa) para verificar a homogeneidade; p = Teste Exato de Fisher entre os grupos; *Diferença estatisticamente significativa entre os tempos dentro do grupo com $p \leq 0,05$; DA = Doença de Alzheimer; GRC (Grupo Reabilitação Cognitiva), GP (Grupo Placebo); GC (Grupo Controle) e T3 = avaliação de seguimento (três meses após a intervenção).

De forma resumida, por meio dos dados qualitativos da funcionalidade, foi possível observar que:

No tempo T1,

- o grau de importância das tarefas funcionais selecionadas, no dia-a-dia do paciente – independente do grupo de alocação, quase a totalidade dos pacientes e cuidadores, percebia as tarefas funcionais como importante na rotina do paciente.
- o grau de dificuldade para o paciente desempenhar, no dia-a-dia, as tarefas funcionais selecionadas – independente do grupo de alocação, mais da metade dos pacientes não percebiam dificuldades relevantes, em contrapartida, mais da metade dos cuidadores percebiam que os pacientes tinham dificuldades relevantes para desempenhar as tarefas funcionais, no dia-a-dia.

No tempo T2,

- a evolução do desempenho dos pacientes nas metas selecionadas, segundo a percepção dos grupos de pacientes e seus cuidadores – os pacientes do GRC perceberam que estavam melhores na prática de um *hobby*, quando comparado aos pacientes do GP e GC. Por outro lado, os cuidadores do GRC percebiam que os pacientes haviam melhorado o desempenho para se lembrar dos recados quando comparado à percepção dos cuidadores do GP e GC, e também, para lembrar-se dos compromissos quando comparado ao GC.

No tempo T3,

- a evolução do desempenho dos pacientes nas metas selecionadas, segundo a percepção dos grupos de pacientes e seus cuidadores – somente os cuidadores do GRC continuavam percebendo melhora no desempenho da prática de um *hobby*, quando comparado a percepção dos cuidadores do GP e GC.

5.1.3 Comparação entre os tempos para cada grupo (GRC, GP e GC)

5.1.3.1 Dados cognitivos

As Figuras 7, 8 e 9 mostram as médias e DP dos escores dos testes cognitivos nos três tempos (T1, T2 e T3) em cada grupo: Memória lógica I e II (evocação imediata e tardia), *Selective Reminding Test* – SRT (evocação imediata e tardia em memória de reconhecimento), Reprodução visual (evocação imediata e tardia), Dígitos direto e indireto, Teste desenho do relógio - TDR, *Modified Wisconsin Card Sorting Test* – Wisconsin versão Nelson, Fluência verbal fonêmica - FAS e categoria animal.

Observando o desempenho de cada grupo (GRC, GC e GP), ao longo do tempo (T1, T2 e T3), verificou-se diferença estatisticamente significativa na avaliação dos dados de evolução do teste SRT (evocação tardia) para o GC e teste de Reprodução visual I (evocação imediata) para os GRC e GC. Observou-se que a média do desempenho do GC no teste SRT (evocação tardia) piorou com a passagem do tempo, com diferença estatisticamente significativa nas avaliações dos tempos T1 e T3. O desempenho do GC oscilou no teste de Reprodução visual I, com melhora estatisticamente significativa do tempo T1 para T2, porém no tempo T3 retornou ao mesmo resultado obtido no tempo T1, com piora também estatisticamente significativa do tempo T2 para T3. Por outro lado, o desempenho do GRC, neste mesmo teste, mostrou melhora estatisticamente significativa nas avaliações do tempo T2 e T3.

De forma resumida, os principais achados referentes aos dados cognitivos, na avaliação da evolução dos tempos de cada grupo, foram:

- Os pacientes do GC apresentaram piora do desempenho no teste de memória verbal de evocação tardia de estímulos aprendidos previamente (SRT tardia), e oscilaram no desempenho do teste que avalia a memória episódica visual de evocação imediata (Reprodução Visual I), com melhora no tempo T2 e retomada do desempenho, do início da pesquisa, no tempo T3.

- Os pacientes do GRC apresentaram melhora do desempenho no teste de memória episódica visual de evocação imediata (Reprodução Visual I) do tempo T2 para o tempo T3.

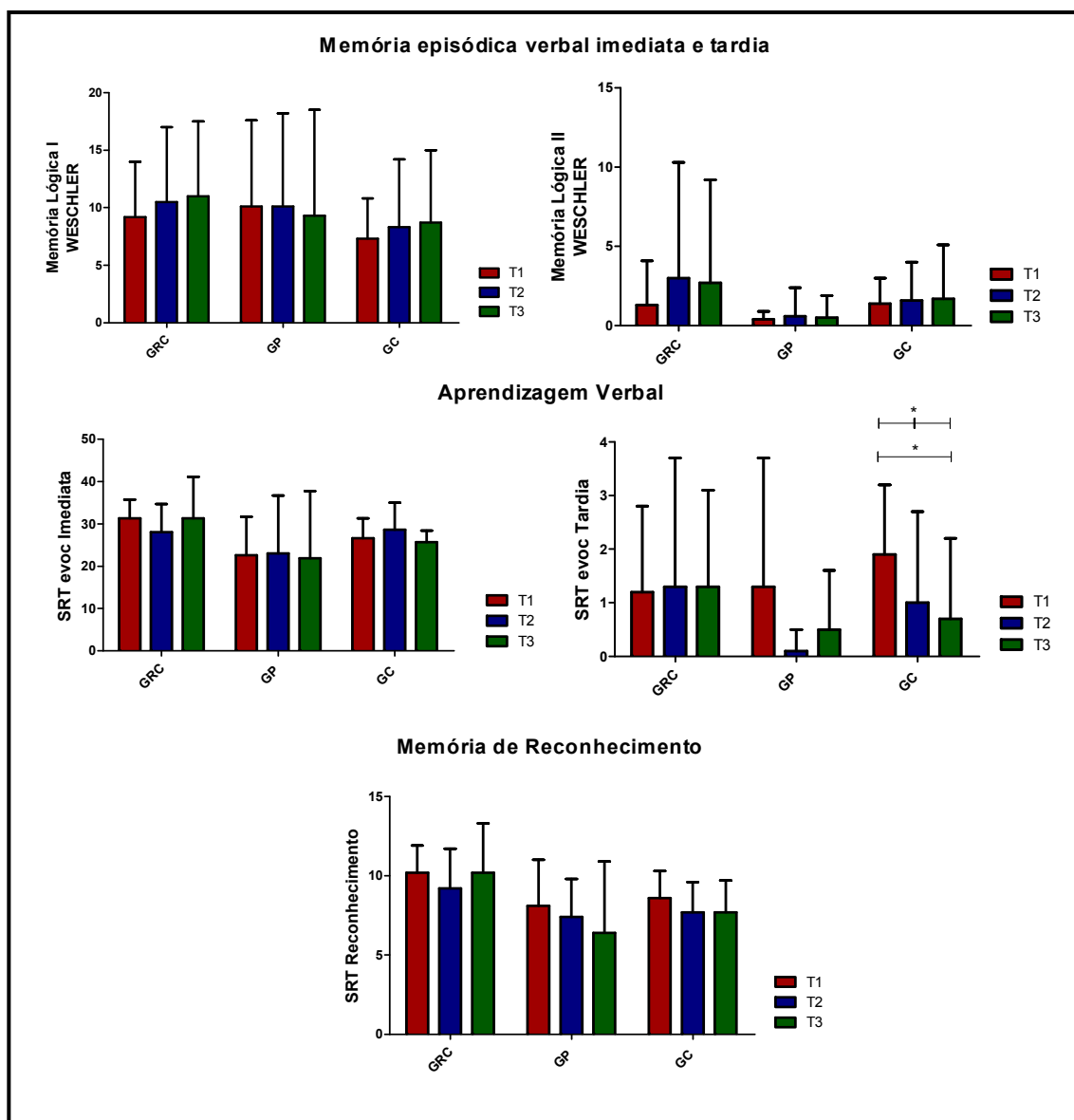


Figura 7. Dados de evolução (média \pm DP) das variáveis cognitivas: Memória episódica verbal de evocação imediata e tardia, Aprendizagem verbal e Memória de reconhecimento dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3. Os pacientes com DA foram divididos nos Grupos de Reabilitação Cognitiva (GRC) (n=6), Grupo Placebo (GP) (n=8) e Grupo Controle (GC) (n=7). O desempenho de cada grupo nos testes cognitivos foi avaliado nos tempos T1 (pré-intervenção) em vermelho, T2 (pós-intervenção) em azul e T3 (3 meses após intervenção) em verde. Resultados maiores refletem melhor desempenho

NOTAS: DA= Doença de Alzheimer; Evoc= evocação; STR= *Selective Reminding Test*. Foram utilizados os testes estatísticos de Friedman e Wilcoxon, considerando valores de (* $p \leq 0,05$) como estatisticamente significativos

FONTE: Paula EA, 2016.

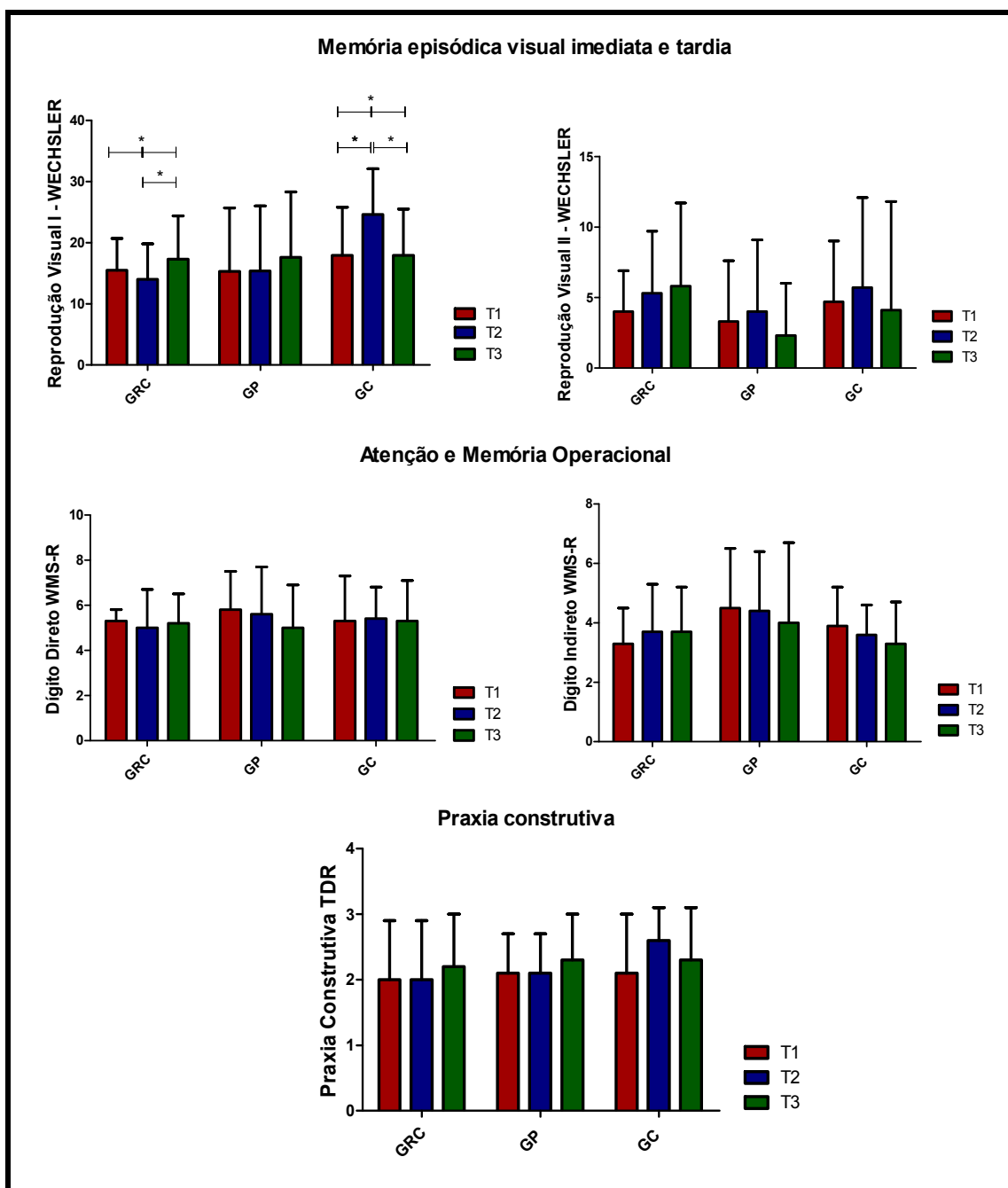


Figura 8. Dados de evolução (média ± DP) das variáveis cognitivas: Memória episódica visual de evocação imediata e tardia, Memória Operacional, Atenção e Praxia construtiva dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3. Os pacientes com DA foram divididos nos Grupos de Reabilitação Cognitiva (GRC) (n=6), Grupo Placebo (GP) (n=8) e Grupo Controle (GC) (n=7). O desempenho de cada grupo nos testes cognitivos foi avaliado nos tempos T1 (pré-intervenção) em vermelho, T2 (pós-intervenção) em azul e T3 (3 meses após intervenção) em verde. Resultados maiores refletem melhor desempenho

NOTAS: DA= Doença de Alzheimer; WMS-R= *Wechsler Memory Scale – Revised*; TDR= Teste do Relógio. Foram utilizados os testes estatísticos de Friedman e Wilcoxon, considerando valores de (* $p \leq 0,05$) como estatisticamente significativos

FONTE: Paula EA, 2016.

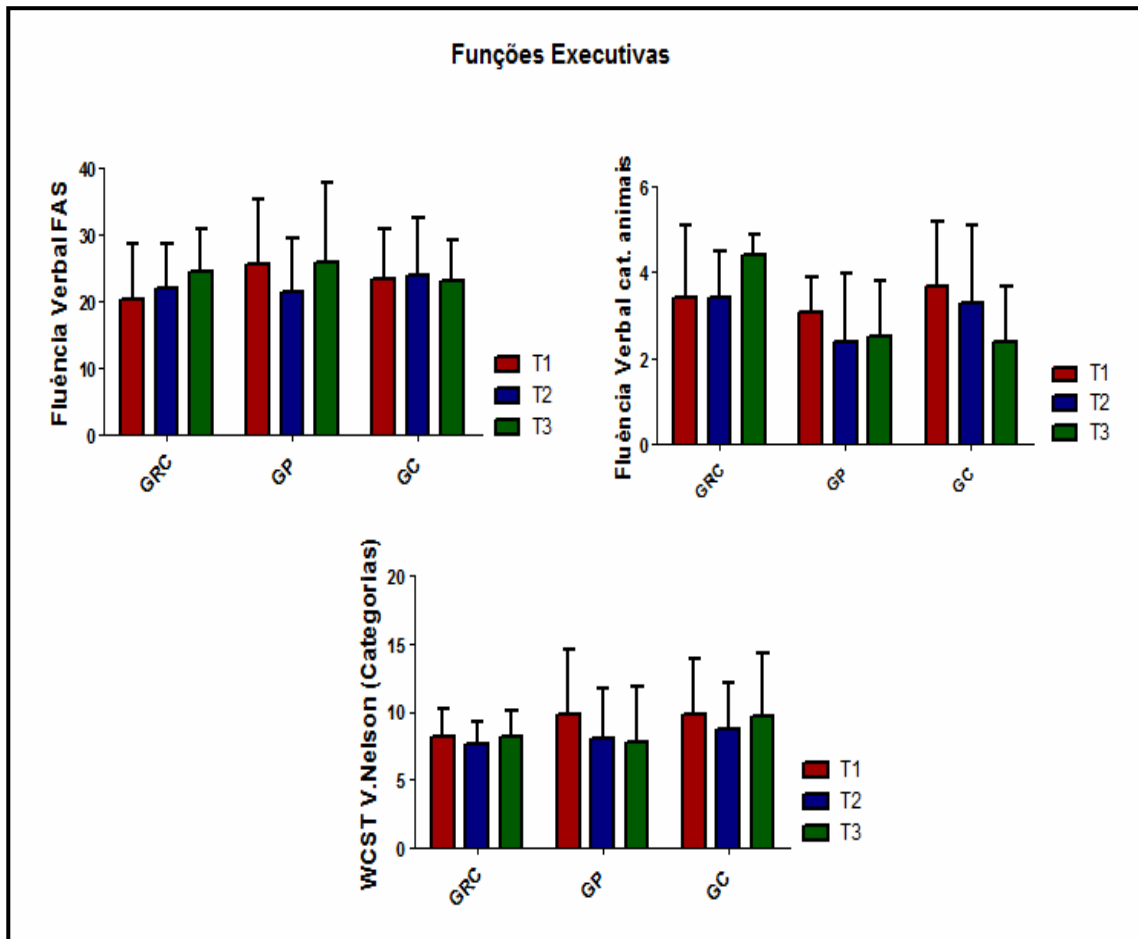


Figura 9. Dados de evolução (média \pm DP) das variáveis cognitivas de Função executiva e Linguagem dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3. Os pacientes com DA foram divididos nos Grupos de Reabilitação Cognitiva (GRC) (n=6; exceto no teste WCST versão Nelson n=5), Grupo Placebo (GP) (n=8) e Grupo Controle (GC) (n=7). O desempenho de cada grupo nos testes cognitivos foi avaliado nos tempos T1 (pré-intervenção) em vermelho, T2 (pós-intervenção) em azul e T3 (3 meses após intervenção) em verde. Resultados maiores refletem melhor desempenho **NOTAS:** DA= Doença de Alzheimer; WCST=*Wisconsin Card Sorting Test* versão Nelson. Foi utilizado o teste estatístico de Friedman, considerando valores de (* $p \leq 0,05$) como estatisticamente significativos **FONTE:** Paula EA, 2016.

5.1.3.2 Alterações comportamentais e sintomas de ansiedade e depressão

A Figura 10 mostra as médias e DP nos três tempos (T1, T2 e T3) em cada grupo, dos escores do NPI (alterações comportamentais), HAM-A (sintomas de ansiedade) e MADRS (sintomas de depressivos).

O Teste de Friedman não mostrou diferença estatisticamente significativa para nenhum dos grupos na evolução dos tempos (T1, T2 e T3) no teste NPI. No entanto, ao observar os sintomas de ansiedade e depressão isoladamente, os pacientes do GRC e GP mostraram diferença estatisticamente significativa nos instrumentos HAM-A e MADRS. Análise posterior, por meio do Teste Wilcoxon, mostrou que o GRC apresenta uma diferença estatisticamente significativa nos sintomas de ansiedade e depressão nas avaliações dos tempos T1 e T3, com a diminuição gradativa das médias dos escores da HAM-A e MADRS. No GP, a análise evidenciou melhora estatisticamente significativa para os sintomas ansiosos entre os tempos T1 e T2 e T1 e T3. Resultado semelhante observa-se também em relação aos sintomas depressivos do GP, porém os sintomas aumentaram significativamente, entre os tempos T2 e T3, mostrando um quadro de sintomas depressivos oscilantes.

De forma resumida, os principais achados referentes aos dados comportamentais e dos sintomas de ansiedade e depressão, na avaliação da evolução dos tempos de cada grupo, foram:

- Os pacientes do GRC apresentaram diminuição dos sintomas ansiosos e depressivos, com o passar do tempo, nas avaliações.
- Os pacientes do GP apresentaram diminuição dos sintomas ansiosos e depressivos, na avaliação do tempo T2, evoluindo com estabilidade e piora dos sintomas ansiosos e depressivos, respectivamente, no tempo T3.

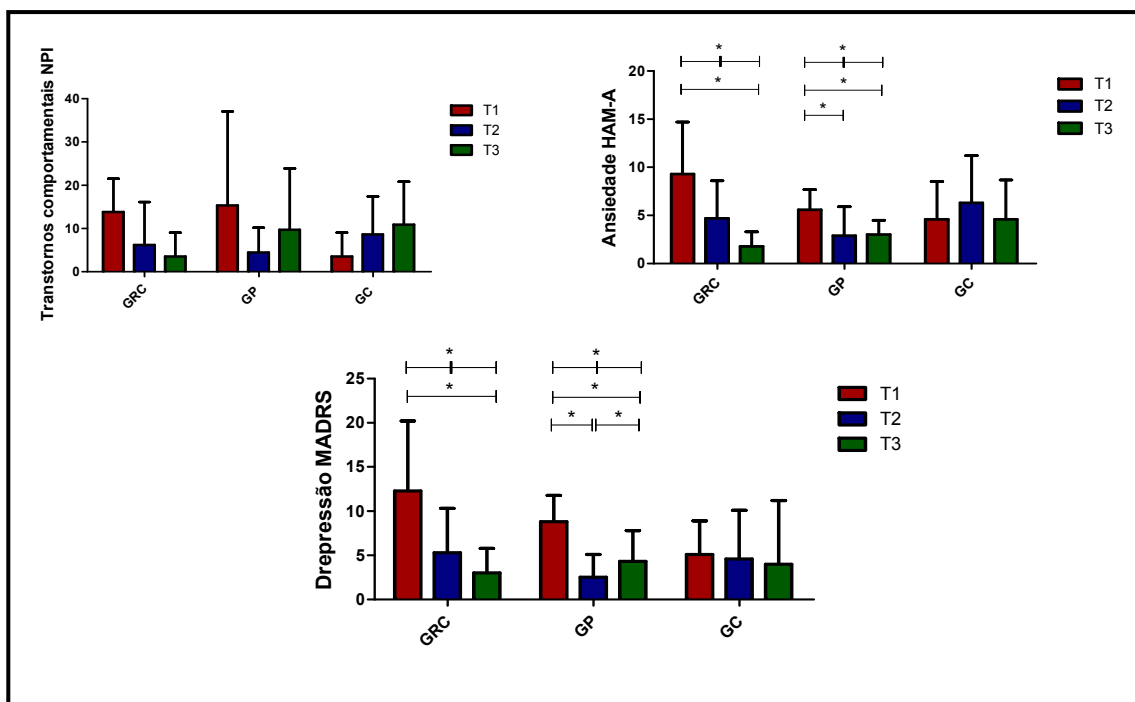


Figura 10. Dados de evolução (média \pm DP) das variáveis comportamentais e de sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3. Os transtornos comportamentais (NPI) dos pacientes com DA foi avaliado na percepção dos seus cuidadores e os resultados estão apresentados conforme grupo de alocação dos pacientes. Os pacientes com DA foram divididos entre os Grupos de Reabilitação Cognitiva (GRC) (n=6), Grupo Placebo (GP) (n=8) e Grupo Controle (GC) (n=7). A percepção dos cuidadores, de cada grupo, sobre as alterações comportamentais dos pacientes e a avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes foram avaliadas nos tempos T1 (pré-intervenção) em vermelho, T2 (pós-intervenção) em azul e T3 (3 meses após intervenção) em verde. Resultados maiores refletem mais alterações de comportamento (NPI), mais sintomas ansiosos (HAM-A) e depressivos (MADRS)

NOTAS: DA= Doença de Alzheimer; NPI= Inventário Neuropsiquiátrico; HAMA-A= Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton; MADRS= Escala de Avaliação para Depressão de *Montgomery and Asberg*. Foram utilizados os testes estatísticos de Friedman e Wilcoxon, considerando valores de (* $p \leq 0,05$) como estatisticamente significativos

FONTE: Paula EA, 2016.

5.1.3.3 Funcionalidade

Além da avaliação qualitativa da funcionalidade, apresentada anteriormente, para avaliação das metas, os cuidadores responderam ao questionário Bayer de atividades de vida diária - B-AVD do paciente, para avaliação funcional quantitativa. Os resultados obtidos podem ser vistos na Figura 11. A análise entre os tempos (T1, T2, T3) mostrou que o escore total do questionário B-AVD e das questões específicas do questionário (questões 5, 10

e 20) não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Estas questões foram escolhidas por estarem diretamente relacionadas com as três metas seleccionadas no início do trabalho.

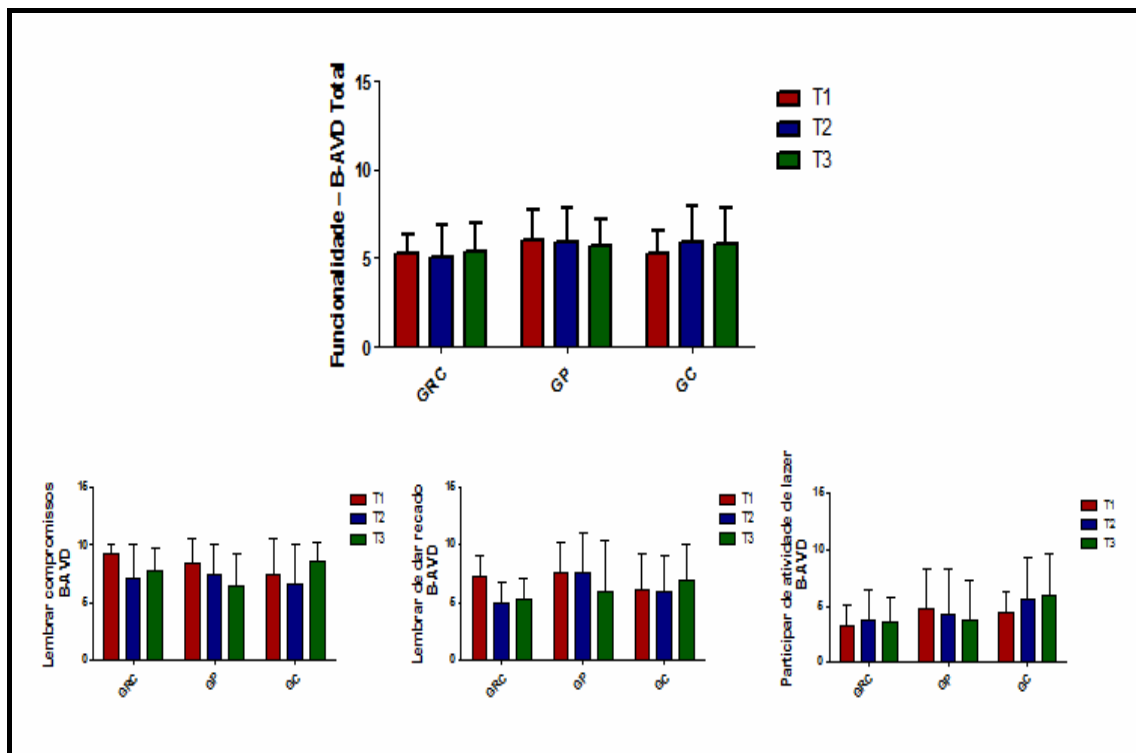


Figura 11. Dados de evolução (média \pm DP) da funcionalidade dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3. A funcionalidade dos pacientes com DA foi avaliada na percepção dos seus respectivos cuidadores e os resultados estão apresentados conforme grupo de alocação dos pacientes. Os pacientes com DA foram divididos entre os Grupos de Reabilitação Cognitiva (GRC) (n=6), Grupo Placebo (GP) (n=8) e Grupo Controle (GC) (n=7). A capacidade funcional, na percepção do cuidador, foi mensurada pelo resultado total da escala B-AVD e pelo resultado de questões específicas: “Lembrar de compromissos”, “Lembrar de recados” e “Participar de atividade de lazer” nos tempos T1 (pré-intervenção) em vermelho, T2 (pós-intervenção) em azul e T3 (3 meses após intervenção) em verde. Resultados maiores refletem maior prejuízo funcional.

NOTAS: DA= Doença de Alzheimer; B-AVD= Bayer Atividades de Vida Diária. Foi utilizado o teste estatístico de Friedman, considerando valores de ($*p \leq 0,05$) como estatisticamente significativos.

FONTE: Paula EA, 2016.

5.1.3.4 Qualidade de vida

A análise dos resultados do instrumento QdV-DA nos tempos T1, T2 e T3 foi realizada entre os grupos de pacientes e seus cuidadores, utilizando o Teste de Friedman (Figura 12). Os resultados apresentados para autopercepção do paciente e de seu cuidador sobre a QV não mostraram diferença estatisticamente significativa. Porém, podemos notar que em todos os grupos, os pacientes e seus cuidadores tinham altos escores de QV (>34) e apresentavam uma percepção semelhante dos benefícios na QV.

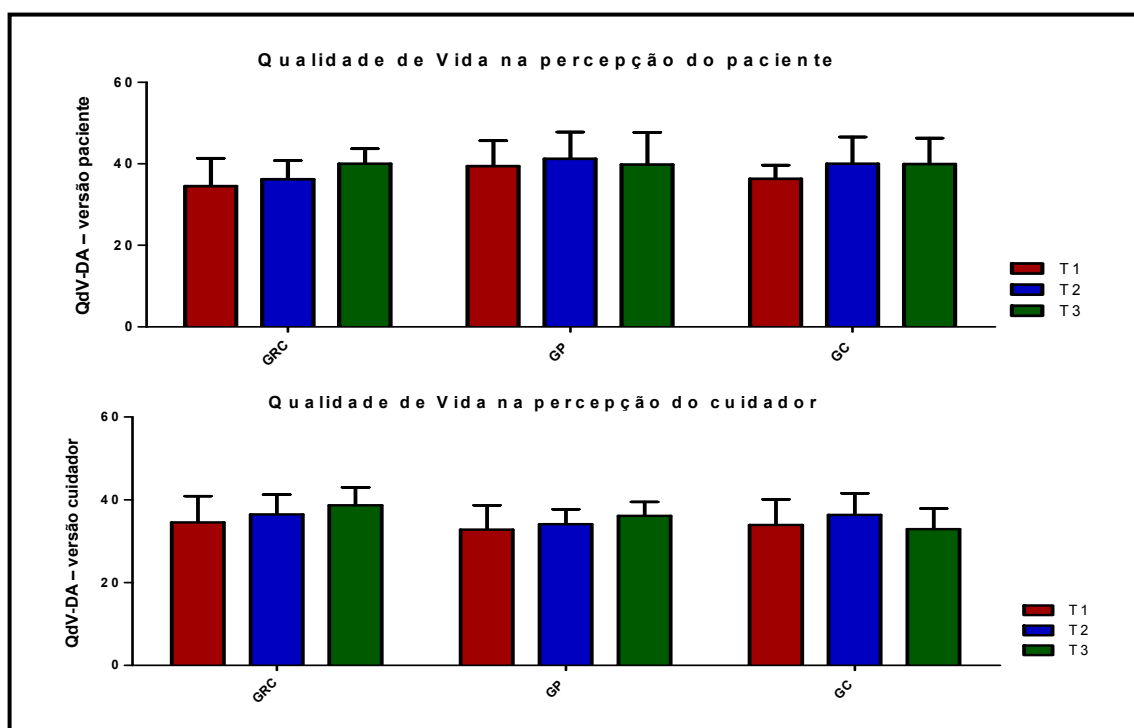


Figura 12. Dados de evolução (média \pm DP) dos resultados da QV dos pacientes com DA na comparação entre os tempos T1, T2 e T3; resultados da autopercepção do paciente e percepção do cuidador sobre a QV do paciente. Os pacientes com DA foram divididos entre os Grupos de Reabilitação Cognitiva (GRC) (n=6), Grupo Placebo (GP) (n=8) e Grupo Controle (GC) (n=7). A percepção do paciente e do cuidador sobre a QV do paciente foi avaliada nos tempos T1 (pré-intervenção) em vermelho, T2 (pós-intervenção) em azul e T3 (3 meses após intervenção) em verde. Resultados maiores refletem melhor QV

NOTAS: DA= Doença de Alzheimer; QV= Qualidade de vida; QdV-DA= Questionário de Qualidade de Vida para pacientes com DA e familiares/ cuidadores. Foi utilizado o teste estatístico de Friedman, considerando valores de ($*p \leq 0,05$) como estatisticamente significativos

FONTE: Paula EA, 2016.

5.2 Dados referentes aos cuidadores

5.2.1 Caracterização da amostra

Na tentativa de facilitar a compreensão, os grupos de cuidadores serão denominados com a mesma sigla do grupo da alocação dos pacientes com DA. Exemplo: pacientes do GRC e cuidadores do GRC.

A Tabela 8 apresenta as características dos cuidadores do GRC, GP e GC. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos, no que se refere às características demográficas e psiquiátricas do cuidador e aos aspectos do cuidado. Entretanto, podemos observar que na variável “cuidador remunerado”, apesar de não ser possível realizar uma análise estatística, é possível observar uma diferença entre os grupos, pois 50% (n= 4) dos cuidadores do GP eram profissionais contratados.

Além, dos dados descritos abaixo e também analisados estatisticamente, observou-se que 47,6% (n= 10) dos cuidadores moravam com o paciente com demência, 80,9% (n= 17) eram membros da família do paciente com DA. Destes, 33,3% (n= 7) eram filhos, 28,6% (n= 6) eram esposas e 19% (n= 4) eram irmãos, sobrinhos ou netos. Foi observado que cuidadores tinham outras responsabilidades além do cuidado com o paciente com DA. Em relação às tarefas desempenhadas pelos cuidadores, verificamos que 66,7% (n= 14) eram responsáveis pelo trabalho doméstico; 38,1% (n= 8) tinham trabalhos remunerados que lhes exigiam mais de 20 horas semanais de dedicação; 23,8% (n= 5) tinham filhos que dependiam dos seus cuidados; 52,4% (n= 11) faziam algum tipo de tratamento médico (hipertensão arterial sistêmica citada em 42,9% e depressão em 28,6%).

Adicionalmente, 38,1% (n= 8) dos cuidadores informaram que após um dia com o paciente com DA, sentiam-se fisicamente cansados e emocionalmente nervosos ou irritados, e 33,3 % (n= 7) vivenciavam sentimento de tristeza. Faz-se importante ressaltar que 42,9% (n= 9) dos cuidadores eram sedentários.

Tabela 8. Distribuição dos dados demográficos e clínico dos cuidadores em relação ao grupo de alocação do sujeito com DA: GRC (Grupo Reabilitação Cognitiva), GP (Grupo Placebo) e GC (Grupo Controle)

	GRC (n=6) Média ± DP	GP (n=8) Média ± DP	GC (n=7) Média ± DP	p^a
Idade	48,6 ± 15,9	48,6 ± 16,7	60,1 ± 12,8	0,306
Escolaridade	14,3 ± 2,7	10,1 ± 4,2	13,1 ± 4,1	0,077
Tempo que cuida paciente (meses)	22,2 ± 8,8	21,1 ± 17,1	29,9 ± 18,2	0,627
Média horas/dia c/paciente	11,7 ± 9,8	12,9 ± 9,4	16,3 ± 9,9	0,657
Depressão (MADRS)	3,7 ± 5,3	1,5 ± 1,8	15,1 ± 16,6	0,107
Sobrecarga (ZARIT)	18,8 ± 10,9	26,9 ± 11,9	29,4 ± 14,9	0,198
	GRC (n=6) Frequência (%)	GP (n=8) Frequência (%)	GC (n=7) Frequência (%)	p^b
Feminino	3 (50,0)	6 (75,0)	6 (85,7)	0,413
Casado	4 (66,7)	3 (37,5)	5 (71,4)	0,258
Cuidador remunerado	0 (0,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	--

FONTE: Paula EA, 2016.

NOTAS: MADRS e ZARIT - resultados maiores refletem mais sintomas e maior sobrecarga, respectivamente. ^arefere-se ao teste Kruskal-Wallis para amostras independentes; ^b refere-se ao Teste Exato de Fisher; DA= Doença de Alzheimer; DP= Desvio padrão; MADRS = Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery and Asberg; ZARIT = *Zarit Burden Interview Scale*.

5.2.2 Comparação entre os grupos em cada tempo (T1, T2 e T3)

5.2.2.1 Sobrecarga emocional e física, sintomas de ansiedade e depressão

Independentemente do tempo analisado, é possível observar que os cuidadores do GC apresentaram maior escore nas variáveis de sobrecarga emocional e físicas, de sintomas ansiosos e depressivos e de sofrimento relacionado às alterações comportamentais do paciente (NPI) que os cuidadores do GRC e GP (Figura 13).

Foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre grupos de cuidadores nos tempos T1, T2 e T3 nos resultados do instrumento

HAM-A. Além disso, os cuidadores do GRC e GP mostraram uma redução nos sintomas ansiosos no tempo T3, fato não observado nos cuidadores do GC.

Na comparação entre todos os grupos e na análise entre o GP e CC no tempo T2 nota-se uma diferença estatisticamente significativa nos resultados do instrumento MADRS. Adicionalmente, podemos observar uma redução dos sintomas depressivos do GRC no tempo T3.

De forma resumida, por meio dos dados de sobrecarga e sintomas ansiosos e depressivos dos cuidadores foi possível observar que:

No tempo T1,

- Os cuidadores do GC iniciaram com mais sintomas ansiosos que os outros grupos; principalmente, quando comparado aos cuidadores do GRC.

No tempo T2,

- Os cuidadores do GP diminuíram os sintomas ansiosos e depressivos e diferiram, significativamente, dos cuidadores do GC.

No tempo T3,

- Os cuidadores do GRC e GP continuaram diminuindo os sintomas ansiosos e diferiram, significativamente, dos cuidadores do GC.

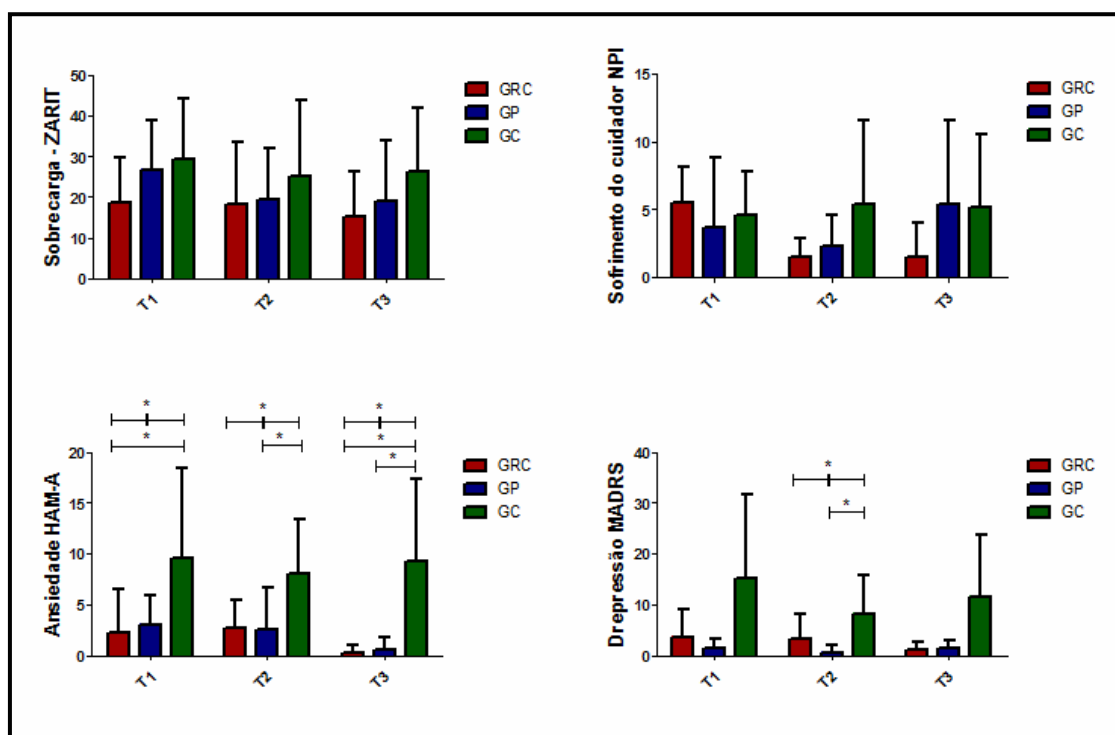


Figura 13. Análise (Média \pm DP) entre os grupos de cuidadores de pacientes com DA das variáveis de sobrecarga emocional e física, sintomas de ansiedade e depressão; comparação em cada tempo T1, T2 e T3. Resultados da autopercepção dos cuidadores dos pacientes com DA do Grupo de Reabilitação Cognitiva (GRC) (n=6) em vermelho, Grupo Placebo (GP) (n=8; exceto no questionário Sofrimento do Cuidador-NPI n=6), em azul e Grupo Controle (GC) (n=7, exceto no questionário Sofrimento do Cuidador-NPI n=5), em verde; foram avaliados nos tempos T1 (pré-intervenção), T2 (pós-intervenção) e T3 (3 meses após intervenção). Resultados maiores refletem maior sobrecarga ou sofrimento (ZARIT e NPI, respectivamente) ou mais sintomas de ansiedade e depressão (HAM-A e MADRS, respectivamente)

NOTAS: DA= Doença de Alzheimer; ZARIT: Questionário de sobrecarga emocional e física; NPI (Inventário Neuropsiquiátrico, parte relacionada ao sofrimento do cuidador); HAMA-A: (Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton); MADRS (Escala de Avaliação para Depressão de *Montgomery and Asberg*). Foram utilizados os testes estatísticos de Teste Kruskal Wallis e Mann-Whitney, considerando valores de (* $p \leq 0,05$) como estatisticamente significativos

FONTE: Paula EA, 2016.

5.2.3 Comparação entre os tempos para cada grupo (GRC, GP e GC)

5.2.3.1 Sobrecarga emocional e física, sintomas de ansiedade e depressão

A comparação dos escores médios das variáveis de sobrecarga, dos sintomas de ansiedade e depressão foi realizada nos T1, T2 e T3 em cada grupo deste estudo (Figura 14), mostrando a evolução destas variáveis ao longo do tempo em cada grupo. Os cuidadores do GRC perceberam diminuição

do sofrimento relacionado às alterações comportamentais dos pacientes entre os tempos analisados, com diferença estatisticamente significativa. O GP apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre os três tempos T1, T2 e T3, de acordo com o instrumento HAM-A. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos grupos de pacientes para as variáveis de sobrecarga e depressão.

De forma resumida, os principais achados referentes aos dados de sobrecarga e sintomas ansiosos e depressivos dos cuidadores, na avaliação da evolução dos tempos de cada grupo, foram:

- Os cuidadores do GRC apresentaram diminuição do sofrimento relacionado à presença de alterações comportamentais nos pacientes, com o passar do tempo, nas avaliações.
- Os cuidadores do GP apresentaram diminuição dos sintomas ansiosos, com o passar do tempo, nas avaliações.

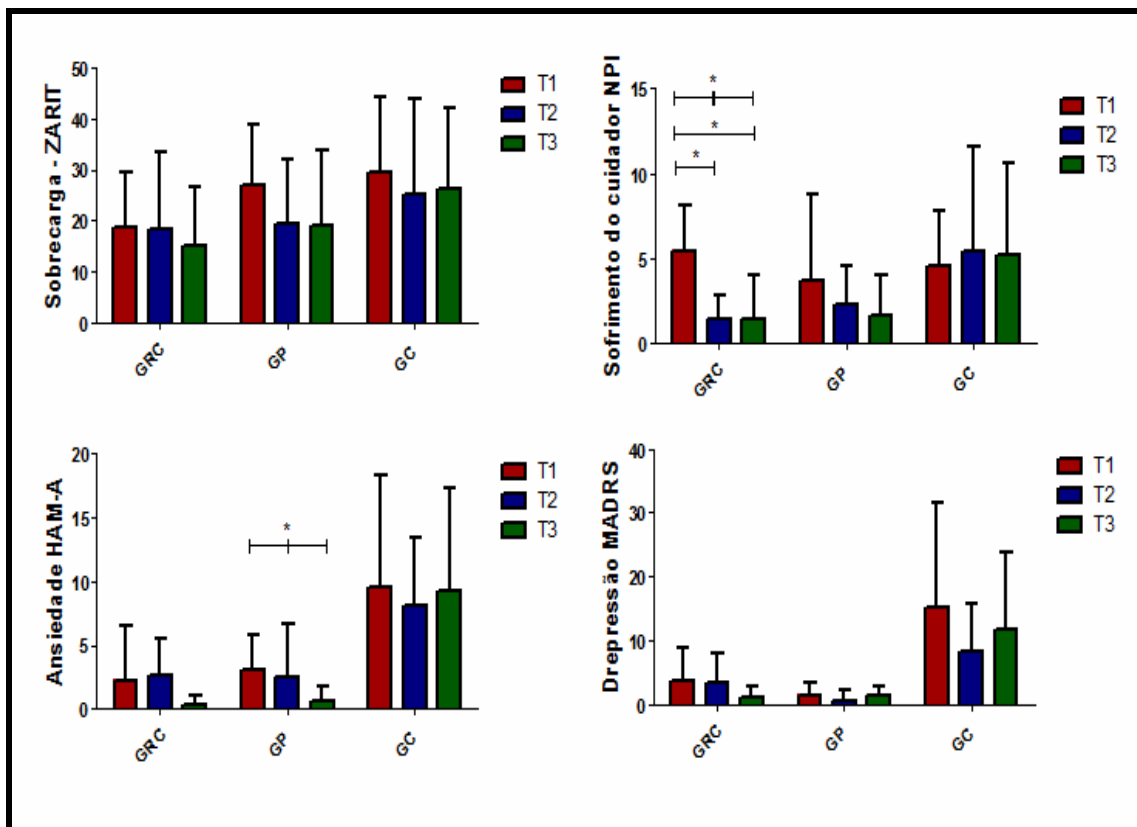


Figura 14. Dados de evolução (Médias \pm DP) das variáveis de sobrecarga emocional e física, dos sintomas de ansiedade e depressão, dos cuidadores dos pacientes com DA, comparação entre os tempos T1; T2 e T3. Resultados da autopercepção dos cuidadores dos pacientes com DA do Grupo de Reabilitação Cognitiva (GRC) (n=6), Grupo Placebo (GP) (n=8; exceto no questionário Sofrimento do Cuidador-NPI n=6) e Grupo Controle (GC) (n=7, exceto no questionário Sofrimento do Cuidador-NPI n=5); foram avaliados nos tempos T1 (pré-intervenção), em vermelho, T2 (pós-intervenção), em azul e T3 (3 meses após intervenção), em verde. Resultados maiores refletem maior sobrecarga ou sofrimento (ZARIT e NPI, respectivamente) ou mais sintomas de ansiedade e depressão (HAM-A e MADRS, respectivamente)

NOTAS: DA= Doença de Alzheimer; ZARIT= Questionário de sobrecarga emocional e física; NPI: Inventário Neuropsiquiátrico, parte relacionada ao sofrimento do cuidador; HAMA-A= Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton; MADRS= Escala de Avaliação para Depressão de *Montgomery and Asberg*. Foram utilizados os testes estatísticos de Teste Kruskal Wallis e Mann-Whitney, considerando valores de (* $p < 0,05$) como estatisticamente significativos

FONTE: Paula EA, 2016.

6. Discussão

6.0 DISCUSSÃO

O principal objetivo desse trabalho foi descrever e avaliar a eficácia da RC com enfoque em metas funcionais para indivíduos com DA leve. Para tal, pacientes diagnosticados com DA leve foram aleatoriamente alocados em três possíveis grupos, o grupo que recebeu a intervenção (GRC), um grupo que recebeu intervenção placebo (GP) e um grupo controle (GC). Os pacientes dos 3 grupos foram analisados quanto às características demográficas, perfil cognitivo, escalas de medida funcional e de sintomas neuropsiquiátricos no tempo T1 (prévio à intervenção). Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos, indicando que a randomização dos participantes foi realizada de maneira adequada e que as diferenças encontradas após a intervenção se devem à intervenção e não a características prévias de cada grupo.

A amostra deste estudo foi caracterizada por ter idade média 75,2 anos, sendo constituída por 76% de indivíduos do sexo feminino, com escolaridade média de 8,6 anos. Muitos estudos de RC na DA leve relataram a idade média dos pacientes semelhante à encontrada em nosso estudo (Kurz et al., 2012; Buschert et al., 2011; Fernández-Calvo et al., 2015; Viola et al., 2011). Nossos dados indicam que a incidência da DA sugere ser maior em mulheres, fato pode ser justificável não somente pela maior longevidade das mulheres *versus* homens, mas também pelo aumento do mecanismo patogênico da toxicidade β -amilóide no sexo feminino, que torna este gênero susceptível a DA (Viña e Lioret, 2010). Além disso, observamos baixo nível de escolaridade e dados da literatura mostram que indivíduos com menor nível educacional possuem maior risco para o desenvolvimento da DA e outras demências (Evans et al., 1997; Fitzpatrick et al., 2004). Pois, a educação proporciona a construção e o aumento da reserva cognitiva, que representa uma vantagem crucial na compensação de mudanças cerebrais que poderiam resultar em sintomas demenciais (Roe et al., 2008;2010). Consequentemente, o perfil dos pacientes estudados está de acordo com o perfil das amostras de

estudos neste tema, apesar de algumas limitações quanto ao número de indivíduos selecionados.

Apesar, deste estudo ter apresentado alguns problemas que comprometeram o número amostral, este cenário não é incomum em pesquisas com pacientes com a DA. Na literatura, vários autores já relataram este problema associado a diversos fatores, tais como a presença de doença intercorrente, abandono, não preenchimento dos critérios de seleção, óbito durante o seguimento (Giodarno et al. 2010; Mapelli et al., 2013; Clare et al., 2013; Fernández-Calvo et al., 2015; Kim, 2015), e a dificuldade de assegurar a presença do cuidador (Buschert et al., 2011; Viola et al., 2011; Clare et al. 2013).

Os objetivos específicos desse trabalho foram verificar o impacto da RC em aspectos qualitativos e quantitativos nas habilidades cognitivas, na funcionalidade na vida diária, nos sintomas neuropsiquiátricos e no nível de sofrimento dos cuidadores relacionado à presença dos sintomas neuropsiquiátricos nos pacientes.

Cognição

A fase da DA leve é caracterizada por apresentar comprometimento progressivo da memória episódica e operacional, que afeta outros domínios cognitivos, tais como funções executivas, linguagem, aprendizagem, percepção visuoespacial e cognição social. Dessa forma, estes prejuízos induzem um comprometimento significativo na funcionalidade do paciente acometido (Forlenza, 2005; Fernández et al., 2010). Os escores dos testes cognitivos foram comparados entre os grupos experimentais (GRC, GP e GC) nos tempos (T1, T2 e T3), mas não foram observadas diferenças para nenhum dos instrumentos de avaliação. Contrariamente, aos nossos achados, no estudo de Bottino et al. (2005) relatada diferença significativa em pacientes com DA que receberam a RC na variável do subteste da Escala Wechsler “Dígitos ordem inversa”. A divergência dos resultados pode ser justificada pelas diferenças metodológicas entre os estudos, principalmente na padronização das

intervenções, no que se refere à frequência e tempo da sessão, período da intervenção, tarefas funcionais trabalhadas e as estratégias utilizadas nas tarefas.

Dentre as diversas medidas cognitivas avaliadas nos grupos de pacientes nos tempos de estudo (Figuras 7, 8 e 9), foi observada melhora no desempenho do GRC apenas no teste de Reprodução visual (Figura 8), nos tempos T2 e T3 ($p=0,027$), diferentemente do observado nos outros grupos. Este foi um resultado inesperado, uma vez que a memória visual não foi especificamente trabalhada durante a intervenção. Além disso, a melhora de desempenho se deu após a intervenção, durante o período de seguimento. Uma explicação para esse dado poderia estar relacionada a situações de maior exposição e estimulação vivenciadas pelos pacientes durante o período de seguimento – possivelmente por conta da melhora em habilidades funcionais e da melhora dos sintomas psicológicos dos pacientes e seus respectivos cuidadores (a serem discutidas posteriormente). No entanto, é importante ressaltar que essa é apenas uma hipótese especulativa com relação a esses resultados, os quais deveriam ser melhor investigados em estudos futuros.

As intervenções com enfoque nas habilidades funcionais realizadas na RC, pautaram-se na estimulação de habilidades que envolviam memória episódica verbal, memória de trabalho e funções executivas. No entanto, não foram encontradas melhoras nestas funções cognitivas. Esse resultado corrobora estudos da literatura que apontam a dificuldade de mensurar os benefícios da RC por meio dos testes cognitivos (Giordano et al., 2010; Viola et al., 2011). Além disso, o estudo de Giordano et al., 2010, reforça que a melhora na cognição nem sempre reflete ganhos na funcionalidade do paciente. Nossos dados sugerem que talvez o fenômeno inverso também possa ocorrer, uma vez que a melhora observada pelos dados qualitativos da funcionalidade não refletiram em ganhos para quase a totalidade dos dados cognitivos. Enfim, independentemente do grupo de alocação dos pacientes, a maioria das variáveis cognitivas avaliadas se manteve em relação ao tempo T1; diferentemente do estudo de Viola *et al.* (2011), que observou estabilidade na função cognitiva global somente no grupo de indivíduos com DA leve após a

estimulação cognitiva, ao programa psicoeducacional com fisioterapia e tratamento físico.

Sintomas psicológicos e comportamentais das demências (SPCD)

A QV dos pacientes e seus cuidadores é afetada pelos SCPD (Karttunen et al., 2011; Fonseca et al., 2015), que muitas vezes acompanham os quadros de DA inicial (Lawlor, 2002; Forlenza, 2005; Fernández et al., 2010; Arbus et al., 2011; Lyketsos et al., 2011; Xiao-Ling et al., 2014; Zahodne et al., 2015). Estas alterações foram consideradas no presente estudo como variáveis comportamentais, por meio do escore médio dos sintomas neuropsiquiátricos e, isoladamente, dos sintomas de ansiedade e depressão foram analisadas nos pacientes com DA nos tempos T1, T2 e T3 (Figura 10). Os resultados do NPI obtidos não mostraram diferença para nenhum dos grupos ou mesmo na evolução dos tempos. Para os sintomas de ansiedade e depressão quando avaliados isoladamente pelos instrumentos HAM-A e MADRS, respectivamente, observou-se uma redução estatisticamente significativa nos sintomas de ansiedade e depressão nos grupos GRC e GP, fato que não foi visto no GC.

Segundo o instrumento HAM-A, escores menores que 17 indicam “ansiedade normal” (<http://www.fpnotebook.com/psych/exam/HmltnAnxtyScl.htm>), dessa forma os valores encontrados nos grupos de pacientes em todos os tempos analisados sugerem quadro de “ansiedade normal”. Apesar dos sintomas, do ponto de vista clínico, não serem importantes, é possível observar que o curso dos sintomas de ansiedade são diferentes entre os grupos e mostram um resultado mais efetivo no GRC. O GRC apresentou escore maior dos sintomas ansiosos no tempo T1, quando comparado aos outros grupos, com diminuição gradativa ao longo do tempo nas avaliações. Diferentemente, o GP apresentou uma diminuição da média do escore dos sintomas no tempo T2 que se manteve no tempo T3 e o GC, a média do escore dos sintomas se manteve após a intervenção.

Situação semelhante foi observada na análise dos escores médios dos sintomas depressivos. Segundo os pontos de corte propostos por Müller-Thomsen et al. (2005) e Bio et al. (2011) para o teste MADRS, os escores médios aferidos no GRC no tempo T1 apontam para um quadro depressivo de intensidade leve ($12,3 \pm 7,9$), com redução gradativa dos sintomas nas avaliações dos tempos T2 e T3. Já os GP e GC apresentaram um escore médio no tempo T1 de poucos sintomas depressivos ($8,8 \pm 3,0$ e $5,1 \pm 3,8$, respectivamente). Sendo que o GP mostrou um curso oscilante da média dos sintomas, com diminuição entre o tempo T1 e T2 e aumento entre o tempo T2 e T3. Enquanto que no GC a média dos sintomas se mativeram semelhantes.

Os benefícios encontrados no GP podem ser justificados pela influência de seus cuidadores que participaram de práticas psicoeducativas (De Vresse et al., 1998). Além disso, as atividades selecionadas para a intervenção placebo envolviam o encontro com outros pacientes e profissionais para assistirem a vídeos, é possível supor que a inserção de uma nova atividade na rotina do paciente tenha promovido ganhos levando à redução dos sintomas de depressão e ansiedade. Estudo de Buschert et al., (2011) relatou que atividades em grupo poderiam trazer benefícios aos pacientes, pois algum tipo de interação ocorre no grupo (Gurka e Marksteiner, 2002; Gatterer, 2007). Dessa forma seu estudo realizou a intervenção no GC em casa sem monitoramento de um profissional para minimizar a interação pessoal (Buschert et al., 2011).

Apesar de algumas limitações, nossos achados mostraram que a RC foi capaz de diminuir os sintomas de ansiedade e depressão e diversos estudos observaram esta associação em indivíduos com DA leve (Buschert et al., 2011; Viola et al., 2011; Kurz et al., 2012; Clare et al., 2013; Fernández-Calvo et al., 2015).

Funcionalidade

A funcionalidade é composta por atividades básicas da vida diária e instrumentais (Santos e Borges, 2015). A RC foi aplicada com o objetivo de promover a melhora da execução de atividades funcionais previamente selecionadas em consenso da maioria das díades deste estudo. As atividades funcionais trabalhadas foram: lembrar-se de recados, lembrar-se de compromissos e praticar um *hobby*. No tempo T1, no mínimo 95,0% e 85,0% dos pacientes e cuidadores, respectivamente, independentemente do grupo de alocação, percebiam as tarefas funcionais como importantes na rotina do paciente. No entanto, a percepção da díade sobre o grau de dificuldade para executar as tarefas funcionais foi dissonante. Enquanto mais de 65,0% dos cuidadores percebiam que as tarefas eram moderadamente ou muito difíceis para a execução do paciente, mais de 65,0% dos pacientes relataram não perceber dificuldades relevantes para desempenhá-las no dia-a-dia (Tabela 4 e 5). Adicionalmente, as tarefas “lembrar-se de dar recados e dos compromissos” foram apontadas por mais de 90% dos cuidadores como as atividades com maior grau de dificuldade, enquanto que para os pacientes estas foram consideradas com menor grau de dificuldade quando comparadas a “praticar um *hobby*”.

A DA causa prejuízos na independência, autonomia e comprometimento da percepção e autocrítica. Distúrbios na capacidade de autopercepção das dificuldades nas AVDs, devido ao processo patológico, são denominados de “anosognosia” (Dourado et al., 2006; Sousa et al., 2011; Santos e Borges, 2015). A falta de consciência das dificuldades funcionais está associada a comportamentos de risco aos pacientes e aumento da sobrecarga do cuidador (Conde-Sala et al., 2013; Turro-Garriga et al., 2013; Castrillo Sanz et al., 2016).

A manutenção da capacidade funcional é o objetivo primordial da RC, e a execução complexa das atividades instrumentais requer a integração de seus subcomponentes, tais como iniciação, planejamento e desempenho (Nadkarni et al., 2012). No tempo T2, na percepção dos pacientes (Tabela 6), foi observado que o GRC apresentou melhora em comparação com o GP e o

GC na meta “praticar um *hobby*”. Em relação às outras metas, apesar de não serem observadas diferenças significativas, foi visto que cerca de 83,3% dos pacientes do GRC relataram perceber melhora no desempenho dessas, diferentemente do observado nos outros grupos. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo que avaliou a eficácia da RC para pessoas com DA leve quando comparado com GP e GC (Clare et al., 2010). Nesse estudo, a RC foi aplicada em oito sessões personalizadas para atender metas individuais e os resultados apresentados, avaliados pela percepção dos pacientes, mostraram que o GRC apresentou melhor desempenho quanto à execução e satisfação das metas, quando comparado aos outros grupos (Clare et al., 2010).

No T2 os cuidadores do GRC perceberam melhora do paciente na execução das metas e diferiram estatisticamente da percepção dos cuidadores do GC e GP nas metas “lembrar-se de dar recado” e do GC na meta “lembrar-se dos compromissos”, diferentemente dos grupos de pacientes que não diferiram significativamente.

No tempo T3 (Tabela 7) não houve diferença na comparação entre os grupos de pacientes, enquanto a percepção dos cuidadores do GRC, diferiu dos grupos de cuidadores do GP e GC na meta “praticar um *hobby*”. Dessa forma, a discordância na percepção dos pacientes e seus cuidadores, em relação a avaliação das metas selecionadas, pode ser justificadas pelo processo de anosognosia observado no paciente com DA. Apesar deste processo não ter sido mensurado neste trabalho, a anosognosia foi clinicamente observada na metade dos pacientes do GRC, uma vez que não reconheciam o seu comprometimento de memória, nem o motivo de estarem incluídos no estudo. Sendo assim, a anosognosia pode ter afetado a avaliação da eficácia da RC na construção da funcionalidade neste estudo, assim como já foi considerada em outros estudos, como fator de impacto negativo, na adesão ao tratamento, e na execução de tarefas essenciais como dirigir, controlar finanças ou elaborar um testamento (Conde-Sala et al., 2013; Turro-Garriga et al., 2013; Castrillo Sanz et al., 2016).

Além da avaliação da execução das metas funcionais (avaliação qualitativa funcional), o questionário B-AVD foi utilizado para analisar a

funcionalidade do paciente de acordo com a percepção do cuidador (Figura 11). Os resultados obtidos por meio da análise entre os grupos e tempos (T1, T2, T3), do escore total do questionário B-AVD e das questões específicas do questionário (questões 5, 10 e 20), não apresentaram diferença significativa. Outros estudos também relatam dificuldade em avaliar os benefícios da RC sobre os ganhos da funcionalidade (Bottino et al., 2005; Kurz et al., 2012; Fernández-Calvo et al., 2015), pois os instrumentos disponíveis parecem não alcançar o benefício perceptível dos pacientes durante as sessões de RC. Nosso estudo, por meio das avaliações qualitativas das metas selecionadas confirma essa dificuldade, pois a maioria dos cuidadores do GRC percebeu algum tipo de melhora dos pacientes nas metas selecionadas, enquanto que esse benefício não pôde ser observado por meio da aplicação do instrumento de B-AVD.

Qualidade de vida

A QV é definida pela percepção do indivíduo a respeito de sua vida, objetivos, expectativas e preocupações. Em indivíduos com DA, a evolução da doença leva a comprometimentos na QV (Missotten et al., 2008; Bosboom e Almeida, 2014). Para mensurar a QV, foi utilizado o QdV-DA nos pacientes e seus cuidadores nos tempos T1, T2 e T3 (Figura 10). Não foi observada diferença na evolução dos tempos, tanto na autopercepção do paciente sobre sua QV, como na percepção do cuidador sobre a QV do paciente. Porém, podemos notar uma tendência a aumento na QV nos pacientes do GRC e GP, pela percepção do paciente, sendo que, a percepção da QV da díade era muito semelhante. Pesquisa realizada por Inouye et al. (2010) utilizaram o mesmo teste para avaliação da QV e também observaram que a percepção do paciente e do respectivo cuidador familiar apresentavam elevada consistência de informações. Por outro lado, o estudo de Conde-Sala et al. (2013), revelou que a percepção dos pacientes foi mais favorável que a dos cuidadores. Diversos estudos mostram que a RC atribui melhora da QV em pacientes com DA leve (Buschert et al. 2011; Viola et al., 2011; Kurz et al., 2012; Clare et al.,

2013; Fernández-Calvo *et al.* 2015; Kim, 2015). Dessa forma, é possível que o número amostral do presente estudo tenha subestimado os benefícios da RC na melhora da QV dos pacientes, uma vez que não foram encontrados resultados semelhantes. Além disso, Brod *et al.* (1999) e Inouye *et al.* (2010) relatam que, apesar do prejuízo do discernimento e consciência estar presente na demência, esse dano pode ser independente da percepção de bem-estar e do próprio estado emocional.

Cuidador do paciente com doença de Alzheimer

O cuidador na fase inicial da DA desempenha uma função importante na supervisão das ações do idoso frente à sua nova realidade imposta pelas limitações da patologia (Novelli *et al.*, 2010), sendo assim a inclusão do cuidador nos estudos de RC representa uma ferramenta importante para o aumento dos benefícios dessa intervenção (Cruz e Hamdan, 2008; Clare *et al.*, 2010). Apesar das características demográficas, psiquiátricas do cuidador e aos aspectos do cuidado (Tabela 8), não apresentarem diferenças, foi observado nos cuidadores, que 47,6% (10/21) moravam com o paciente e 80,9% (17/21) eram membros da família. Estudos mostraram que 75% dos cuidados oferecidos aos pacientes com DA eram oriundos de familiares ou amigos (Haley WE, 1997; Dunkin e Anderson-Hanley, 1998; Martín-Carrasco *et al.*, 2009; Dorcelles, 2010). Entretanto, foram verificados que 50% (n=4) dos cuidadores do GP eram profissionais contratados, diferentemente do visto nos grupos de cuidadores dos GRC e GC, pois estes tinham algum grau de parentesco com o paciente. Rainer *et al.* (2002) revelou que o impacto sofrido pelos cuidadores de pacientes com DA é maior que dos cuidadores de pacientes com demência vascular e idosos não demenciados. Além disso, o aumento do cuidado prestado induz a um cansaço progressivo devido ao desgaste psíquico e físico gerado pelo trabalho repetitivo e a escassez de descanso. Isso reflete em distúrbios comportamentais, tais como, depressão, estresse e ansiedade no cuidador o que geram impactos diretos na QV do

mesmo (Falcão e Bucher-Maluschke, 2009; Robinson et al, 2009; Joling et al., 2014; McGovern, 2015).

As famílias dos pacientes com DA são afetadas por uma condição patológica que desestrutura o sistema familiar (Rolland, 1994), sendo assim os familiares devem ser considerados e incluídos como alvo de tratamento (Rolland, 1994; McGovern, 2015). As variáveis de sobrecarga emocional e física, sofrimento relacionado às alterações comportamentais do paciente (NPI), e sintomas de ansiedade e de depressão foram analisadas nos cuidadores nos diferentes grupos deste estudo (Figura 13). Na análise dos sintomas ansiosos (HAM-A) observa-se diferença entre todos os grupos nos tempos T1, T2 e T3. A média e DP dos sintomas de ansiedade dos cuidadores do GRC e GP, do ponto de vista clínico, não são relevantes, pois são classificados como “ansiedade normal” (<http://www.fpnotebook.com/psych/exam/HmltnAnxtyScl.htm>). No entanto, observa-se, em ambos os grupos, a diminuição gradativa desses sintomas ao longo do tempo (Figura 14). Em contrapartida, os cuidadores do GC apresentaram mais sintomas ansiosos que os demais cuidadores e estes se mantiveram semelhantes ao longo do tempo nas avaliações sendo classificados no quadro clínico de ansiedade leve.

Na análise dos resultados dos sintomas depressivos (MADRS), observamos uma diferença no tempo T2 entre os grupos GP vs CG (Figura 13). Nos outros tempos analisados não foram encontradas mudanças entre os grupos. Apesar dos cuidadores do GRC e GP terem apresentado sintomas depressivos mínimos, observamos uma redução gradativa desses sintomas no GRC (Figura 14) ao longo do tempo. Em contrapartida, os cuidadores do GC apresentavam mais sintomas se enquadrando no quadro clínico depressivo de intensidade leve a moderada (Thomsen et al., 2005; Bio et al., 2011).

Bottino et al. (2005) avaliou a RC em combinação com IChE em comparação com um grupo controle. Os resultados apresentados mostraram que os sintomas ansiosos e depressivos nos cuidadores eram mínimos, como o observado no nosso estudo, e também diminuíram com a intervenção.

A sobrecarga emocional e física e o sofrimento relacionado às alterações comportamentais do paciente no cuidador também foram avaliadas

entre os tempos de avaliação (Figura 14) em cada grupo. Somente os cuidadores do GRC apresentaram diminuição estatisticamente significativa do sofrimento devido às alterações comportamentais do paciente com DA (entre os tempos T1 e T2; e T1 e T3). Nossa hipótese para este achado seria o suporte psicoeducacional oferecido aos cuidadores mais a diminuição do escore médio das alterações comportamentais do paciente do GRC. Apesar de não ser estatisticamente significativa, é possível observar que as alterações comportamentais diminuíram gradativamente ao longo dos tempos de avaliação, diferentemente dos outros grupos, que mostraram um curso oscilante. Segundo o ponto de corte proposto por Ferreira et al. (2010), a sobrecarga emocional e física dos cuidadores deste estudo estão classificadas com intensidade moderada em todos os tempos avaliados. Trabalhos da literatura mostram que a sobrecarga dos cuidadores parece ser inerente à complexidade do ato de cuidar de um doente (Cruz e Hamdan, 2008; Santos et al., 2011). Diante disso, sugere-se que não seja possível sanar a sobrecarga dos cuidadores, apenas aliviá-las com intervenções como a RC (Dunkin e Hanley, 1998; Brodaty e Koschera, 2003; Cruz e Hamdan, 2008).

Os estudos de Viola et al. (2011), Kurz et al. (2012) e de Clare et al. (2013), avaliaram a eficácia da RC em pacientes com DA leve incluindo o cuidador. Semelhante ao nosso estudo, estes trabalhos aplicaram técnicas de psicoeducação nos cuidadores, objetivando repassar conhecimentos básicos da DA e práticas de manejo dos pacientes, entre outros. Os resultados apresentados mostraram benefícios importantes aos cuidadores, como a diminuição do estresse (Clare et al., 2013), depressão (Kurz et al., 2012; Viola et al., 2011), melhora da QV (Viola et al., 2011; Clare et al., 2013) e bem-estar psicológico (Clare et al., 2013); porém Kurz et al. (2012) observou um pequeno aumento da sobrecarga. Nossos achados, em conjunto com dados da literatura, mostram que práticas psicoeducativas proporcionam ao cuidador ganhos essenciais para seu bem-estar psicológico e mental. O tratamento do cuidador, de forma concomitante com o paciente, apresenta maiores benefícios ao cuidador e ao paciente (Brodaty e Koschera, 2003; Kurz et al., 2012). Além disso, o estudo de Clare et al. (2010) sugeriu que sujeitos que tinham um cuidador envolvido na intervenção mostraram maior motivação para dar

continuidade às atividades práticas em casa do que aqueles que não contaram com o envolvimento dos cuidadores. Os estudos apresentados destacam a importância da inclusão do cuidador na intervenção e realçam uma vantagem na metodologia aplicada neste trabalho.

Considerações finais

Apesar dos resultados positivos das intervenções cognitivas (Ávila et al. 2004; Brodaty et al., 2003; Abrisqueta-Gomez et al., 2004; Chapman et al., 2004; Bottino et al., 2005; Farina et al., 2006a, 2006b; Requena et al, 2006; Buschert et al., 2010; Clare et al., 2010; Förster et al., 2011; van Paasschen et al., 2013; Fernández-Calvo et al., 2015), a maioria dos indivíduos com DA, iniciam somente o tratamento farmacológico, provavelmente devido à inexistência de evidências consistentes e precisas sobre o efeito terapêutico destas intervenções combinadas ao tratamento farmacológico (Buschert et al., 2010).

Apesar das limitações do presente estudo, nossos resultados apresentam benefícios importantes da RC em grupo, com foco em metas funcionais, para pacientes com DA leve, combinada ao tratamento farmacológico, como melhora da funcionalidade, redução dos sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes, e tendência de melhora da QV na percepção do paciente. Adicionalmente, observou-se diminuição do sofrimento do cuidador relacionado às alterações comportamentais do paciente. Entretanto, não foram observadas melhora estatisticamente significativa na quase totalidade das variáveis cognitivas, dos sintomas neuropsiquiátricos quando avaliados como um grupo de sintomas, e na QV segundo a percepção do cuidador. No que se refere aos dados dos cuidadores, não se observou diminuição estatisticamente significativa da sobrecarga emocional e física, dos sintomas ansiosos e depressivos.

A ausência da eficácia da RC na melhora de algumas variáveis mensuradas pode ser justificada por conta de alguns aspectos metodológicos, tais como número amostral, tempo de intervenção, falta de avaliação da

anagnosia, entre outros. Entretanto, torna-se importante ressaltar que, atualmente, a literatura não disponibiliza métodos de avaliação fidedignos para quantificar os ganhos reais da RC. De forma que, as escalas e inventários geralmente utilizados na DA são úteis para fins diagnósticos, mas demonstram-se pouco sensíveis para mudanças sutis após uma intervenção. Esse trabalho propôs uma metodologia qualitativa para o estabelecimento de metas e para a avaliação do alcance das mesmas durante a intervenção. Essa metodologia mostrou-se útil para esses propósitos no presente estudo, mas deve ser melhor investigada para verificar sua eficácia em outros contextos.

As pesquisas brasileiras são baseadas em procedimentos utilizados em países desenvolvidos, que ainda não foram adequados à realidade do Brasil. Neste contexto, a RC atual possui o desafio de controlar as inúmeras variáveis individuais e ambientais na condução de pesquisas para observar os efeitos desta intervenção, tornando-se necessária a percepção do paciente e do familiar/cuidador para melhor entendimento dos resultados. Sendo assim, a investigação de novos métodos para avaliação da eficácia da RC e a adequação de tais metodologias a realidade brasileira são fundamentais para melhorar o planejamento terapêutico dos sujeitos com DA.

Limitações do Estudo

No presente estudo observamos a necessidade de um trabalho com maior número amostral e tempo de intervenção (meses). Na alocação dos pacientes nos três grupos, um dos grupos ficou com os pacientes que tinham cuidadores profissionais (50% do GP eram cuidadores remunerados), enquanto que os outros grupos, os cuidadores eram familiares dos pacientes, não sendo possível avaliar se, de alguma forma, este viés interferiu nos resultados finais.

A seleção das três metas funcionais foi realizada pelo consenso das díades, independentemente do grupo de alocação dos pacientes. Portanto, seria indicado investigar em grupos maiores se esta metodologia é uma boa estratégia de seleção.

A meta funcional 'dar recados' já não era exercitada pelos pacientes do GRC, e não foi investigada se a mesma situação acontecia com os pacientes do GP e GC. Sendo assim, no GRC, além do treino das metas, foi necessário criar a demanda para observar o resultado do trabalho. O tempo requerido para trabalhar uma funcionalidade prejudicada, que ainda faz parte da vida do paciente com DA, exige uma demanda de tempo diferente de uma funcionalidade que não faz parte da rotina do paciente. Logo, seria indicado avaliar se a funcionalidade prejudicada ainda faz parte da rotina do paciente com DA, isto melhoraria o planejamento do estudo.

As tarefas funcionais foram trabalhadas apenas no GRC, porém os outros grupos estavam cientes das metas, principalmente o grupo GP, no qual a díade acreditava que as metas estavam sendo trabalhadas durante as sessões de vídeo. Portanto, o ambiente proporcionado ao GP e o cuidador pode ter estimulado a funcionalidade do paciente.

Outro fator importante, é que o possível prejuízo da consciência do paciente sobre suas dificuldades funcionais pode ter subestimado os benefícios da RC na funcionalidade. Dessa forma, parece ser imprescindível a avaliação da anosognosia desses pacientes, para o planejamento de intervenções focadas no sujeito, e na criação de estratégias para diminuir o impacto da anosognosia em situações específicas; principalmente quando os resultados da pesquisa consideram apenas a percepção do paciente com DA. Adicionalmente, sugere-se que a falta de demanda de 50% dos pacientes do GRC que não reconheciam dificuldades nas AVDs pode ter prejudicado sua adesão ao trabalho proposto e diante disso fica o questionamento: Qual o benefício da reabilitação com foco nas AIVDs que não são percebidas pelo paciente como comprometidas? Trabalhar a funcionalidade nessas condições pode gerar alterações comportamentais no paciente com DA?

Enfim, são muitos questionamentos que instigam pesquisas e devem ser considerados antes do planejamento de estudos que utilizem o tratamento não-farmacológico para pacientes com DA.

7. Conclusão

7.0 CONCLUSÃO

Nossos resultados apresentam benefícios da associação da reabilitação cognitiva em grupo, com foco em metas, ao tratamento farmacológico em sujeitos com DA leve. Foram observados ganhos na avaliação qualitativa da funcionalidade dos pacientes do GRC, na execução das metas selecionadas, segundo a percepção da díade. Apesar disto, a percepção dos pacientes e cuidadores foi discrepante quanto ao nível de dificuldade dos pacientes para executarem as metas, e em relação à evolução do desempenho do paciente nas metas.

Na análise entre os tempos, os pacientes dos grupos GRC e GP apresentaram redução dos sintomas de ansiedade e depressão, quando analisados isoladamente com os instrumentos HAM-A e MADRS, respectivamente. No que se refere aos cuidadores do GRC, estes apresentaram uma redução no sofrimento relacionado às alterações comportamentais dos pacientes (NPI).

As falhas na identificação de resultados positivos da RC na melhora de algumas variáveis mensuradas, em pacientes com DA leve, podem ser justificadas por limitações metodológicas, tais como número amostral, tempo de intervenção e falta de avaliação da anosognosia, entre outros. Entretanto, estas limitações não alteram os resultados positivos da RC nos pacientes com DA leve e seus cuidadores.

8. Anexos

8.0 ANEXOS

ANEXO A – Aprovação no Comitê de ética -Protocolo de Pesquisa nº 0101/11

Recebido: 26/05/11, às 8h
Departamento de Psiquiatria do FMUSP



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 20/04/2011, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0101/11**, intitulado: "**AVALIAÇÃO DE DOIS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO NÃO-FARMACOLÓGICA PARA PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER: IMPACTO SOBRE MEDIDAS DE DESFECHO NEUROBIOLÓGICAS E FUNCIONAIS**", apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino** *PROTER*

Pesquisador (a) Executante: **Ednéia Aparecida de Paula**

Co-autores: **Profa. Dra. Tania Correa de Toledo Ferraz Alves, Juliana Emy Yokomizo, Sharon Dymetmen Sanz.**

CAPPesq, 20 de Abril de 2011

Euclides Ayres de Castilho
PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq



Hospital das Clínicas da FMUSP
 Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Nº Protocolo: 0101/11

Título: Reabilitação Cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer leve: Impacto sobre medidas de desfecho funcionais, de qualidade de vida e neurobiológicas

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino

Pesquisador Executante: Ednéia Aparecida de Paula]

Finalidade Acadêmica: Pós-Graduação

Departamento: PSQUIATRIA

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU / TOMOU CIÊNCIA** na sessão datada de 04/09/2013, do(s) documento(s) abaixo mencionado(s):

• **Carta datada de 20/05/2013 - Modificações no projeto - Mudança de título para "Reabilitação Cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer leve: Impacto sobre medidas de desfecho funcionais, de qualidade de vida e neurobiológicas" - Mudança de finalidade acadêmica para pós-graduação de Ednéia Aparecida de Paula.**

• **Carta datada de 22/07/2013 - Respostas ao parecer pendente de 19/06/2013**

A CAPPesq em obediência à Resolução CNS 196/96, solicita ao pesquisador (a) s elaboração de relatório parcial e final.

No caso de relatório parcial é necessário informar o tempo previsto para a conclusão do protocolo e breve resumo dos resultados obtidos.

CAPPesq, 04 de Setembro de 2013


PROF. DR. LUIZ EUGÊNIO GARCEZ LEME
 Coordenador

**Comissão de Ética para Análise de
 Projetos de Pesquisa - CAPPesq**

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: REABILITAÇÃO COGNITIVA EM PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER LEVE: IMPACTO SOBRE MEDIDAS DE DESFECHO FUNCIONAIS, DE QUALIDADE DE VIDA E NEUROBIOLÓGICAS
2. PESQUISADOR : DR. CÁSSIO MACHADO DE CAMPOS BOTTINO
CARGO/FUNÇÃO: MÉDICO ASSISTENTE INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 61025
UNIDADE DO HCFMUSP: PSIQUIATRIA
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
- RISCO MÍNIMO (X) RISCO MÉDIO
- RISCO BAIXO RISCO MAIOR
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 06 MESES

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – Desenho do estudo e objetivo(s): Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, cujos objetivos são: avaliar a eficácia da Reabilitação Cognitiva comparada a uma Intervenção-placebo (assistir a vídeos diversos) e a um grupo Controle e, investigar as mudanças que essa intervenção pode causar nos padrões de fluxo sanguíneo cerebral, avaliados através do SPECT envolvendo pacientes com doença de Alzheimer. O familiar/ cuidador dos grupos de Reabilitação Cognitiva e Intervenção placebo também participarão de sessões em paralelo, conforme randomização dos pacientes, em grupos psicoeducacionais e de apoio; visando a orientação sobre a doença e seu prognóstico, e o apoio às dificuldades enfrentadas para lidar com as alterações de comportamento e o declínio funcional habitualmente observado durante a evolução da doença. Os pacientes randomizados no Grupo Controle terão direito a uma avaliação psiquiátrica com três retornos médicos;

2 – Em relação aos procedimentos experimentais e não rotineiros, com exceção dos pacientes randomizados no Grupo Controle, será realizado apenas uma modalidade de intervenção com cada participante, podendo ser esta de treino cognitivo/funcional ou atividade de assistir a vídeos diversos, ocorrendo todas duas vezes por semana, com duração de 60 minutos, ao longo de 03 meses. Além disto, durante este período, também ocorrerá orientação e suporte aos familiares / cuidadores dos grupos de Reabilitação Cognitiva e Intervenção Placebo, em grupos psicoeducacionais e de apoio, enquanto os pacientes realizam as intervenções. Os pacientes e familiares/ cuidadores do Grupo Controle não participaram de nenhuma atividade e aguardarão as próximas avaliações;

3 – Os pacientes que preencherem os critérios de inclusão passarão por avaliações médicas, funcionais, de qualidade de vida e neuropsicológicas, com o propósito de investigar o perfil prévio dos participantes, sendo reavaliadas por mais duas vezes: após o término das intervenções para comparação dos resultados, e após três meses do término dos programas para avaliação da manutenção dos efeitos da intervenção. Estas avaliações serão realizadas com auxílio de questionários, testes e escalas. Ao lado disto, também com o propósito de investigar o perfil prévio dos pacientes, serão realizados exames de neuroimagem, tais como a ressonância magnética (RM) e o SPECT, sendo este último realizado também posteriormente à intervenção. Apenas no exame de SPECT cerebral será necessário punção venosa em veia superficial do braço e injeção de traçador. Os familiares/ cuidadores serão avaliados com o auxílio de questionários e escalas com o propósito de investigar o perfil emocional, relação do paciente-cuidador e sobrecarga emocional e física, antes da intervenção, após o término da intervenção para comparação dos resultados, e após três meses do término dos programas para avaliação da manutenção dos efeitos da intervenção. O tempo estimado para essas avaliações totaliza 6:00 horas

(seis horas), sendo distribuído da seguinte forma: Triage dos pacientes – 60 minutos; Exame de Ressonância Magnética Cerebral – 30 minutos; Avaliação Psiquiátrica – 30 minutos; Avaliação Neuropsicológica – 120 minutos e SPECT – 120 minutos;

4 – Quanto aos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos, em relação ao exame de SPECT, o paciente recebe primeiramente uma punção de uma veia com o marcador e ficará em repouso por 30 minutos. Após este procedimento, ele será levado para o aparelho onde será realizado o exame. A injeção do marcador contém doses ínfimas de radioisótopos, muito inferiores às usadas na prática clínica, não sendo esperada nenhuma reação colateral. No exame de RM, algum desconforto poderá surgir no momento da realização do exame, que será suspenso caso o paciente não suporte permanecer deitado no scanner. A aplicação de testes e escalas pode ocasionar desconforto mínimo, devido ao esforço mental. As escalas e questionários para os familiares/ cuidadores poderão suscitar pequeno grau de ansiedade e/ou angústia por conterem questões que podem se refletir como uma dificuldade do dia-a-dia.

5 – No que tange os benefícios para os participantes, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de possíveis benefícios, sendo esperada diminuição das alterações de comportamento, minimização dos déficits cognitivos do paciente e redução da sobrecarga do familiar/ cuidador do paciente com doença de Alzheimer. Por conseguinte, espera-se que estas mudanças reflitam em uma melhor qualidade de vida e das atividades de vida diária dos pacientes;

6 – Não há procedimentos alternativos, pelos quais o paciente pode optar;

7 – Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Cássio Machado de Campos Bottino, que pode ser encontrado no PROTER – Instituto de Psiquiatria – HCFMUSP, no endereço: Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 – 3º andar – sala 14 - Telefone (11) 2661-6973. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br;

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

09 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente;

10 – Os participantes têm o direito de serem mantidos atualizados sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação;

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "REABILITAÇÃO COGNITIVA EM PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER LEVE: IMPACTOS SOBRE MEDIDAS DE DESFECHO FUNCIONAIS, DE QUALIDADE DE VIDA E NEUROBIOLÓGICAS".

Eu discuti com o Dr. Cássio Machado de Campos Bottino, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, meus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

----- Data ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente/representante legal

----- Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

ANEXO C – Questionário de Mudança Cognitiva com 22 Questões (QMC 22)

Base para montar o questionário para a seleção das metas

Quadro 1 - Versão Final do QMC22.

Nome do participante (paciente ou voluntário):			
Idade:		Gênero:	Escolaridade:
Nome do informante:			
Idade:		Gênero:	Escolaridade:
Telefone para contato:			
Vinculo com o participante: () filho(a) () nora/genro () outros			
Lembre-se: “sim, uma mudança” indica que você pensa que tem havido mudança (alteração) nos últimos anos causada por problemas cognitivos (pensamento e memória)	Sim, uma mudança (uma alteração)	Não, nenhuma mudança (alteração)	N/A (não se aplica ou não disponível) não sei
1. Problemas de julgamento (p. ex: cair em ‘contos do vigário’, más decisões financeiras, comprar presentes inadequados para os que recebem) (AD8)			
2. Interesse reduzido em <i>hobbies</i> atividades (AD8)			
3. Repete perguntas, estórias, afirmações (AD8)			
4. Dificuldade para aprender como usar um instrumento, eletrodoméstico ou outro aparelho (p.ex. videocassete, computador, microondas, controle remoto) (AD8)			
5. Esquece o mês e o ano corretos (AD8)			
6. Dificuldade para lidar com assuntos financeiros complicados (p. ex. controle do saldo no talão de cheques, imposto de renda, pagamento de contas) (AD8)			
7. Dificuldade para lembrar-se de compromissos (AD8)			
8. Problemas constante com o pensamento e/ou memória (AD8)			
9. Dificuldade para usar o telefone para fazer ligações (Katz)			
10. Dificuldade para usar carro, ônibus, táxi ou barco sozinho (Katz, modificado para barco)			
11. Dificuldade para tomar remédios sem supervisão (Pfeffer)			
12. Dificuldade para compreender uma notícia ou um filme ou um programa de rádio ou televisão (Pfeffer)			
13. Dificuldade para se manter atualizado sobre os fatos importantes da comunidade ou país (Pfeffer)			

Continua

Continuação do Quadro 1

14. Dificuldade para se lembrar do que conversou nos últimos dias (IQCODE)			
15. Dificuldade para lembrar-se onde as coisas são guardadas usualmente (IQCODE)			
16. Dificuldade para contar o que acabou de ver ou ouvir			
17. Dificuldade para lembrar uma mensagem (Fillenbaum)			
18. Dificuldade para expressar opiniões próprias sobre assuntos de família (Fillenbaum)			
19. Dificuldade para terminar alguma coisa começada (Fillenbaum)			
20. Dificuldade para lidar com pequenas somas de dinheiro (Blessed)			
21. Dificuldade para tomar parte em alguma conversa			
22. Dificuldade para sair para uma caminhada sozinho e voltar para casa sem perder-se (Fillenbaum -adaptado)			
TOTAL			

ANEXO D – Questionário para Seleção das Metas

Questionário formulado a partir de referências de instrumentos utilizados na prática clínica e em pesquisas: Questionário de mudanças cognitivas - QMC22 (Damin, 2011) e GAS - Goal Attainment Scaling (Prof. Lynne Turner-Stokes, 2009).

QUESTIONÁRIO PARA SELEÇÃO DAS METAS E AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA E DIFICULDADE DAS METAS PARA O PACIENTE

Nome paciente:

Nome cuidador/familiar:

Data da avaliação:

Sr(a) (nome paciente) devido a sua dificuldade de memória algumas situações tornaram-se mais complicadas e, às vezes, podem gerar preocupação para o senhor(a) e para o Sr(a) (nome do cuidador). Com o objetivo de trabalharmos essas situações e tentarmos melhorar o seu desempenho, elaboramos uma lista de dificuldades e gostaríamos que o senhor(a) apontasse quais são as três situações que mais lhe incomodam. O Sr(a). (nome do cuidador) irá ajudá-lo a escolher as dificuldades que ele(a) percebe na convivência com o senhor(a). Essas “situações difíceis” serão transformadas em metas e, também serão os principais objetivos do nosso trabalho.

Aqui está a lista (ver abaixo).

Parte 1) Agora marque quais são, no seu entendimento e no do cuidador, as **três maiores dificuldades** do Sr(a) (nome do paciente). Dificuldades estas que mais comprometem seu funcionamento, que mais preocupam a família e/ou que vocês tem mais dificuldade para lidar.

Parte 2) (separar do ambiente paciente e cuidador/ **aplicar a lista toda no paciente e depois no cuidador**). Agora vou ler cada uma das situações,

independente se você marcou ou não como uma situação difícil. **Considerando a doença e a condição atual** do Sr(a) (nome do paciente), gostaria que você me desse a percepção do grau de importância que cada uma dessas atividades tem na vida do Sr(a) (nome do paciente) e qual o grau de dificuldade que imagina que o Sr(a) (nome do paciente) teria para atingir essa meta, ou seja, melhorar seu desempenho nessa atividade.

0 = não importante ou não difícil
 1 = pouco importante ou pouco difícil
 2 = moderadamente importante ou moderadamente difícil
 3 = muito importante ou muito difícil

MARQUE "X" nas 3 principais	DIFICULDADES	GRAU DE IMPORTÂNCIA PARA O PACIENTE	GRAU DE DIFICULDADE PARA O PACIENTE	GRAU DE IMPORTÂNCIA PARA O CUIDADOR	GRAU DE DIFICULDADE PARA O CUIDADOR
	Desempenho em hobbies/ atividades				
	Lembrar o mês e o ano corretos				
	Lidar com assuntos financeiros (quanto recebeu, gastou e as contas para pagar)				
	Lembrar-se dos compromissos (ex: consultas, aniversários)				
	Usar o telefone para fazer ligações				
	Usar carro, ônibus ou táxi sozinho				
	Tomar remédio sem supervisão				
	Lembrar uma mensagem/ recado				
	Expressar opiniões próprias sobre assuntos de família				
	Terminar alguma coisa começada				
	Lidar com pequenas somas de dinheiro				

**ANEXO E – Registro Diário do Desempenho do Paciente na Meta
“Lembrar dos compromissos”**

Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas – COMPROMISSO

Nome do paciente:

Nome do familiar e/ou cuidador:

META: Lembrar dos compromissos (exemplo: consultas/exames, aniversários e outros)

DATA	TEVE COMPROMISSO?	QUAIS E QUANTOS ?	OBSERVAÇÕES
<i>Segunda-feira</i>	NÃO	Consultas - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
	SIM	Aniversários - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
		Outros - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
<i>Terça-feira</i>	NÃO	Consultas - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
	SIM	Aniversários - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
		Outros - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
<i>Quarta-feira</i>	NÃO	Consultas - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
	SIM	Aniversários - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
		Outros - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
<i>Quinta-feira</i>	NÃO	Consultas - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
	SIM	Aniversários - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
		Outros - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
<i>Sexta-feira</i>	NÃO	Consultas - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
	SIM	Aniversários - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
		Outros - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
<i>Sábado</i>	NÃO	Consultas - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
	SIM	Aniversários - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
		Outros - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
<i>Domingo</i>	NÃO	Aniversários - Lembrados () NÃO Lembrados ()	
	SIM	Outros - Lembrados () NÃO Lembrados ()	

ANEXO F - Registro Diário do Desempenho do Paciente na Meta “Lembrar de dar recado”

Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas – RECADO

Nome do paciente:

Nome do familiar e/ou cuidador:

META: Anotar os recados recebidos (ex. telefônicos, avisos e outros).

DATA	TEVE RECADO?	ANOTOU OS RECADOS?	OBSERVAÇÕES
Segunda-feira	NÃO SIM QUANTOS ____	NÃO SIM QUANTOS ____	
Terça-feira	NÃO SIM QUANTOS ____	NÃO SIM QUANTOS ____	
Quarta-feira	NÃO SIM QUANTOS ____	NÃO SIM QUANTOS ____	
Quinta-feira	NÃO SIM QUANTOS ____	NÃO SIM QUANTOS ____	
Sexta-feira	NÃO SIM QUANTOS ____	NÃO SIM QUANTOS ____	
Sábado	NÃO SIM QUANTOS ____	NÃO SIM QUANTOS ____	
Domingo	NÃO SIM QUANTOS ____	NÃO SIM QUANTOS ____	

ANEXO G - Registro Diário do Desempenho do Paciente na Meta “Praticar um *hobby*/ atividade”

Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas – *HOBBY*

Nome do paciente:

Nome do familiar e/ou cuidador:

META: (Anotar o hobby, ex: caminhar 3 vezes por semana).

DATA	PRATICOU O HOBBY?	OBSERVAÇÕES
Segunda-feira	NÃO SIM	
Terça-feira	NÃO SIM	
Quarta-feira	NÃO SIM	
Quinta-feira	NÃO SIM	
Sexta-feira	NÃO SIM	
Sábado	NÃO SIM	
Domingo	NÃO SIM	

ANEXO H – Record Sheet da Goal Attainment Scaling - GAS

Goal Attainment Scaling: Prof Lynne Turner Stokes.

Goal Attainment Scaling (GAS) Record Sheet

Patient Name:..... Age..... Hospital No:.....

Discharge date:..... Keyworker:.....

Patient stated goal	SMART goal	Imp	Diff	Baseline	Achieved	Variance (Describe achievement if differs from expected and give reasons)
1.		0 1 2 3	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Some function <input type="checkbox"/> None (as bad as can be)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Much better <input type="checkbox"/> A little better <input type="checkbox"/> As expected <input type="checkbox"/> Partially achieved <input type="checkbox"/> Same as baseline <input type="checkbox"/> Worse
2.		0 1 2 3	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Some function <input type="checkbox"/> None (as bad as can be)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Much better <input type="checkbox"/> A little better <input type="checkbox"/> As expected <input type="checkbox"/> Partially achieved <input type="checkbox"/> Same as baseline <input type="checkbox"/> Worse
3.		0 1 2 3	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Some function <input type="checkbox"/> None (as bad as can be)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Much better <input type="checkbox"/> A little better <input type="checkbox"/> As expected <input type="checkbox"/> Partially achieved <input type="checkbox"/> Same as baseline <input type="checkbox"/> Worse

ANEXO I – Questionário para Avaliação das Metas – Percepção do Paciente

QUESTIONÁRIO FORMULADO A PARTIR DE REFERÊNCIA DE INSTRUMENTO UTILIZADO NA PRÁTICA CLÍNICA E EM PESQUISAS: *Record Sheet* da GAS - *Goal Attainment Scaling* (Prof. Lynne Turner-Stokes, 2009).

Questionário para Avaliação das Metas do Paciente na Percepção do Paciente (Pós-intervenção e Seguimento)

PACIENTE: _____ DATA: _____

META	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÕES
<p>HOBBY (Conforme hobby escolhido e informado na folha de avaliação das metas)</p>	<p>Sr(a) (nome do paciente), considerando o seu desempenho na atividade {informar o HOBBY} na época que fizemos a primeira avaliação, como o Sr(a) <u>classificaria o seu desempenho atualmente?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estou pior, ou seja, não faço {informar o hobby} e/ou parei com a outra atividade que fazia () • Continuo fazendo da mesma forma que fazia na época da primeira avaliação, ou seja, se era pra eu iniciar o hobby não iniciei ou se eu já fazia mantive a mesma frequência – não houve mudança. () • Melhorei o desempenho {informar o hobby}, conforme eu esperava que acontecesse () • Melhorei o desempenho {informar o hobby} um pouco mais do que eu esperava que acontecesse () • Estou muito melhor do que eu esperava que acontecesse no desempenho do {informar o hobby} () 	

<p>COMPROMISSO (os compromissos relevantes para cada paciente).</p>	<p>Sr(a) (nome do paciente), considerando o seu desempenho para LEMBRAR-SE DOS COMPROMISSOS na época que fizemos a primeira avaliação, como o Sr(a) <u>classificaria o desempenho atualmente?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estou pior, ou seja, esqueço mais os compromissos () • Continuo com a mesma dificuldade que tinha na época da primeira avaliação para lembrar-me dos compromissos () • Melhorei o desempenho de lembrar os compromissos, conforme eu esperava que acontecesse () • Melhorei o desempenho de lembrar os compromissos um pouco mais do que eu esperava que acontecesse () • Melhorei o desempenho de lembrar os compromissos muito mais do que eu esperava que acontecesse () 	
<p>RECADO Anotar o recado e se lembrar de dar o recado – não necessariamente assim que ver a pessoa. Pode-se dar o recado sem ter anotado; ou anotar em lugar e os familiares lerem</p>	<p>Sr(a) (nome do paciente), considerando o seu desempenho para DAR RECADO na época que fizemos a primeira avaliação, como o Sr(a) <u>classificaria o seu desempenho atualmente?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estou pior, ou seja, esqueço mais de dar recados () • Continuo com a mesma dificuldade para dar recados () • Melhorei o desempenho em dar recados, conforme eu esperava () • Melhorei o desempenho em dar recados, um pouco mais do que eu esperava () • Estou muito melhor do que eu esperava para dar recados () 	

ANEXO J - Questionário para Avaliação das Metas – Percepção do Cuidador

QUESTIONÁRIO FORMULADO A PARTIR DE REFERÊNCIA DE INSTRUMENTO UTILIZADO NA PRÁTICA CLÍNICA E EM PESQUISAS: *Record Sheet* da GAS - *Goal Attainment Scaling* (Prof. Lynne Turner-Stokes, 2009).

Questionário para Avaliação das Metas do Paciente na Percepção do Cuidador (Pós-intervenção e Seguimento)

CUIDADOR: _____

DATA: _____

META	AValiação	OBSERVAÇÕES
HOBby (Conforme hobby escolhido e informado na folha de avaliação das metas)	Sr(a) (nome do cuidador), considerando o desempenho do Sr.(a) (nome do paciente) na atividade {informar o HOBby} na época que fizemos a primeira avaliação, como o Sr(a) <u>classificaria o desempenho dele(a) atualmente?</u> <ul style="list-style-type: none"> • Está pior, ou seja, não faz {informar o hobby} e/ou parou com outra atividade que fazia () • Continua fazendo da mesma forma que fazia na época da primeira avaliação, ou seja, se era pra ele iniciar o hobby não iniciou ou se ele já fazia manteve a mesma frequência – não houve mudança. () • Melhorou o desempenho {informar o hobby}, conforme eu esperava que acontecesse () • Melhorou o desempenho {informar o hobby} um pouco mais do que eu esperava que acontecesse () • Está muito melhor do que eu esperava que acontecesse no desempenho do {informar o hobby} () 	

<p>COMPROMISSO (os compromissos relevantes para cada paciente).</p>	<p>Sr(a) (nome do cuidador), considerando o desempenho do Sr.(a) (nome do paciente) para LEMBRAR-SE DOS COMPROMISSOS na época que fizemos a primeira avaliação, como o Sr(a) <u>classificaria o desempenho dele(a) atualmente?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Está pior, ou seja, esquece mais os compromissos () • Continua com a mesma dificuldade que tinha na época da primeira avaliação para lembrar-se dos compromissos () • Melhorou o desempenho de lembrar-se dos compromissos, conforme eu esperava que acontecesse () • Melhorou o desempenho de lembrar-se dos compromissos um pouco mais do que eu esperava que acontecesse () • Melhorou o desempenho de lembrar-se dos compromissos muito mais do que eu esperava que acontecesse () 	
<p>RECADO Anotar o recado e se lembrar de dar o recado – não necessariamente assim que ver a pessoa. Pode-se dar o recado sem ter anotado; ou anotar em lugar e os familiares lerem</p>	<p>Sr(a) (nome do cuidador), considerando o desempenho do Sr.(a) (nome do paciente) para DAR RECADO na época que fizemos a primeira avaliação, como o Sr(a) <u>classificaria o desempenho dele atualmente?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Está pior, ou seja, esquece mais de dar recados () • Continua com a mesma dificuldade para dar recados () • Melhorou o desempenho para dar recados, conforme eu esperava () • Melhorou o desempenho para dar recados, um pouco mais do que eu esperava () • Está muito melhor do que eu esperava para dar recados () 	

ANEXO K – Descrição da Reabilitação Cognitiva

Sessões de Reabilitação Cognitiva

(24 sessões de 60 minutos com paciente e 15 minutos de orientação ao cuidador)

Metas trabalhadas:

Lembrar-se dos compromissos

Lembrar-se de dar os recados

Começar ou retomar um hobby

Materiais elaborados:

Calendários dos três meses de intervenção cognitiva (dois de cada mês para cada paciente)

Bloco de recados (para as sessões e para os pacientes levarem para casa)

Cartazes com alguns hobbies

Cartaz com os nomes dos pacientes e espaço para inserir os *hobbies* selecionados e a meta a ser alcançada nessa atividade

Materiais adquiridos:

Crachás

Folha de sulfite A4

Pincel atômico vermelho

Alfinete

Durex

Lápis

Caneta

Borracha

Despertador

Um telefone celular com linha e ativo

Materiais da sala

Uma mesa que comporte dez pessoas

Dez cadeiras

Um telefone fixo com linha e funcionando

1ª SESSÃO:

Paciente:

- Terapia de reminiscência: cada paciente se apresenta e fala um pouco de si (se é casado, se tem filhos, onde mora e, entre outras informações pessoais, qual a profissão). Quando a informação de um paciente for igual a de outro, se enfatiza a coincidência.
- Técnica mnemônica verbal para lembrar-se dos nomes: solicitar a cada paciente que escolha um adjetivo que tenha relação consigo e que inicie com a mesma letra do seu nome.
- Técnica de auxílio externo: confeccionar os crachás com os nomes e, abaixo deles, os adjetivos.
- Técnica de aprendizagem sem erro: durante algum diálogo, perguntar-lhes com quem estão falando e, se não lembrarem ou esquecerem-se de ler no crachá, o profissional deverá apontar para a informação (nome no crachá).
- Tarefa alvo: apresentação e entrosamento dos participantes. Propiciar um ambiente acolhedor e mostrar que todos os participantes têm uma demanda em comum, os esquecimentos. Explicar sobre a importância da intervenção cognitiva para pessoas com dificuldade de memória, portanto a necessidade de usar estratégias para compensá-la. Explicitar a importância de identificar a pessoa pelo nome e encorajá-los a usar as técnicas.

Cuidador:

- Apresentação dos objetivos da reabilitação cognitiva (RC) e da importância da continuidade das atividades aprendidas durante a sessão de RC em casa. Diante disso, apontar a necessidade dos cuidadores entenderem e serem bem instruídos sobre os treinos.

2ª SESSÃO:

Paciente:

- Relembrar a demanda em comum entre eles (esquecimentos), bem como o objetivo da reabilitação cognitiva. Favorecer o questionamento, entre os participantes, sobre as dificuldades vivenciadas diariamente devido aos esquecimentos.
- Técnica de auxílio externo e aprendizagem sem erro: espalhar os crachás em cima da mesa e um participante voluntariamente tentará identificar pelo nome e adjetivo, o dono do crachá; os outros participantes poderão ajudá-lo. Porém, informar a todos que eles somente poderão entregar o crachá se

eles tiverem a certeza de quem é a pessoa, caso contrário, terão que perguntar. Depois que cada participante estiver com o crachá, relembrar o sentido dos adjetivos e história de vida de cada um. Para finalizar a apresentação, pedir para cada participante falar, em voz alta, o nome e o adjetivo.

- Técnica de auxílio externo: entregar dois calendários do mês corrente para cada participante. Retomar suas queixas sobre os esquecimentos de compromissos e mostrar essa ferramenta como um recurso para compensar as dificuldades de memória. Explicar a diferença entre as atividades de rotina das que fogem à rotina, deixando claro que as tarefas que saem da rotina são mais difíceis de serem lembradas. Portanto, enfatizar a necessidade de olhar diariamente o calendário para que esta atividade torne-se parte da rotina. Informá-los que os compromissos serão anotados no calendário.
- Tarefa alvo: continuidade do entrosamento entre os participantes. Melhorar a autocrítica e, conseqüentemente, a adesão aos treinos compensatórios ensinados. Apresentar o calendário como um recurso para ajudá-los a lembrar dos compromissos.

Cuidador:

- Informar o que foi trabalhado na sessão. Esclarecer as dúvidas e solicitar que ajudem o familiar/paciente a fazer uma relação por escrito dos compromissos (consultas médicas, exames, aniversários e cursos, entre outros). Pedir para trazerem esta informação na sessão seguinte (3ª).

3ª SESSÃO:

Paciente:

- Relembrar a demanda em comum entre eles (esquecimentos), bem como o objetivo da reabilitação cognitiva. Favorecer um espaço para falarem sobre as dificuldades do dia-a-dia e como se sentem diante disso (sensibilização).
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro, evocação espaçada e mnemônica: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior. Para trabalhar a orientação temporal (dia do mês e da semana, mês e ano), perguntar a data para os participantes e escrevê-la em uma folha de sulfite, colocar em lugar visível a todos. Propiciar um diálogo sobre o desempenho deles para se localizarem no tempo, questionar se utilizam alguma estratégia e falar sobre a importância da data para comparecer aos compromissos, saber que referido dia é feriado, se lembrar dos aniversários, enfim, datas importantes. Relacionar o mês corrente com alguma comemoração ou acontecimento importante (por exemplo, o mês de agosto com o Dia dos Pais). Várias vezes, durante a sessão, solicitar repetidamente a data corrente em intervalos pequenos de tempo e,

gradualmente, ir aumentando esse intervalo de tempo. Porém, se perceber que os participantes estão em dúvida ou inseguros, mostrar a folha de sulfite, na qual está escrita a data corrente, para evitar que eles ofereçam uma resposta errada.

- Técnica de auxílio externo: Entregar dois calendários do mês corrente para cada participante. Explicar que um dos calendários eles levarão para casa para darem continuidade ao trabalho e o outro ficará com as profissionais para trabalharem durante as sessões de RC. Pedir-lhes que, ao final do dia, façam um “X” na data corrente, pois assim quando eles acordarem ficará mais fácil identificar o dia que se inicia. Orientá-los a escrever nos dois calendários os compromissos conforme a relação que trouxeram de casa e, novamente, ressaltar a importância da data para realizar os agendamentos. Enfatizar que o calendário que levarão para casa precisa ser colocado em um ambiente de passagem, para que eles possam visualizá-lo várias vezes durante o dia.
- Tarefa alvo: manutenção da interação entre os participantes e da autocrítica dos esquecimentos. Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal e a meta “lembrar-se dos compromissos”.

Cuidador:

- Entregar o calendário para colocar em casa e explicar como os pacientes irão utilizá-lo. Falar sobre a importância da continuidade do treino em casa. Solicitar aos cuidadores que ajudem o paciente a escrever no calendário de casa e que também informem aos profissionais sobre os novos compromissos que surgirem no decorrer da RC para que sejam inseridos no calendário que ficou com as profissionais, pois assim será possível trabalhar as mesmas informações.
- Informar que, a partir desta sessão (3ª), os cuidadores poderão iniciar a avaliação, na medida do possível, dos pacientes, na atividade “lembrar-se dos compromissos”, por meio do Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas. Retomar a instrução para preenchimento deste registro.

4ª SESSÃO:

Paciente:

- Relembrar a demanda em comum entre eles (esquecimentos), bem como o objetivo da reabilitação cognitiva. Favorecer um espaço para falarem sobre onde colocaram o calendário, se riscaram a data corrente no final do dia e se percebem algum benefício. Reforçar os comportamentos que expressem o engajamento na atividade.

- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro, evocação espaçada e mnemônica: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Entregar os calendários do mês corrente para cada participante. Pedir aos participantes que atualizem o calendário, fazendo um “X” nos dias que já passaram e anotar os compromissos, caso tenham trazido novos. Promover um diálogo sobre os compromissos anotados do dia e dos que já foram concretizados recentemente: onde foram, como foram, se gostaram, etc.
- Tarefa alvo: manutenção da interação entre os participantes e da autocrítica dos esquecimentos. Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal e a meta “lembrar-se dos compromissos”.

Cuidador:

- Informar o que foi trabalhado na sessão. Esclarecer as dúvidas e escutar as dificuldades para a manutenção da atividade em casa. Buscar junto ao cuidador uma alternativa para trabalhar a meta diante de alguma dificuldade importante. Enfatizar a necessidade da continuidade do treino em casa e solicitar aos cuidadores que continuem informando aos profissionais sobre os novos compromissos que surgirem no decorrer da RC para que sejam inseridos no calendário que ficará na sala de RC.

5ª SESSÃO:**Paciente:**

- Relembrar a importância do uso correto do calendário, por exemplo, não se esquecer de fazer o “X” na data corrente, todo final de dia. Enfatizar a importância dos benefícios na vida do participante: autonomia, independência e a noção de continuidade dos acontecimentos.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro, evocação espaçada e mnemônica: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal. Se algum participar faltar, perguntar o que eles lembram sobre este participante.
- Técnica de auxílio externo: repetir trabalho realizado na sessão anterior com o calendário. Depois trabalhar simulações individuais de novos compromissos (que não constam no calendário), com o objetivo de ensiná-los sempre a olhar primeiro no calendário para verificar se existe disponibilidade para agendamento.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal e a meta “lembrar-se dos compromissos”.

Cuidador:

- Informar o que foi trabalhado na sessão. Esclarecer as dúvidas e escutar as dificuldades para a manutenção da atividade em casa. Buscar junto com o cuidador uma alternativa para trabalhar a meta. Enfatizar a importância da continuidade do treino em casa.
- Solicitar despertador para a sessão seguinte.

6ª SESSÃO:**Paciente:**

- Relembrar a demanda em comum entre eles (esquecimentos), bem como o objetivo da reabilitação cognitiva. Retomar a importância do uso correto do calendário, bem como enfatizar a importância dos benefícios na vida do participante.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro, evocação espaçada e mnemônica: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: repetir trabalho realizado na sessão anterior com o calendário. Recolher os calendários e entregar, para cada participante, um novo calendário com compromissos fictícios e diferentes de um calendário para o outro. O profissional irá simular novos compromissos enquanto os participantes olharão cada um no seu calendário fictício para verificar a disponibilidade de aceitar ou não aquele novo compromisso. Favorecer o diálogo com perguntas do tipo “por que você não pode?”, “qual a importância desse compromisso que está agendado?”. Após todos terem passado por esta experiência, introduzir o despertador. Verificar se todos sabem manusear o despertador e, então, orientá-los que, ao toque do despertador, todos deverão olhar para o calendário, no dia corrente, e dizer qual o compromisso agendado que está próximo do horário corrente.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal e a meta “lembrar-se dos compromissos”.

Cuidador:

- Esclarecer as dúvidas e escutar as dificuldades e benefícios da manutenção da atividade em casa. Orientá-los sobre o trabalho do calendário associado ao despertador: “O que devo olhar quando o despertador tocar? O calendário”, ou seja, o cuidador precisará ajudar o paciente a programar um horário adequado para que, quando o despertador tocar, o paciente tenha tempo de olhar o compromisso no calendário e de se arrumar para chegar até o local, se for o caso. Enfatizar a importância da continuidade do treino em casa.

- Solicitar para trazerem o despertador na sessão seguinte e pedir que continuem avaliando, na medida do possível, o desempenho do paciente na meta “lembrar-se dos compromissos”.

7ª SESSÃO:

Paciente:

- Questionar e proporcionar um diálogo sobre como está o uso do calendário e despertador em casa. Relembra-los sobre a importância desses auxílios externos para compensar as dificuldades de memória. Enfatizar a importância dos benefícios na vida do participante.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro, evocação espaçada e mnemônica: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Retomar atividade da sessão anterior que foi: entregar os calendários do mês corrente para cada participante. Pedir aos participantes que atualizem o calendário, fazendo um “X” nos dias que já passaram e anotar os compromissos, caso tenham trazido novos. Trabalhar simulações de compromissos com o uso do despertador.
- Terapia de reminiscência: Estimular os participantes a falar sobre os *hobbies* que já praticaram: quem apresentou o *hobby*, se gostavam, por quanto tempo praticaram e o motivo que os levou a interromper a atividade. Questionar se existe alguma atividade que eles gostariam de ter feito e não puderam colocar em prática, favorecer um diálogo sobre a questão. Apresentar os *hobbies* sugeridos pelo cuidador na reunião pré-intervenção, mostrar os cartazes com sugestões de *hobbies*, proporcionar um diálogo sobre as possibilidades de atividades e, ajudá-los a escolher uma atividade para iniciar ou retomar.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, a meta “lembrar-se dos compromissos” e estimular a iniciação ou retomada de um *hobby*.

Cuidador:

- Informar o que foi trabalhado na sessão. Esclarecer as dúvidas e solicitar informações sobre o desempenho dos pacientes no uso do calendário e despertador. Relembra-los sobre a importância do uso correto dos auxílios externos, bem como a manutenção da aprendizagem em casa.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

8ª SESSÃO:**Paciente:**

- Questionar e proporcionar um diálogo sobre como está o uso do calendário e despertador em casa. Relembrá-los sobre a importância desses auxílios externos para compensar as dificuldades de memória. Enfatizar a importância dos benefícios na sua funcionalidade e qualidade de vida.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro, evocação espaçada e mnemônica: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Logo após, oferecer ao paciente um calendário que posteriormente será descartado e, neste, já constarão alguns compromissos fictícios agendados. O paciente deverá olhar o compromisso fictício agendado e calcular o horário que o despertador deverá tocar, considerando: tempo para se arrumar e chegar até o local.
- *Hobby*. Conversar sobre os *hobbies* informados na sessão anterior e a importância de cultivar uma atividade prazerosa; lembrar as lembranças boas recuperadas na sessão passada sobre esse tema. Ajudá-los a pensar como cada um colocará em prática a atividade escolhida, promover a participação do grupo com sugestões.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, a meta “lembrar-se dos compromissos” e estimular a iniciação ou retomada de um *hobby*.

Cuidador:

- Informar o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Pedir que estimulem o paciente a praticar a atividade escolhida. Relembrá-los sobre a importância do uso correto dos auxílios externos, bem como a manutenção da aprendizagem em casa.
- Informar que a partir desta sessão (8ª), os cuidadores poderão também avaliar, na medida do possível, os pacientes na atividade “retomar ou iniciar um *hobby*” por meio do Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas. Retomar a instrução para preenchimento deste registro.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

9ª SESSÃO:

Paciente:

- Relembrar a demanda em comum entre eles (esquecimentos), bem como o objetivo da reabilitação cognitiva.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro, evocação espaçada e mnemônica: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior, enfatizar a importância da evocação (?) mnemônica para identificação do auxílio externo trabalhado: “O que devo olhar quando o despertador tocar? O calendário”.
- *Hobby*: Favorecer um diálogo sobre os *hobbies*, verificar se já foram iniciados ou não. Incentivá-los a iniciar ou manter. Enfatizar a importância dos benefícios na vida de cada um e, conseqüentemente, da família.
- Tarefa alvo: Autocrítica dos esquecimentos. Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, a meta “lembrar-se dos compromissos” e estimular a retomada ou iniciação de um *hobby*.

Cuidador:

- Informar o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Pedir que estimulem o paciente a praticar a atividade escolhida.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

10ª SESSÃO:

Paciente:

- Questionar e proporcionar um diálogo sobre como está o uso do calendário e despertador em casa, bem como a prática da atividade escolhida. Estimular que continuem com os treinos compensatórios e *hobby*, reforçar com elogios comportamentos de adesão às metas.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro, evocação espaçada e mnemônica: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Posteriormente, solicitar a cada participante um objeto pessoal (relógio, broche, bolsa, etc) que a profissional distribuirá entre os participantes, porém o objeto não pode ficar com o próprio dono. Pedir para

os pacientes anotarem no calendário, o horário e o nome do objeto que cada um irá devolver e quem é o dono do objeto. Cada paciente escolherá um horário diferente dentro do tempo da sessão. Pedir para cada um programar o seu despertador para tocar no horário escolhido e orientá-los com a frase “O que devo olhar quando o despertador tocar? O calendário”.

- *Hobby*: Conversar sobre os *hobbies* informados de cada um. Verificar se iniciaram e como está o desempenho (próximo ou aquém da meta). Estimular a prática da atividade escolhida. Fazer um cartaz com os nomes dos pacientes e os *hobbies* escolhidos, bem como a frequência semanal que pretendem praticá-los.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, a meta “lembrar-se dos compromissos” e estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Pedir para estimularem o paciente a praticar a atividade escolhida. Relembrá-los sobre a importância da manutenção da aprendizagem em casa.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

11ª SESSÃO:

Paciente:

- Proporcionar um diálogo sobre os esquecimentos do dia a dia. Verificar se eles percebem a dificuldade de mudar um comportamento ou o modo de fazer determinada atividade. Incentivá-los a dar continuidade nos treinos compensatórios e *hobby*.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro, evocação espaçada e mnemônica: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Enfatizar o treino do despertador e calendário com a evocação (?) mnemônica: “O que devo olhar quando o despertador tocar? O calendário”.
- *Hobby*: Por meio do cartaz de *hobbies*, lembrar as atividades escolhidas e a frequência. Favorecer um diálogo: o que estão fazendo, como estão se sentindo, se percebem benefícios para si e para a família; enfim, o que mudou com a inserção de um *hobby* em suas vidas. Colocar uma “estrelinha” para os pacientes que conseguiram cumprir a meta e incentivar os outros a conquistar ou reformular suas metas.

- Tarefa alvo: Autocrítica sobre os esquecimentos. Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, a meta “lembrar-se dos compromissos” e estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Pedir para estimularem o paciente a praticar a atividade escolhida. Relembrar a importância de dar a manutenção em casa do que foi aprendido durante a sessão. Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

12ª SESSÃO:**Paciente:**

- Favorecer o diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*., entusiasmando-os a manterem a prática da atividade.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro, evocação espaçada e mnemônica: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Introduzir o uso da folha de recados – falar sobre a importância de lembrar-se dos recados e orientá-los a preencher todas as informações solicitadas na folha de recado (modelo anexo). Pedir para todos anotarem um recado para dar à profissional na sessão seguinte de RC. Entregar algumas folhas de recados para cada participante levar para casa e orientá-los a deixar sempre no mesmo lugar e darem preferência para colocá-las ao lado do telefone.
- *Hobby*: Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies* e favorecer um diálogo sobre os prazeres e dificuldades das atividades.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Informar que os pacientes estão com os impressos para anotação dos recados. Orientar sobre o local que devem ser colocados os impressos e qual o motivo da escolha. Pedir para estimularem e proporcionar situações para o paciente praticar a atividade “lembrar-se dos recados”. Enfatizar a importância de dar a manutenção em casa do que foi aprendido durante a sessão.

- Informar que a partir desta sessão, os cuidadores poderão também avaliar, na medida do possível, os pacientes na atividade “lembrar-se de dar recados” por meio do Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas. Retomar a instrução para preenchimento deste registro.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

13ª SESSÃO:

Paciente:

- Favorecer o diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Se nenhum participante lembrar-se de dar o recado que escreveu na sessão passada, abordar o assunto indiretamente para ver se eles recordam, com dicas do tipo: “Vocês trabalharam na última sessão a folha de recados...”. Se mesmo assim não evocarem, perguntar sobre o recado anotado na sessão anterior.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Folha de recados – relembrar a importância de lembrar-se dos recados e orientá-los a preencher todas as informações solicitadas na folha de recado. Enfatizar a necessidade de não confiar na memória e, sim, anotar a informação. Simular recados para verificar se compreenderam como deverão anotar as informações. Relembrar que as folhas de recados que estão em suas casas devem ser deixadas sempre no mesmo lugar e solicitar que dêem preferência para colocá-las ao lado do telefone. Pedir para todos anotarem um recado para dar à profissional na sessão seguinte de RC.
- *Hobby*: Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies*, bem como favorecer um diálogo sobre o desempenho nas atividades.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Pedir para estimularem e proporcionar situações para o paciente praticar a atividade de recados. Relembrar a importância de dar a manutenção em casa do que foi aprendido durante a sessão.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

14ª SESSÃO:

Paciente:

- Favorecer diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Se nenhum participante lembrar-se de dar o recado que escreveu na sessão anterior, abordar o assunto indiretamente para ver se eles recordam: “Vocês trabalharam na última sessão a folha de recados...”. Se mesmo assim não evocarem, perguntar sobre o recado anotado na sessão anterior.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Folha de recados – retomar as orientações da última sessão sobre essa atividade. Solicitar a cada paciente que escreva um recado para seu cuidador e que entregue a ele quando o encontrar, ao final da sessão de RC (Recado A, anexo 4).
- *Hobby*: Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies*, bem como favorecer um diálogo sobre o desempenho nas atividades.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Verificar quais atividades trabalhadas estão funcionando e se os cuidadores estão conseguindo utilizar o Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

15ª SESSÃO:

Paciente:

- Favorecer diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Verificar se evocam o recado anotado na sessão anterior para dar aos cuidadores e qual a reação deles.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.

- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Folha de recados – retomar as orientações para preenchimento das folhas de recados e cada paciente escolherá alguém do grupo para dar um recado por escrito.
- *Hobby*: Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies*, bem como favorecer um diálogo sobre o desempenho nas atividades.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Verificar com os cuidadores se os pacientes lhes deram o recado anotado na sessão anterior.
- Pedir para trazerem despertador na sessão seguinte.

16ª SESSÃO:**Paciente:**

- Favorecer diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Questionar como estão percebendo os esquecimentos relacionados às metas que estão sendo trabalhadas; se percebem ou não uma melhora com o uso dos auxílios externos. Enfatizar os benefícios relatados pelos pacientes e promover uma discussão sobre as maneiras de lidar com as dificuldades.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Folhas de recados – com a ajuda do telefone fixo e celular, criar simulações de alguém ligando para a casa do paciente, o paciente atende e, diante da ausência da pessoa solicitada, o paciente deverá anotar o recado. Orientar e conversar com o paciente sobre as etapas necessárias para realizar a atividade com sucesso (ver etapas no Anexo 4).
- *Hobby*: Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies*, bem como favorecer um diálogo sobre o desempenho nas atividades.
- Tarefa alvo: Autocrítica sobre os esquecimentos. Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Enfatizar a necessidade de se criar oportunidades para os pacientes treinarem a atividade “lembrar-se de dar recados” e, também, para os cuidadores conseguirem avaliar o desempenho.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

17ª SESSÃO:**Paciente:**

- Favorecer diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Se for relatado pelo paciente nervosismo ou ansiedade na realização da tarefa “lembrar-se de dar recados”, principalmente através da anotação por telefone, proporcionar-lhes um ambiente acolhedor que possibilite a expressão desses sentimentos, a percepção de que outros participantes também se identificam com a situação e, diante disto, pensar em formas de lidar com o “problema”.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Relembrar as etapas para anotar um recado a partir de uma ligação telefônica e repetir a atividade do uso do telefone fixo e celular.
- *Hobby*: Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies*, bem como favorecer um diálogo sobre o desempenho nas atividades.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

18ª SESSÃO:

Paciente:

- Favorecer diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Verificar se sentimentos de nervosismo e ansiedade estão presentes durante realização de alguma atividade; se estiverem, promover a expressão e possibilidade de intervenção coletiva.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Relembrar as etapas para anotar um recado a partir de uma ligação telefônica e repetir a atividade do uso do telefone fixo e celular.
- *Hobby*. Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies*, bem como favorecer um diálogo sobre o desempenho nas atividades.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

19ª SESSÃO:

Paciente:

- Favorecer diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Retomar autocrítica sobre os esquecimentos.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Relembrar as etapas para anotar um recado a partir de uma ligação telefônica e repetir a atividade do uso do telefone fixo e celular.
- *Hobby*. Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies*, bem como favorecer um diálogo sobre o desempenho nas atividades.

- Tarefa alvo: Autocrítica sobre os esquecimentos. Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Verificar como estão percebendo o funcionamento do paciente em casa de acordo com as metas trabalhadas e, se estão conseguindo avaliar no Registro Diário do Desempenho do Paciente nas Metas.

20ª SESSÃO:**Paciente:**

- Favorecer o diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Nesta sessão, não será trabalhado o uso do calendário e despertador; por isso, ao final da sessão, questionar os pacientes se eles identificam a atividade que não foi trabalhada no dia de hoje. Se a maioria lembrar, reforçar que este desempenho só é possível porque esta atividade foi trabalhada em todas as sessões e em casa, e, provavelmente, a mesma entrou em sua rotina.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Relembrar as etapas para anotar um recado a partir de uma ligação telefônica e repetir a atividade do uso do telefone fixo e celular.
- *Hobby*: Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies*, bem como favorecer um diálogo sobre o desempenho nas atividades.
- Tarefa alvo: Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Verificar o desempenho e as dificuldades do paciente, bem como as facilidades e dificuldades do cuidador para manter o treino das atividades.
- Pedir para trazerem o despertador na sessão seguinte.

21ª SESSÃO:

Paciente:

- Favorecer diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Retomar os motivos e objetivos do trabalho e informá-los que estão nas últimas sessões. Entender como eles reagem a essa situação e enfatizar os ganhos obtidos através do esforço de cada um, por isso a importância de darem continuidade em casa.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Repetir a atividade do calendário e despertador da sessão anterior. Relembrar as etapas para anotar um recado a partir de uma ligação telefônica e repetir a atividade do uso do telefone fixo e celular. Avisá-los que uma das profissionais irá ligar para eles durante a semana para deixar um recado para o cuidador (Recado B, anexo 4).
- *Hobby*. Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies*, bem como favorecer um diálogo sobre o desempenho nas atividades.
- Tarefa alvo: Autocrítica e preparação para o desligamento do grupo e do trabalho em grupo. Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Verificar qual o melhor horário para a profissional ligar para a casa do paciente e deixar um recado para o cuidador; portanto, um horário que o cuidador não esteja com o paciente.

22ª SESSÃO:

Paciente:

- Favorecer diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Retomar os motivos e objetivos do nosso trabalho e informá-los que estão nas últimas sessões. Entender como eles reagem a essa situação e enfatizar os ganhos obtidos através do esforço de cada um, por isso a importância de darem continuidade em casa.

- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Verificar no calendário os agendamentos dos compromissos do dia e se algum deles trouxe novos compromissos para inserir no calendário. Relembrar as etapas para anotar um recado a partir de uma ligação telefônica e repetir a atividade do uso do telefone fixo e celular. Verificar se com estas informações eles evocam que a profissional ligou para a casa deles para deixar um recado para o cuidador. Se conseguirem, parabenizá-los pelo desempenho. Avisá-los que, novamente, uma das profissionais irá ligar-lhes durante a semana para deixar outro recado para o cuidador. O recado não será dito ao paciente neste momento, mas a profissional informará ao cuidador que iremos planejar uma confraternização de encerramento para a última sessão (Recado C, no anexo 4).
- *Hobby*: Repetir a atividade da sessão anterior com o cartaz de *hobbies*, bem como favorecer um diálogo sobre o desempenho nas atividades.
- Tarefa alvo: Autocrítica e preparação para o desligamento do grupo e do trabalho em grupo. Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Verificar qual o melhor horário para a profissional ligar para a casa do paciente e deixar um recado para o cuidador; portanto em um horário que o cuidador não esteja com o paciente.

23ª SESSÃO:

Paciente:

- Favorecer diálogo sobre as atividades realizadas nos últimos dias, incluindo o uso dos auxílios externos e a prática do *hobby*. Retomar os motivos e objetivos do trabalho e informá-los que estão na penúltima sessão. Entender como eles reagem a essa situação e enfatizar os ganhos obtidos através do esforço de cada um, por isso a importância de darem continuidade em casa. Agradecer a participação, a ajuda e convivência.
- Técnica de auxílio externo, aprendizagem sem erro e evocação espaçada: repetir a atividade dos crachás da sessão anterior e a atividade de orientação temporal.
- Técnica de auxílio externo: Verificar no calendário os agendamentos dos compromissos do dia e se algum deles trouxe novos compromissos para

inserir no calendário. Informá-los que não trabalharemos com o calendário da sala na sessão seguinte, pois iremos planejar uma confraternização de encerramento das nossas atividades em grupo. Relembrar as etapas para anotar um recado a partir de uma ligação telefônica e repetir a atividade do uso do telefone fixo e celular. Verificar se com estas informações eles evocam que a profissional ligou para a casa deles para deixar um recado para o cuidador. Se conseguirem, parabenizá-los pelo desempenho. Se não conseguirem, avisá-los da nossa confraternização de encerramento e verificar como cada paciente gostaria de participar (com que tipo de comida ou bebida irão contribuir). Durante a semana, uma das profissionais irá ligar para os pacientes e deixará um recado para o cuidador com a prenda que ele ficou de levar na última sessão (Recado D, no anexo 4).

- *Hobby*. Verificar com os pacientes como foi para eles retomar ou iniciar um *hobby* e, através do cartaz de *hobbies* lembrar o desempenho de cada um, relembrando algumas falas em que mostravam dificuldades e outras em que houve reconhecimento do benefício com a realização do *hobby*. Ajudá-los a identificar no cartaz quem teve maior facilidade com a atividade (mais estrelinhas) e fazer uma pequena entrevista com essa pessoa para tentar identificar os motivos dela ter conseguido melhor êxito.
- Tarefa alvo: Autocrítica e preparação para o desligamento do grupo e do trabalho em grupo. Adesão aos treinos compensatórios ensinados. Trabalhar a orientação temporal, as metas “lembrar-se dos compromissos” e “lembrar-se de dar recados”, bem como estimular a continuidade do *hobby*.

Cuidador:

- Informar e orientar sobre o que foi trabalhado na sessão e esclarecer as dúvidas. Verificar se os pacientes deram o recado sobre a confraternização de encerramento. Informar sobre as prendas que cada paciente ficou de trazer para a sessão seguinte e, que serão lembrados pelas profissionais.
- Agradecer a participação e colaboração dos cuidadores.

24ª SESSÃO:

Paciente:

- Confraternização de encerramento e agradecimento a todos os pacientes.
- Tarefa alvo: Estimular a memória de situações prazerosas para um desligamento saudável do grupo.

Cuidador:

- Agradecer a participação e dedicação com o trabalho.

ANEXO L – Reabilitação Cognitiva – Descrição do Treinamento de Tarefa Orientada

ETAPAS PARA ANOTAR RECADO TELEFÔNICO

1. Atender e falar “Alô”;
2. Perguntar o **NOME** de quem está falando;
3. Perguntar **COM QUEM** quer falar;
4. Se a pessoa não estiver em casa, e for passado um recado, **DIGA QUE VAI ANOTAR**;
5. Pegue a folha de recado;
6. Primeiro anote o **NOME** de quem está ligando, se esqueceu, pergunte novamente;
7. Selecione com um “x” a palavra “telefonou” para você saber que o recado foi deixado via telefone;
8. Depois anote **PARA QUEM** você deve transmitir o recado;
9. Peça para a pessoa que está ao telefone **FALAR DEVAGAR** porque você está escrevendo;
10. Anote todo o recado;
11. **ANTES DE DESLIGAR O TELEFONE LEIA O RECADO** para confirmar se anotou corretamente;
12. Despeça-se da pessoa; 13. Anote o dia atual e;
14. **DEIXE O PAPEL COM O RECADO ESCRITO AO LADO DO TELEFONE.**

ANEXO M – Recados Trabalhados no Grupo de Reabilitação Cognitiva

14ª sessão – Recado A – escrito - do paciente para o cuidador:

“(nome do cuidador) será preciso trazer o despertador para a próxima sessão.”

21ª sessão - Recado B – por telefone – profissional do GRC ligará para o paciente e deixará um recado para o cuidador:

“(nome do cuidador) nossa próxima sessão será (informar o dia e o horário).”

22ª sessão - Recado C – por telefone – profissional do GRC ligará para o paciente e deixará um recado para o cuidador:

“(nome do cuidador) faremos uma festa de despedida do grupo na última sessão, ligaremos novamente para informar que comida trazer neste dia.”

23ª sessão - Recado D – por telefone – profissional do GRC ligará para o paciente e deixará um recado para o cuidador:

“(nome do cuidador), o Sr(a) (nome do paciente) ficou de contribuir com (nome do alimento) para nossa festa de despedida.”

Anotar os recados

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Esteve aqui

Telefonou

Deixou recado para a (o): _____

Qual foi Recado?

ANEXO N – Técnicas de Reabilitação Cognitiva

Atualmente diversos serviços de reabilitação estão distribuídos por todo o mundo. Apesar de utilizarem técnicas e abordagens pouco discutidas na literatura quanto à eficácia e validade, o uso de tais estratégias pode melhorar a função cognitiva trabalhada, o humor e a QV, tanto dos pacientes quando dos familiares (Abrisqueta–Gomez, 2015).

Abaixo estão alguns tipos de atividades de reabilitação que podem ser trabalhadas com sujeitos com DA leve conforme o objetivo do tratamento:

- A **abordagem adaptativa** busca promover um ambiente mais organizado de forma que incentive o desenvolvimento de hábitos e rotinas para que os itens sejam colocados em locais específicos. Por exemplo: Um porta-chaves na porta para todas as chaves; um "lugar especial" em cada quarto para os óculos, carteira, telefone; uma gaveta para contas e cartas, entre outros. Essas medidas incentivam um posicionamento estratégico para os objetos por exigir um raciocínio objeto-localização de maneira que o paciente identifique o local correto do objeto (Kelly e O'Sullivan, 2015).
- Na **abordagem em dupla** os pacientes e seus cuidadores realizam várias estratégias para melhorar a cognição e funcionalidade do paciente com DA. O objetivo é mudar certos comportamentos, por exemplo, estabelecer rotinas e sempre guardar ou colocar as coisas num determinado local (Bottino et al. 2002; Bottino et al. 2005).
- O **auxílio externo para memória** que utiliza recursos como agendas eletrônicas, blocos de anotações, calendários, computador e recados, pode ajudar o paciente a organizar suas atividades diárias, porém a ferramenta empregada deve ser aceita pelo paciente, acessível e de fácil de manuseio (Santos Neto et

al., 2014; Kelly e O'Sullivan, 2015). Dessa forma, a escolha desse tipo de técnica deve ser bastante criteriosa para não gerar sentimento de incapacidade, frustração ou embaraço ao paciente por não conseguir utilizar o auxílio externo (Wilson et al., 2001).

- A **evocação espaçada ou repetição expandida** consiste em solicitar repetidamente a informação em intervalos pequenos e gradualmente aumenta-se o tempo de intervalo. Se o paciente evoca a informação errada, a correta é imediatamente oferecida e o intervalo de retenção diminuído e gradualmente aumentado outra vez (Landauer e Bjork, 1978). Pode ser aplicado com imagens, onde o paciente é questionado sobre o nome da imagem mostrada em diversos intervalos de tempo (Kelly e O'Sullivan, 2015). Também é bastante utilizada para auxiliar o registro do nome de uma cuidadora ou familiar recém-nascido e da data atual.
- A **aprendizagem sem erros** é a eliminação de respostas incorretas ou inapropriadas (interferências) durante o processo de aprendizagem. A hipótese que sustenta a aprendizagem sem erro é que qualquer resposta (certa ou errada) do paciente, uma vez verbalizada, é reforçada porque o paciente com comprometimento da memória tem dificuldade de lembrar se a resposta verbalizada estava certa ou errada. Por isso, toda informação por ele verbalizada é reforçada, ou seja, o fato do paciente oferecer uma resposta incorreta pode reforçar essa resposta. Diante disso, para alcançar os benefícios da aprendizagem sem erros durante as sessões de RC, o paciente deve ser alertado de oferecer a resposta somente quando tiver certeza que ela está correta (Kelly e O'Sullivan, 2015).
- **Método de loci** auxilia a lembrar pela localização, por exemplo, para memorizar os nomes dos colegas de um curso pelos lugares

que costumam sentar-se. Ainda que esse método tenha mostrado um benefício inferior às técnicas de mnemônica da primeira letra e imageamento visual no estudo de Wilson (1987), alguns pacientes responderam bem ao método de *loci*.

- **Mnemônicas** são estratégias que permitem lembrar com mais facilidade. Elas são conscientemente aprendidas e requerem esforço para colocá-las em prática, apesar de algumas serem mais simples. Por exemplo, para identificar o número de dias dos diferentes meses do ano pode-se utilizar a articulação que liga a palma da mão aos dedos, sendo a primeira articulação o mês de Janeiro (31 dias) e entre as articulações os meses com menor número de dias. A mnemônica da Primeira Letra são úteis somente quando o material a ser lembrado é bem conhecido, mas difícil de ser lembrado na ordem correta (Harris, 1984), por exemplo, para lembrar a ordem dos planetas a partir do sol pode-se utilizar as primeiras letras da frase “**M**inha **V**ida **T**ranquila **M**udou, **J**á **S**ou **U**m **N**ervoso” (Mercúrio, Venus, Terra, Marte, Júpiter, Saturno, Urano, Netuno).
- **Apagamento de pistas ou pistas evanescentes** consiste em fornecer gradualmente quantas letras forem necessárias ao adicionar (aumento de pistas) e remover as pistas (reco de pistas) até que a palavra ‘meta’ seja corretamente identificada e alcançada (Gindri et al., 2012). Por exemplo, quando o objetivo é o paciente aprender o nome da cuidadora; faz-se um crachá com o nome da cuidadora faltando a última sílaba e, após alguns dias ou semanas, as sílabas serão eliminadas uma de cada vez, conforme o grau de comprometimento cognitivo do paciente, até que o uso do crachá não seja mais necessário.
- A **terapia de orientação para a realidade** (TOR) tem como princípio apresentar dados da realidade ao paciente de forma

organizada e contínua, criando estímulos ambientais que facilitem a orientação (Vaisman et al., 1997; Câmara et al., 2009). Nesta terapia tenta-se engajar o indivíduo em interações sociais que melhorem a comunicação através da informação contínua, sinalizações no ambiente, linguagem clara ou não verbal e treinamento de habilidades cognitivas, com atividades adequadas às suas dificuldades. Na aplicação da TOR, a escolha das atividades deve ser planejada com cuidado, pois a realidade atual só faz sentido se estiver conectada ao passado. Usam-se dados simples, tais como nomes, ambientes, calendário, etc. As repetições são reforçadas para auxiliar o reaprendizado e a reorientação, buscando não reforçar comunicações erradas (Câmara et al., 2009).

- A **terapia de reminiscência** é uma variação da TOR e busca estimular o resgate de informações por meio de materiais que sejam significativos para o paciente, como: figuras, fotos, músicas, jogos, cartas (Bottino e Almeida, 1995; Bottino et al., 2002), além de filmes, jornais e músicas são também utilizados como recursos facilitadores (Câmara et al., 2009). Esta terapia valoriza o conhecimento do paciente a respeito do seu passado permitindo a conversação e orientação para o presente. O mecanismo de relembrar os fatos passados e evocar lembranças faz com que o paciente una um começo a um fim, ordenando no tempo eventos que são significativos para ele. Essa técnica tem sido muito utilizada para resgatar emoções vividas previamente, gerando maior socialização e entretenimento como parte da terapia (Bottino e Almeida, 1995; Bottino et al., 2002).

Independentemente da técnica a ser escolhida, deve-se possuir como meta o restabelecimento máximo possível da independência do paciente. As técnicas podem ser combinadas entre si, potencializando seus benefícios (Gindri et al., 2012). Apesar de distintas, as intervenções cognitivas não são excludentes e, geralmente, são associadas para aumentar as chances de

sucesso do tratamento, em razão de suas diferentes limitações. No entanto, fatores como a frequência, duração das sessões, engajamento de familiares e/ou cuidadores durante esse processo, possuem papel fundamental na reabilitação. O plano de reabilitação deve ser reavaliado frequentemente, sendo adaptado e reformulado sempre que necessário (Gindri et al., 2012).

ANEXO O – Descrição da Intervenção Placebo

Grupo Placebo - Sessões de Vídeo

(24 sessões de 60 minutos com paciente)

1ª SESSÃO:

Show do Roberto Carlos

Categoria: show e com interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=69idKEZP0mo>

2ª SESSÃO:

Documentário de leões – Nat Geo Wild – Completo e dublado

Categoria: assunto sério e sem interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=T6-T8TZ3d2k>

3ª SESSÃO:

Documentários sobre uso de transportes alternativos em SP

Categoria: assunto sério e sem interesse

Links do You Tube: <http://www.youtube.com/watch?v=se9zcE3dV3o>

https://www.youtube.com/watch?v=NhXo3_UhV38

4ª SESSÃO:

Trechos de falas e músicas de Orlando Silva

Categoria: show e com interesse

Links do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=sxLPX8OmiGA>

<https://www.youtube.com/watch?v=ats2UIVi5OQ>

<https://www.youtube.com/watch?v=VvzJKbx4CSY>

<https://www.youtube.com/watch?v=rbNRzyEKhKc>

<https://www.youtube.com/watch?v=eRFPLRseghw>

5ª SESSÃO:

Documentário sobre amianto

Categoria: assunto sério e sem interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=gO0BCs2dm64>

https://www.youtube.com/watch?v=EjKDVO_kkCw

6ª SESSÃO:

Vídeo Tom e Jerry

Categoria: desenho animado e com interesse

Link You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=Y4ab5DalrVE>

7ª SESSÃO:

Documentário “A verdadeira face de Jesus”

Categoria: assunto sério e com interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=dZm114kpJVI>

8ª SESSÃO:

Filme Mazzaropi

Categoria: comédia e com interesse

Link do You Tube: https://www.youtube.com/watch?v=po9DM00_prw

9ª SESSÃO:

Quadro Lar Doce Lar – Caldeirão do Huck

Categoria: cotidiano e com interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=H9Vp7k1bNM>

10ª SESSÃO:

Vídeo sobre lixo

Categoria: assunto sério e sem interesse

Links do You Tube: https://www.youtube.com/watch?v=ItD7A_Mhwt8

<https://www.youtube.com/watch?v=hQvZxx8lvGs>

<https://www.youtube.com/watch?v=HhMDeA0Bj5g>

<https://www.youtube.com/watch?v=QRj-OpPm-K0>

11ª SESSÃO:

Parte do filme Tempos modernos com Chaplin Chaplin

Categoria: comédia e com interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=LFZnunT28X4>

12ª SESSÃO:

Globo repórter sobre animais de estimação

Categoria: assunto sério e com interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=54vF7GaRLy0>

13ª SESSÃO:

Entrevistas de Jô Soares com Chico Anísio

Categoria: entrevista e com interesse

Links do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=fDmJyP0Nhg4>

<https://www.youtube.com/watch?v=XsW6dNs6MUI>

https://www.youtube.com/watch?v=bSwZm_ZbCXM

14ª SESSÃO:

Documentário lixo extraordinário

Categoria: assunto sério e sem interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=RCA0Q7pt7Yw>

15ª SESSÃO:

Filme o Gordo e o Magro

Categoria: comédia e com interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=b7v5Yys4XDM>

16ª SESSÃO:

Desenho do Pica Pau

Categoria: comédia e com interesse

Link do You Tube:

<https://www.youtube.com/watch?v=5HhhOGmcWY&list=PLDE7362311DF3BD84>

17ª SESSÃO:

Globo repórter – alimentos orgânicos

Categoria: assunto sério e sem interesse

Link do You Tube: https://www.youtube.com/watch?v=rYxl_zHHWk4

18ª SESSÃO:

Chico Anysio – quadros de personagens dele

Categoria: comédia e com interesse

Links do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=dJdl3oSikgw>

https://www.youtube.com/watch?v=bYP3CK_vN38

<https://www.youtube.com/watch?v=nI4xvsL3KGs>

<https://www.youtube.com/watch?v=NgRhZfpNfzs>

<https://www.youtube.com/watch?v=TXTHfzko99I>

19ª SESSÃO:

Vídeo sobre vulcão

Categoria: assunto sério e sem interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=rc7M3s8IVKY>

20ª SESSÃO:

Músicas sertanejas antigas

Categoria: música e com interesse

Link do You Tube: https://www.youtube.com/watch?v=D_hfpjujVj4

21ª SESSÃO:

Documentário “Entre rios” – a urbanização de São Paulo

Categoria: assunto sério e sem interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=Fwh-cZfWNlc>

22ª SESSÃO:

Globo repórter sobre a Amazônia

Categoria: assunto sério e sem interesse

Link do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=vyPJc370qIU>

23ª SESSÃO:

Vídeo sobre comidas típicas

Categoria: cotidiano e com interesse

Links do You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=io6ZscdT1b4>

https://www.youtube.com/watch?v=pRIhUI_SuYo

<https://www.youtube.com/watch?v=aLHDBN8MTPc>

<https://www.youtube.com/watch?v=Ny1dg3Nx1c>

<https://www.youtube.com/watch?v=H3CvDtcvJHA>

<https://www.youtube.com/watch?v=PCDOWV74YGQ>

24ª SESSÃO:

Confraternização de encerramento das atividades e agradecimento.

9. Referências

9.0 REFERÊNCIAS

Abbott A. Dementia: a problem for our age. *Nature*. 2011;475:S2–S4.

Abrisqueta-Gomez J, Canali F, Vieira VL, Aguiar AC, Ponce CS, Brucki SM, et al. Longitudinal study of a neuropsychological rehabilitation program in Alzheimer's disease. *Arq Neuropsiquiatria*. 2004;62(3B):778-83.

Abrisqueta–Gomez J. Reabilitação Cognitiva no Comprometimento Cognitivo Leve e nas Demências. In: Miotto EC. Reabilitação Neuropsicológica e Intervenções Comportamentais. São Paulo: ROCA; 2015.151-171.

Alexopoulos G, Abrams R, Young R, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in dementia. *Biological Psychiatry*. 1988;23:271-284.

Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report. The global economic impact of dementia. 2010; p.21-29.

Andrén S, Elmstahl S. Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: Aspects of burden, subjective health and sense of coherence. Scandinavian. *Journal of Caring Science*. 2005;19:157–168.

Amarnath J, Pushpendra NR, Sangeeta T, Aashish G, Pradeep N. Integrated ¹⁸F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography magnetic resonance imaging (¹⁸F-FDG PET/MRI), a multimodality approach for comprehensive evaluation of dementia patients: A pictorial essay. *Indian J Radiol Imaging*. 2015;25(4):342–352.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed, text revision). Washington, DC. American Psychiatric Publishing; 2000.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª edição. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. et al, 2014 .

Arango-Lasprilla JC, Cuetos F, Valencia C, Uribe C, Lopera F. Cognitive changes in the preclinical phase of familial Alzheimer's disease. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2007;29(8):892-900.

Arbus C, Gardette V, Cantet CE, Andrieu S, Nourhashémi F, Schmitt L, et al. Incidence and predictive factors of depressive symptoms in Alzheimer's disease: The REAL.FR Study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2011;15(8):609-617.

Ávila R, Bottino CMC, Carvalho IAM, Santos CB, Seral C, Miotto EC. Neuropsychological rehabilitation of memory deficits and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease : a pilot study. *Braz J Med Bio Res*. 2004;11:1721-1729.

Avondino E, Antoine P. Heterogeneity of cognitive anosognosia and its variation with the severity of dementia in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2015;50(1):89-99.

Banerjee S. Good news on dementia prevalence - we can make a difference. *The Lancet*. 2013;382:1384-1386.

Bayles KA, Tamoeda CK. Confrontation naming impairment in dementia. *Brain Lang*. 1983;19(1):98-114.

Berwig M, Leicht H, Gertz HJ. Critical evaluation of self-rated quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease -- further evidence for the impact of anosognosia and global cognitive impairment. *J Nutr Health 648 Aging*. 2009;13(3):226-230.

Bio DS, Souza EL, Moreno RA. Remissão sintomática e qualidade de vida em pacientes com depressão maior tratados com antidepressivo: um estudo prospectivo. *Aletheia*. 2011;34:151-162.

Boff MS, Sekyia FS, Bottino CMC. Prevalence of dementia among brazilian population: systematic review. *Rev Med (São Paulo)*. 2015;94(3):154-161.

Bosboom PR, Almeida OP. Cognitive domains and health-related quality of life in Alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(2):275-287.

Bottino CMC, Almeida OP. Demências: quadro clínico e critérios diagnósticos. In Almeida OP, Nitrini R, editors. *Demências*. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1995:13-29.

Bottino CMC, Almeida OP, Tamai S, Forlenza OV, Scalco MZ, Carvalho IAM. Entrevista estruturada para o diagnóstico de transtornos mentais em idosos – CAMDEX – The Cambridge examination for mental disorders of the elderly. (Translated and adapted on behalf of the editors). Cambridge: Cambridge University Press; 1999.

Bottino CMC, Carvalho IAM, Alvarez AMMA, Ávila R, Zukauskas PR, Bustamante SEZ, et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2002;60:70-79.

Bottino CMC, Carvalho IA, Alvarez AM, Ávila R, Zukauskas PR, Bustamante SEZ, et al. Cognitive rehabilitation combined with drug treatment in Alzheimer's disease patients: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*. 2005;19(8):861-869.

Bottino CM, Azevedo Jr D, Tatsch M, Hototian SR, Moscoso MA, Folquitto J, et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(4):291-299.

Boyle PA, Malloy PF, Salloway S, Cahn-Weiner DA, Cohen R, Cummings JL. Executive dysfunction and apathy predict functional impairment in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003;11(2):214–221.

Brod M, Stewart AL, Sands L, Walton P. Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (DQoL). *The Gerontologist*. 1999;39(1):25-35.

Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(5):657-664.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003;61(3-B):777-781.

Brunelle-Hamann L, Thivierge S, Simard M. Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's disease. *Neuropsychol Rehabil*. 2015;25(5):677-707.

Bruss GS, Gruenberg AM, Goldstein RD, Barber JP. Hamilton anxiety rating scale interview guide: joint interview and test-retest methods for interrater reliability. *Psychiatr Res*. 1994;53(2):191-202.

Buschert V, Bokde AL, Hampel H. Cognitive intervention in Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol*. 2010; 6(9): 508–517.

Buschert VC, Friese U, Teipel SJ, Schneider P, Merensky W, Rujescu D, et al. Effects of a newly developed cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: a pilot study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2011; 25(4): 679–694.

Buschke H. Selective reminding for analysis of memory and behavior. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*. 1973;12(5):543-550.

Caltagirone C, Perri R, Carlesimo GA, Fadda L. Early detection and diagnosis of dementia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2001;33(1):67–75.

Camara VD, Gomes SS, Ramos F, Moura S, Duarte R, Costa SA, et al. Reabilitação cognitiva das demências. *Rev Bras Neurol*. 45 (1): 25-33. 2009.

Caramelli P, Teixeira AL, Buchpiguel CA, Lee HW, Livramento JA, Fernandez LL et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil – exames complementares. In: Recomendações em Alzheimer. *Dementia & Neuropsychologia*. 2011;5(Suppl.1):11-20.

Carthery-Goulart MT, Areza-Fegyveres R, Schultz RR, Okamoto I, Caramelli P, Bertolucci PHF, et al. Versão brasileira da Escala Cornell de depressão em

demência (Cornell Depression scale in dementia). *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2007;65(3-B):912-915.

Castrillo Sanz A, Andrés Calvo M, Repiso Gento I, Izquierdo Delgado E, Gutierrez Ríos R, Rodríguez Herrero R, et al. Anosognosia en la enfermedad de Alzheimer: prevalencia, factores asociados e influencia en la evolución de la enfermedad. *Neurología.* 2016;31(5):296-304.

Chapman SB, Weiner MF, Rackley A, Hynan LS, Zientz J. Effects of cognitive-communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with Donepezil. *J of Speech, Language, and Hearing Research.* 2004;47(5):1149-1163.

Chen ST, Sultzer DL, Hinkin CH, Mahler ME, Cummings JL. Executive dysfunction in Alzheimer's disease: association with neuropsychiatric symptoms and functional impairment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1998;10(4):426-432.

Clare L, Woods B. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2003;(4). Art. N.: CD003260.DOI: 10.1002/14651858.CD003260.

Clare L, Linden DE, Woods RT, Whitaker R, Evans SJ, Parkinson CH, et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease: a single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010;18(10):928-939.

Clare L, Bayer A, Burns A, Corbett A, Jones R, Knapp M, et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation in early-stage dementia: study protocol for a multi-centre single-blind randomized controlled trial (GREAT). *Trials.* 2013;14:1-15.

Cohen CA, Pushkar Gold D, Shulman KI, Zuccherro CA. Positive aspects in caregiving: An overlooked variable in research. *Canadian Journal on Aging.* 1994;3:378-391.

Conde-Sala JL, Reñé-Ramirez R, Turró-Garriga O, Gascón-Bayarri J, Juncadella-Puig M, Moreno-Cordón L, et al. Clinical differences in patients with Alzheimer's disease according to the presence or absence of anosognosia: Implications for perceived quality of life. *J Alzheimers Dis.* 2013;33(4):1105-1116.

Corrêa RCR. Uma proposta de reabilitação neuropsicológica através do programa de enriquecimento instrumental (PEI). *Ciências & Cognição.* 2009;14(2):47-58.

Crespo M, Fernández-Lansac V. Factors associated with anger and anger expression in caregivers of elderly relatives. *Aging & Mental Health.* 2014;18(4):454-462.

Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo, Maringá*. 2008;13(2):223-229.

Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2005;9(4):325-330.

Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308-2314.

Damin AE. Aplicação do questionário de mudança cognitiva como um método de rastreio [Tese de Doutorado]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo 2011.

de Labra C, Millán-Calenti JC, Buján A, Núñez-Naveira L, Jensen AM, Peersen MC, et al. Predictors of caregiving satisfaction in informal caregivers of people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015;60(3):380-388.

De Lira JO, Ortiz KZ, Campanha AC, Bertolucci PH, Minett TS. Microlinguistic aspects of the oral narrative in patients with Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(3):404-412.

De Vreese L, Verlato C, Emiliani S, Schioppa S, Belloi L, Salvioli G, et al. Effect size of a three-month drug treatment in AD when combined with individual cognitive retraining: preliminary results of a pilot study. *Neurobiology of Aging*. 1998;5:S213

Dickerson BC, Eichenbaum H. The episodic memory system: neurocircuitry and disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):86-104.

Dorcelles ARA. Uma intervenção psicoeducativa com cuidadores de idosos com demência [dissertação]. São Carlos: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Dourado M, Laks J, Leibing A, Engelhardt E. Consciência da doença na demência. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;33(6):313-321.

Dratcu L, Costa Ribeiro L, Calil HM. Depression assesment in Brazil. The first application of the Montgomery-Asberg depression rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150:797-800.

Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Hampel H, Molinuevo JL, Blennow K, et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *Lancet Neurol*. 2014;13(6):614-629.

Dulas MR, Newsome RN, Duarte A. The effects of aging on ERP correlates of source memory retrieval for self-referential information. *Brain Research*. 2011; 1377:84-100.

Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*. 1998; 51(1 Suppl 1): S53–S60; discussion S65-67.

Evans DA, Hebert LE, Beckett LA, Scherr PA, Albert MS, Chown MJ, et al. Education and other measures of socioeconomic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons. *Arch Neurol*. 1997;54(11):1399-1405.

Falcão DVS, Bucher-Maluschke JSNF. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: Uma reflexão sobre aspectos psicossociais. *Psicologia em Estudo. Maringá*. 2009;14(4);777-786.

Farina E, Mantovani F, Fioravanti R, Pignatti R, Chiavari L, Imbornone E, et al. Evaluating two group programmes of cognitive training in mild-to-moderate AD: is there any difference between a 'global' stimulation and a 'cognitive-specific' one? *Ageing & Mental Health*. 2006a;10(3):211-218.

Farina E, Mantovani F, Fioravanti R, Rotella G, Villanelli F., Imbornone E, et al. Efficacy of recreational and occupational activities associated to psychologic support in mild to moderate Alzheimer disease: a multicenter controlled study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2006b;20(4):275-82.

Farlow M, Veloso F, Moline M, Yardley J, Brand-Schieber E, Bibbiani F, Zou H, et al. Safety and tolerability of donepezil 23 mg in moderate to severe Alzheimer's disease. *BMC Neurol*. 2011;11:57:1-8.

Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-191.

Faust ME, Balota DA, Multhaup KS. Phonological blocking during picture naming in dementia of the Alzheimer type. *Neuropsychology*. 2004;18(3):526-536.

Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):57-63.

Fernández M, Gobartt AL, Balañá M, The COOPERA Study Group. Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. *BMC Neurology*. 2010;10(87):1-9.

Fernández-Calvo B, Contador I, Ramos F, Olazarán J, Mograbi DC, Morris RG. Effect of unawareness on rehabilitation outcome in a randomised controlled trial of multicomponent intervention for patients with mild Alzheimer's disease, *Neuropsychological Rehabilitation*. 2015;25(3):448-477.

Ferreira F, Pinto A, Laranjeira A, Pinto AC, Lopes A, Viana A, et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*. 2010;3(2):13-19.

Ferrer I. Defining Alzheimer as a common age-related neurodegenerative process not inevitably leading to dementia. *Progress in Neurobiology*. 2012;97(1):38–51.

Fitzpatrick AL, Kuller LH, Ives DG, Lopez OL, Jagust W, Breitner JCS, et al. Incidence and prevalence of dementia in the cardiovascular health study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(2):195-204

Folquitto JC, Bustamante SEZ, Barros SB, Azevedo D, Lopes MA, Hototian SR, et al. The Bayer - Activities of Daily Living Scale (B-ADL) in the differentiation between mild to moderate dementia and normal aging. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2007;29(4): 350-353.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;12:189-198.

Fonseca LC, Tedrus GM, Rezende AL, Giordano HF. Coherence of brain electrical activity: a quality of life indicator in Alzheimer’s disease? *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 2015;73(5):396-401.

Forlenza OV. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Rev. Psiqu. Clinica*. 2005;32(3);137-148.

Förster S, Buschert VC, Buchhloz H-G, Teipel SJ, Friese U, Zach C, et al. Effects of a 6-month cognitive intervention program on brain metabolism in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer’s disease. *Journal of Alzheimer’s Disease*. 2011;25(4):695-706.

Frota NAF, Nitrini R, Damasceno BP, Forlenza O, Dias-Tosta E, Silva AB et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil – exames complementares. In: *Recomendações em Alzheimer. Dementia & Neuropsychologia* 2011;5 (Supl.1):5-10.

Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38(6):835-841.

Gatterer G. Effizienz spezifischer neuropsychologischer und klinisch-psychologischer Interventionen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2007;40(2):88-95

Gianutsos R. Foreword to introduction to cognitive rehabilitation. In: Sohlberg and C. Mateer. Introduction to cognitive rehabilitation: theory and practice. New York: Guilford Press; 1989. p.7-8.

Gill SS, Anderson GM, Fischer HD, Bell CM, Li P, Normand SL, et al. Syncope and its consequences in patients with dementia receiving cholinesterase inhibitors: a population based cohort study. *Arch Intern Med.* 2009; 169(9):867-873.

Gindri G, Frison TB, Oliveira CR, Zimmermann N, Netto TM, Landeira-Fernandez J, et al. Métodos em reabilitação neuropsicológica. In: Landeira-Fernandez J e Fukushima S (org), *Métodos em Neurociência*. São Paulo: Manole. 2012;373-375.

Giordano M, Dominguez LJ, Vitrano T, Curatolo M, Ferlisi A, Di Prima A, et al. Combination of intensive cognitive rehabilitation and donepezil therapy in Alzheimer's disease (AD). *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;51(3):245–249.

Gómez-Isla T, Price JL, McKeel DW Jr, Morris JC, Growdon JH, Hyman BT. Profound loss of layer II entorhinal cortex neurons occurs in very mild Alzheimer's disease. *J Neurosci.* 1996;16(14):4491-4500.

Gurka P, Marksteiner J. Psychosocial therapy of patients with dementia. *Wien Med Wochenschr.* 2002;152(3-4):102-106.

Haley WE. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology.* 1997;48(5 Suppl):25-29.

Hamami A, Serbun SJ, Gutchess AH. Self-referencing enhances memory specificity with age. *Psychology and Aging.* 2011;26(3):636-646.

Hamdan AC, Pereira APA, Riechi TIJS. Avaliação e reabilitação neuropsicológica: desenvolvimento histórico e perspectivas atuais. *Interação em Psicologia.* 2011;15(n. especial):47-58.

Hamilton Anxiety Scale. Family Practice notebook. com. Disponível no site <http://www.fnotebook.com/psych/exam/HmltnAnxtyScl.htm> . Acesso em: 11/05/2016

Hamilton M – The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology.* 1959;32(1):50-55.

Harris JE. Remembering to do things: A forgotten topic .In: Harris JE e Morris PE (Eds.). *Everyday memory, actions, and absent mindedness*. London: Academic Press; 1984. p.71-92.

Hilgeman MM, Allen RS, DeCoster J, Burgio LD. Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months. *Psychology and Aging.* 2007;22(2):361–371.

Hindmarch I, Lehfeld H, de Jongh P, Erzigkeit H. The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). *Dement Geriatr Cogn Disord*. 1998;9(Suppl 2):20-26.

Hodges JR. Memory in the dementias. In: Tulving E, Craik FIM, editors. *The Oxford Handbook of Memory*. Oxford University Press; NY, USA: 2000.

Hodges JR, Salmon DP, Butters N. Semantic memory impairment in Alzheimer's disease: failure of access or degraded knowledge? *Neuropsychologia*. 1992;30(4):301-314.

Hoffmann K, Frederiksen KS, Sobol NA, Beyer N, Vogel A, Simonsen AH, et al. Preserving cognition, quality of life, physical health and functional ability in Alzheimer's disease: the effect of physical exercise (ADEX Trial): rationale and design. *Methods in Neuroepidemiology*. 2013;41(3-4):198-217.

Huang Y, Mucke L. Alzheimer mechanisms and therapeutic strategies. *Cell*. 2012;148(6):1204-1222.

Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*. 1982;140:566-572.

Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SC, Toyoda CY. Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(1):1-8.

Jack CR Jr, Petersen RC, Xu YC, Waring SC, O'Brien PC, Tangalos EG, et al. Medial temporal atrophy on MRI in normal aging and very mild Alzheimer's disease. *Neurology*. 1997;49(3):786-794.

Jack CR Jr. Alzheimer disease: new concepts on its neurobiology and the clinical role imaging will play. *Radiology*. 2012;263(2):344-361.

Jefferson AL, Lambe S, Moser DJ, Byerly LK, Ozonoff A, Karlawish JH. Decisional capacity for research participation in individuals with mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(7):1236-1243.

Joling KJ, van Marwijk HW, Veldhuijzen AE, van der Horst HE, Scheltens P, Smit F, et al. The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia: who is at the greatest risk? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(3):293-303.

Karlawish JH, Zbrozek A, Kinoshian B, Gregory A, Ferguson A, Low DV, et al. Caregivers' assessment of preference-based quality of life in Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2008; 4(3):203-211.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2003;19(3):861-866.

Karttunen K, Karppi P, Hiltunen A, Vanhanen M, Välimäki T, Martikainen J, et al. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(5):473–482.

Kashiwa Y, Kitabayashi Y, Narumoto J, Nakamura K, Ueda H, Fukui K. Anosognosia in Alzheimer's disease: association with patient characteristics, psychiatric symptoms and cognitive deficits. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 59:697-704.

Kelly ME, O'Sullivan M. Strategies and techniques for cognitive rehabilitation. Manual for healthcare professionals working with individuals with cognitive impairment. 2015;1-24.

Kim S. Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. *J Phys Ther Sci*. 2015;27(2):543–546.

Kotler-Cope S, Camp CJ. Anosognosia in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1995;9(1):52-56.

Kurz A, Thöne-Otto A, Cramer B, Egert S, Frölich L, Gertz HJ, et al. Cordial: cognitive rehabilitation and cognitive-behavioral treatment for early dementia in Alzheimer disease: a multicenter, randomized, controlled trial. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2012;26(3):246-253.

Kwak YT, Yang Y, Pyo SJ, Koo MS. Clinical characteristics according to depression screening tools in patients with Alzheimer's disease: view from self, caregiver-reported and drug-intervention pattern. *Geriatr Gerontol Int*. 2014; 14(3):660-666.

Lamar M, Lasarev MR, Libon DJ. Determining levels of unawareness in dementia research. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002;14(4):430-437.

Landauer TK e Bjork RA. Optimum rehearsal patterns and name learning. In: Gruneberg MM, Morris PE, Sykes RN (Eds). *Practical Aspects of Memory*. London: Academic Press, 1978; p.625-632.

Lawlor B. Managing behavioural and psychological symptoms in dementia. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181(6):463-465.

Leblond M, Laisney M, Lamidey V, Egret S, de La Sayette VL, Chételat C, et al. Self-reference effect on memory in healthy aging, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: influence of identity valence. *Cortex*. 2016;74:177-190.

Leicht H, Berwig M, Gertz HJ. Anosognosia in Alzheimer's disease: the role of impairment levels in assessment of insight across domains. *J Int Neuropsychol Soc*. 2010;16(3):463-473.

Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. Neuropsychological assessment 5th Edition. New York: Oxford University Press; 1995.

Lima NMFV, Servelhere KR, Matos AR. O perfil das praxias na doença de Alzheimer. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2012;16(1):159-166.

Logsdon RG, Gibbons LE, Mc Curry SM, Teri L. Quality of life in Alzheimer's disease patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*. 1998;5:21-32.

Lorenz-Reuter PA. Cognitive neuropsychology of the aging brain. In: Park DC, Schwartz N (Eds). *Cognitive aging: a primer*. Philadelphia, PA: Psychology Press, Taylor & Francis; 2000. p 93–114.

Lyketsos CG, Carillo MC, Ryan JM, Khachaturian AS, Trzepacz P, Amatniek J, et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer & Dementia*. 2011;5:532-539.

Mansfield CJ. Agitated behavior in persons with dementia: the relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness. *J Psychiatr Res*. 2008;43(1):64-69.

Mapelli D, Di Rosa E, Nocita R, Sava D. Cognitive stimulation in patients with dementia: randomized controlled trial. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*, 2013;3(1):263–271.

Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Pereira DS, Martins MAA, Tirado MGA. Avaliação de atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos*. 2007;11(4):267-273.

Marshall GA, Fairbanks LA, Tekin S, Vinters HV, Cummings JL. Neuropathologic correlates of activities of daily living in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2006; 20(1):56–59.

Marshall GA, Rentz DM, Frey MT, Locascio JJ, Johnson KA, Sperling RA. Executive function and instrumental activities of daily living in MCI and AD. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):300–308.

Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, Millán PR, García CI, Montalbán SR, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(5):489-499.

McLellan DL. Functional recovery and the principles of disability medicine. In: Swash M e Oxbury J (Eds). *Clinical Neurology*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone. 1991. p. 768–790.

McLaughlin T, Feldman H, Fillit H, Sanod M, Schmitte F, Aisenf F, et al. Dependence as a unifying concept in defining Alzheimer's disease severity. *Alzheimer's Dement*. 2010;6(6):482–493.

McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 1984;34(7):939-944.

McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3): 263–269.

Migliorelli R, Teson A, Sabe L, Petracca G, Petracchi M, Leiguarda R, et al. Anosognosia in 651 Alzheimer's disease: A study of associated factors. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1995;7:338-344.

Missotten P, Squelard G, Ylief M, Di Notte D, Paquay L, De Lepeleire J, et al. Relationship between quality of life and cognitive decline in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;25:564–572.

Motenko AK. The frustrations, gratification, and well-being of dementia caregivers. *The Gerontologist*. 1989;29:166–172.

Montaño MBMM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39:912-917.

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-389.

Moreaud O, David D, Charnallet A, Pellat J. Are semantic errors actually semantic? Evidence from Alzheimer disease. *Brain Lang*. 2001;77(2):176–186.

Mosconi L, Tsui WH, Herholz K, Pupi A, Drzezga A, Lucignani G, et al. Multicenter standardized 18F-FDG PET diagnosis of mild cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias. *J Nucl Med*. 2008;49(3):390-398.

Moscoso MA, Marques RCG, Ribeiz SRI, Santos L, Bezerran DM, Jacob Filho W, et al. Profile of caregivers of Alzheimer's disease patients attended at a reference center for cognitive disorders. *Dementia & Neuropsychologia*. 2007;1:412-417.

Müller-Thomsen T, Arlt S, Mann U, Mass R, Ganzer S. Detecting depression in Alzheimer's disease: evaluation of four different scales. *Arch Clin Neuropsychol*. 2005;20(2):271-276

Nadkarni NK, Levy-Cooperman N, Black SE. Functional correlates of instrumental activities of daily living in mild Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging*. 2012;33(1):53-60.

Nelson HE. A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects. *Cortex*. 1976;12:313-332.

Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M, et al. Incidence of dementia in a community dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004;18:241-6

Nogueira MML, Brasil D, Sousa MFB, Santos RL, Dourado MCN. Satisfação sexual na demência. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2013;40(2):77-80.

Nogueira MM, Neto JP, Sousa MF, Santos RL, Rosa RD, Torres B, et al. Spouse-caregivers' quality of life in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*. 2015;27(5):837-845.

Nomura S, Garcia JL, Fabrício AM, Bolognani SAP, Camargo CHP. Reabilitação Neuropsicológica. In: Forlenza OV e Caramelli P (Eds). *Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000: p.539-543.

Novelli MMPC. *Adaptação transcultural da escala de avaliação de qualidade de vida na doença de Alzheimer*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

Novelli MMPC, Rovere HHD, Nitrini R, Caramelli P. Cross-cultural adaptation of the quality of life assessment scale on Alzheimer disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2005;63:201-206.

Novelli MMPC. *Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares*. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo 2006.

Novelli MMPC, Nitrini R, Caramelli P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2010;21(2):139-147.

Nygaard L. Assessing ADL / IADL in persons with dementia. In: Winblad B, Wimo A, Jönsson B, Karlsson G, editors. *The health economics of dementia*. Chichester: Wiley; 1998: p.371-388.

Nygaard L. Instrumental activities of daily living: a stepping-stone towards Alzheimer's disease diagnosis in mild cognitive impairment subjects? *Acta Neurol Scand*. 2003;107(179):42-46.

Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Sera T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;30:161–178

Oliveira MF, Ribeiro M, Borges R, Luginger S. *Doença de Alzheimer: perfil neuropsicológico e tratamento* [monografia]. Portugal: Universidade Lusíada do Porto; 2005.

Ortiz KZ, Bertolucci PH. Language impairment in the early stages of Alzheimer's disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(2A):311–317.

Ory MG, Hoffman RR, Yee JL, Tennstedt S, Schulz R. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist*. 1999;39(2):177-185

Paula JJ, Malloy-Diniz FL. Executive functions as predictors of functional performance in mild Alzheimer's dementia and mild cognitive impairment elderly. *Estudos de Psicologia*. 2013;18(1):117-124.

Perry RJ, Hodges JR. Attention and executive deficits in Alzheimer's disease: A critical review. *Brain*. 1999;122:383–404.

Prigatano GP. Learning from our successes and failures: reflections and comments on cognitive rehabilitation: how it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 1997;3(5):497-499.

Projetos de Lei (PL) (PL número 2.178, de 2011 e PL 4.702 de 2012) que dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso no Brasil. Disponível: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=559429>

Rainer M, Jungwirth S, Kruger-Rainer C, Croy A, Gatterir G, Hausshofer M. . Pflegende angehorige von demenzerkrankten: belastungsfaktoren und deren auswirkung. *Psychiatrische Praxis*. 2002;29(3):142-147.

Ready RE, Ott BR, Grace J, Fernandez I. The Cornell-Brown Scale for quality of life in dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002;16(2):109-115.

Reed BR, Jagust WJ, Coulter L. Anosognosia in Alzheimer's disease: Relationships to depression, cognitive, function, and cerebral perfusion. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1993;15(2):231-244.

Regier NG, Gitlin LN. Towards defining restlessness in individuals with dementia. *Aging & Mental Health*. 2016;8:1-10.

Reisberg B, Gordon B, McCarthy M, Ferris SH, de Leon MJ. Insight and denial accompanying progressive cognitive decline in normal aging and Alzheimer's disease. In: Stanley B, editor. *Geriatric Psychiatry: Ethical and Legal Issues*. American Psychiatric Press; 1985;37-79.

Requena C, Maestu F, Campo P, Fernandez A, Ortiz T. Effects of cholinergic drugs and cognitive training on dementia: 2-year follow-up. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2006;22:339–345.

Robinson J, Fortinsky R, Kleppinger A, Shugrue N, Porter M. A broader view of family caregiving: Effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symptoms, health, work and social isolation. *Journal of Gerontology: Social Sciences.* 2009;64(6):788–798.

Roe CM, Mintun MA, D'Angelo G, Xiong C, Grant EA, Morris JC. Alzheimer disease and cognitive reserve: Variation of education effect with carbon 11-labeled Pittsburgh Compound B uptake. *Arch Neurol.* 2008;65(11):1467–1471.

Roe CM, Mintun MA, Ghoshal N, Williams MM, Grant EA, Marcus DS, et al. Alzheimer disease identification using amyloid imaging and reserve variables: Proof of concept. *Neurology.* 2010;75(1):42–48.

Rolland J. In sickness and in health: The impact of illness on couples' relationships. *Journal of Marital Family Therapy.* 1994;20(4):327–342.

Sacco G, Joumier V, Darmon N, Deschamps A, Derreumaux A, Lee JH, et al. Detection of activities of daily living impairment in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment using information and communication technology. *Clinical Interventions in Aging.* 2012;7:539–549

Sakakibara M, Kido M, Kuribayashi J, Okada H, Igarashi A, et al. Comparison of the Effects of a Brand-name Drug and Its Generic Drug on the Quality of Life of Alzheimer's Disease Patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience.* 2015;13(2):174-179.

Salmon DP, Bondi MW. Neuropsychological assessment of dementia. *Annual Review of Psychology.* 2009;60:257-282.

Salomone S, Caraci F, Leggio GM, Fedotova J, Drago F. New pharmacological strategies for treatment of Alzheimer's disease: focus on disease modifying drugs. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;73(4):504-517.

Sanchez-Mut JV, Gräff J. Epigenetic Alterations in Alzheimer's Disease. *Front Behav Neurosci.* 2015;9(347):1-17.

Santos MD, Borges SM. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro.* 2015;18(2):339-349.

Santos Neto GS, Jesus MS, Gaino SB. Trinta anos de reabilitação cognitiva com o apoio do computador: o que a neuropsicologia tem a dizer? *Revista Brasileira de Computação Aplicada.* 2014;6:60-70.

Santos RL, Sousa L, Barroso MF, Brasil D, Dourado M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Rev Psiq Clín.* 2011;38(4):161-167.

Scherer RK, Scarmeas N, Brandt J, Blacker D, Albert MS, Stern Y. The relation of patient dependence to home health aide use in Alzheimer's disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008;63(9):1005–1009.

Selai CE, Trimble MR, Rossor M, Harvey RJ. Assessing quality of life in dementia: Preliminary psychometric testing of the Quality of Life Assessment Schedule (QOLAS). *Neuropsychol Rehabil.* 2001;11:219-243.

Seltzer B, Vasterling JJ. Awareness of deficit in Alzheimer's disease: Association with psychiatric symptoms and other disease variables. *J Clin Geropsychol.* 1995;1:79-87.

Shin IS, Carter M, Masterman D, Fairbanks L, Cummings JL. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005;13(6):469–474.

Silagi ML, Bertolucci PH, Ortiz KZ. Naming ability in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: what changes occur with the evolution of the disease? *Clinics (Sao Paulo).* 2015;70(6):423-428.

Smith SC, Lamping DL, Banerjee S, Harwood R, Foley B, Smith P, et al. Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. *Health Technol Assess.* 2005;9(10):1-93.

Snow AL, Dani R, Soucek J, Sullivan G, Ashton CM, Kunik ME. Comorbid psychosocial symptoms and quality of life in patients with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005;13(5):393–401.

Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist.* 2002;42(3):356-372.

Strauss E, Sherman EMS, Spreen O. A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary (3rd Ed). New York: Oxford University Press; 2006.

Strub RL, Black FW. The Mental States Examination in Neurology (2nd ed). Davis Company: Philadelphia; 1985; 15-17.

Stuss, DT, Levine B. Adult clinical neuropsychology: lessons from studies of the frontal lobes. *Annual Review of Psychology.* 2002;53:401-433.

Sousa MFB, Santos RL, Arcoverde C, Dourado M, Laks J. Consciência da doença na doença de Alzheimer: resultados preliminares de um estudo longitudinal. *Rev Psiquiatr Clín.* 2011;38(2):57-60.

Starkstein SE, Jorge R, Mizhahi R, Robinson RG. A diagnostic formulation for anosognosia in Alzheimer's disease. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry*. 2006;77(6):719-725.

Svetlik RND, Dooley WK, Weiner MF, Williamson GM, Walters AS. Declines in satisfaction with physical intimacy predict caregiver perceptions of overall relationship loss: a study of elderly caregiving spousal dyads. *Sexuality and Disability*. 2005;23(2):65–79.

Tabert MH, Albert SM, Borukhova-Milov L, Camacho Y, Pelton G, Liu X, et al. Functional deficits in patients with mild cognitive impairment: prediction of AD. *Neurology*. 2002;58:758–764.

Tarlow BJ, Wisniewski SR, Belle SH, Rubert M, Ory MG, Gallaguer-Tomson D. Positive aspects of caregiving: Contributions of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research on Aging*. 2004;26:429–453.

Tarawneh R, Holtzman DM. The clinical problem of symptomatic Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2012;2(5):1-16.

Taub A, Andreoli SB, Bertolucci PH. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:372-376.

Tractenberg R C, Yumoto F, Aisen OS. Detecting when “quality of life” has been “enhanced”: estimating change in quality of life ratings . *Open J Philos*. 2013;3(4A):24–31.

Trigg R, Jones R, Lacey L, Niecko T. Relationship between patient self-assessed and proxy-assessed quality of life (QoL) and patient dependence on others as illness progresses in Alzheimer's disease (AD): results from the Dependence in AD in England (DADE) study. *Alzheimers Dement*. 2012;8(4): 250–251.

Trigg R, Jones RW, Knapp M, King D, Lacey LA, for the DADE-2 Investigator Groups. The relationship between changes in quality of life outcomes and progression of Alzheimer's disease: results from the Dependence in AD in England longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30:400–408.

Tuokko H, Morris C, Ebert P. Mild cognitive impairment and everyday functioning in older adults. *Neurocase*. 2005;11(1):40–47.

Turner-Stockes L. Goal Attainment Scaling (GAS) in Rehabilitation. A practical guide. Director Regional rehabilitation Unit, Northwick Park Hospital and King's College London School of Medicine; Royal Melbourne Hospital, Interstate visitor, 2009.

Turro-Garriga O, Garre-Olmo J, Vilalta-Franch J, Conde-Sala JL, de Gracia Blanco M, et al. Burden associated with the presence of anosognosia in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(3):291-297.

Van der Linden M. Neuropsychologie de la mémoire. In: Seron X, Jeannerod M, editors. *Traité de neuropsychologie humaine*. Bruxelles: Mardaga; 1994;282–316.

Vaisman H, Almeida KMH, Almeida OP. In: Forlenza O, Almeida OP (Eds). *Abordagens psicoterápicas para idosos demenciados Depressão e demência no idoso*. São Paulo: Lemos; 1997:167-192.

van Paasschen J, Clare L, Yuen KSL, Woods RT, Evans SJ, Parkinson CH, et al. Cognitive rehabilitation changes memory-related brain activity in people with Alzheimer disease. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2013;27(5):448-459.

Vasterling JJ, Seltzer B, Foss MW, Vanderbrook V. Unawareness of deficit in Alzheimer's disease: Domain specific differences and disease correlates. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1995;8:26-32.

Villars H, V Gardette, Perrin A, Hein C, Elmalem S, E Peretti, et al. Study protocol: Randomised controlled trial to evaluate the impact of an educational programme on Alzheimer's disease patients' quality of life Alzheimer's. *Research & Therapy*. 2014;6:66:1-9.

Viña J, Lloret A. Why women have more Alzheimer's disease than men: gender and mitochondrial toxicity of amyloid-beta peptide. *J Alzheimers Dis*. 2010;20:S527-533.

Viola LF, Nunes PV, Yassuda MS, Aprahamian I, Santos FS, Santos GD, et al. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics (São Paulo)*. 2011;66(8):1395-1400.

Vitali P, Migliaccio R, Agosta F, Rosen HJ, Geschwind MD. Neuroimaging in dementia. *Semin Neurol*. 2008;28(4):467–483.

Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Winkens I, et al. Behavioural disturbances in dementia patients and quality of the marital relationship. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003;18(2):149–154.

Ward M, Cecato JF, Aprahamian I, Martinelli JE. Assessment for apraxia in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*. 2015;9(1):71-75.

Wechsler D. Wechsler Memory Scale-Revised. San Antonio, TX: Psychological Corporation/Harcourt Brace Jovanovich; 1987.

Wilson, BA. Rehabilitation of memory. New York: Guilford Press;1987.

Wilson BA. Cognitive rehabilitation: How it is and how it might be (Critical Review). *JINS*. 1997;3:487-496.

Wilson BA, Emslie HC, Quirk K, Evans JJ. Reducing everyday memory and planning problems by means of a paging system: a randomised control crossover study. *J Neurol Neurosurg Psych*. 2001;70:477-482.

Wilson BA. Neuropsychological rehabilitation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008;4:141-162.

Wilson BA, Gracey F, Evans JJ, Bateman A, Cicerone K, et al. *Neuropsychological rehabilitation. Theory, models, therapy and outcome*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p.1-36.

Xiao-Ling L, Nan H, Meng-Shan T, Jin-Tai Y, Lan T. Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer disease. *BioMed Research International*. 2014;1-9.

Yogev-Seligmann G, Jeffrey M, Hausdorff, Nir Giladi. The role of executive function and attention in gait. *Movement Disorders*. 2008;23(3):329–342.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*. 1980;20:649-655.

Zahodne LB, Ornstein K, Consentino S, Devanand DP, Stern Y. Longitudinal relationships between Alzheimer disease pregression and psychosis, depressed mood, and agitation/ aggression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015; 23(2):130-140.

Zidan M, Arcoverde C, Araújo NB, Vasques P, Rios A, Laks J, et al. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da Doença de Alzheimer. *Rev Psiq Clín*. 2012;39(5):161-165.

Zhu CW, Leibman C, McLaughlin T, Zbrozek AS, Scarmeas N, Albert M, et al. Patient dependence and longitudinal changes in costs of care in Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(5):416–423.