A Estimulação Cognitiva no Comprometimento Cognitivo Leve e Doença de Alzheimer no contexto Multidisciplinar

- Paula Schimidt Brum
- Mônica Sanches Yassuda

Introdução

Nas últimas décadas, o número de pesquisas envolvendo idosos aumentou significativamente. Este fato pode ser explicado pelo aumento da população idosa, pelos avanços nas áreas biológicas, e pelo interesse dos pesquisadores e clínicos em agregar qualidade de vida aos anos vividos.¹ É neste contexto que se destacam as pesquisas que buscam compreender o funcionamento da memória, suas peculiaridades na velhice,² e possíveis estratégias para compensar *déficits* cognitivos tanto na senilidade quanto na velhice saudável.³

A estimulação cognitiva pode ser entendida como um tratamento não farmacológico, que tem como intuito amenizar ou sanar dificuldades cognitivas. Consiste em oferecer tarefas que estimulem diversas funções cognitivas como atenção, memória, linguagem, velocidade de processamento, entre outras, segundo protocolos pré-estabelecidos, entretanto, desenhados para atender o perfil neuropsicológico de cada paciente de forma individualizada.

A eficácia da estimulação cognitiva vem sendo confirmada por estudos científicos.^{4,5} Entretanto, os estudos sobre treino cognitivo para a população idosa são diversos quanto à metodologia empregada, o número de participantes, as estratégias mnemônicas ensinadas, o número de sessões e o grau de comprometimento cognitivo dos participantes.⁶ Diante desta variedade, ressalta-se a dificuldade de comparar os estudos e encontrar a metodologia mais adequada para trabalhar com os diversos graus de comprometimento cognitivo.

A doença de Alzheimer (DA) e o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) recebem grande destaque no meio científico por ser, respectivamente, a principal demência a acometer os idosos, e por ser um grupo com maior probabilidade de conversão para algum tipo de demência, mas com possibilidade de recuperação.

A doença de Alzheimer pode ser entendida como uma entidade nosológica neurodegenerativa que leva à perda progressiva da memória, função executiva, linguagem, dentre outras funções cognitivas. Recebe grande destaque na literatura e traz gastos significativos tanto para o paciente quanto para a saúde pública.⁷ A DA ainda não possui cura, mas o diagnóstico precoce e o tratamento farmacológico, aliado ao tratamento não farmacológico, são essenciais para melhorar a qualidade de vida do paciente, e consequentemente, de seu cuidador e familiar.^{8, 9, 10, 11}

Quanto antes iniciado o tratamento farmacológico e não farmacológico maior o benefício para o paciente, uma vez que, depois de diagnosticada, a evolução natural da doença levará à deterioração inevitável das funções cognitivas. O principal objetivo da estimulação cognitiva na DA é diminuir a velocidade da progressão da doença e manter, durante o maior tempo possível, as funções cognitivas preservadas.^{9, 10, 11}

Destaca-se, ainda, o respeito e dedicação, características fundamentais ao terapeuta que pretende iniciar um trabalho de estimulação cognitiva com este público. A frase de Frau August D (primeira paciente que permitiu a Alois Alzheimer estudar a doença que mais tarde recebeu seu nome) explica bem o que um paciente com essa patologia sente: 'Eu me perdi em mim mesma'. Esta frase deve ser lembrada pelo terapeuta sempre que estiver trabalhando com alguém com esta doença, uma vez que demonstra o quão difícil pode ser o seu enfrentamento por parte do paciente.

O Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é um quadro clínico que se caracteriza por pontuação abaixo da esperada para idade e escolaridade em testes cognitivos, entretanto, o paciente continua realizando normalmente as atividades de vida diária. Pessoas com CCL têm maior probabilidade de desenvolver algum tipo de demência, quando comparadas a outras que não possuem este diagnóstico. Mesmo assim, muitos dos pacientes com CCL podem voltar a pontuar como normais, porque o diagnóstico de CCL é bastante complexo, dependendo de testes cognitivos com normas para a população idosa, e sofrendo influência da escolaridade e do humor.¹²

A estimulação cognitiva no CCL também deve ser iniciada o quanto antes, para que os benefícios possam ser percebidos rapidamente pelos pacientes e familiares. O principal objetivo da estimulação neste caso é manter as funções cognitivas preservadas, e compensar as alterações nas funções que começaram a sofrer declínio. As funções nas quais foram observadas alterações devem ser enfatizadas para que atinjam desempenho esperado para a idade e escolaridade do participante. Ressalta-se, aqui, a importância do diagnóstico precoce e do perfil cognitivo como principais fatores na determinação das metas do programa de estimulação.

É neste contexto que destacamos a iniciativa do Programa de Estimulação Cognitiva e Funcional, realizado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (São Paulo, Brasil). Este programa oferece diversas oficinas, incluindo a oficina de estimulação cognitiva, a idosos diagnosticados com DA e com CCL. Estas oficinas trazem benefícios tanto aos pacientes quanto aos cuidadores, que muitas vezes são detectáveis em pesquisas que buscam avaliar a qualidade de vida.¹³ A seguir, exploramos o conteúdo e a programação desta oficina, que vem sendo realizada todo semestre, com grupos diferentes, desde 2007.

O intuito principal das sessões de estimulação é amenizar as dificuldades de atenção e memória, recrutando as funções cognitivas preservadas. Antes de detalhar o funcionamento das sessões, é importante ressaltar que estamos trabalhando com idosos, o que exige um conhecimento prévio sobre a velhice e o processo de envelhecimento.

Trabalhar com idosos exige que estereótipos negativos sobre a velhice sejam quebrados. O idoso não é criança e por isso não nos referimos a eles como nos referimos a crianças. A infantilização da velhice é um fenômeno bastante comum na sociedade brasileira e se refere a colocar palavras no diminutivo (por exemplo: 'vovozinha', 'vamos fazer esse joguinho',...), e não levar em consideração que o idoso possui conhecimento prévio sobre muitos assuntos, muitas vezes mais vastos que os conhecimentos dos terapeutas, ou uma opinião sobre o tema que está sendo abordado.

A infantilização, assim como os estereótipos negativos sobre a velhice, devem ser abolidos. Um exemplo de estereótipo bastante comum em nossa sociedade é acreditar que a velhice é sinônimo de doença. A velhice é uma fase dentro do processo de envelhecimento que trás consigo benefícios e malefícios, assim como as demais fases da vida. O idoso pode ter uma ótima qualidade de vida tendo as doenças de base controladas e realizando as tarefas que sempre realizou ao longo do processo de envelhecimento.¹⁴

Por este motivo, para valorizar a formação e as experiências prévias dos participantes, as sessões de estimulação cognitiva são baseadas nas informações que o participante traz sobre um determinado assunto. A programação deve ser baseada no interesse e nas queixas do grupo, sempre partindo do conhecimento de mundo dos participantes. Sabendo das principais queixas, dúvidas e interesses,

é possível fazer um programa que gere maior adesão e envolvimento. Toda oficina é diferente, uma vez que o planejamento das sessões leva em conta as informações colhidas durante a avaliação e a primeira sessão sobre as principais dificuldades cognitivas enfrentadas, o grau de escolaridade dos participantes, a história de vida e conhecimento de mundo desses idosos.

A experiência no Programa de Estimulação Cognitiva e Funcional vem mostrando que os idosos com a DA têm dificuldade para lembrar nomes de pessoas, datas, textos, onde estão os objetos em casa, além de se perder em um caminho que costumavam fazer com frequência. Assim sendo, a partir da literatura científica, e das principais dificuldades mnemônicas relatadas pelos idosos, construímos a programação das sessões.

Estrutura das oficinas de estimulação cognitiva no programa de estimulação cognitiva e funcional

A estrutura da oficina de estimulação cognitiva realizada no Programa de Estimulação Cognitiva e Funcional inclui os seguintes componentes essenciais, que são mantidos a cada sessão:

- Orientação temporal e espacial;
- Atividade de atenção;
- Conteúdo educacional sobre memória ou outra função cognitiva;
- Desafios de memória;
- Estimulação das demais funções cognitivas.

Os idosos são divididos de acordo com o grau de comprometimento cognitivo, ficando o idoso com DA leve a moderada em um grupo e os com CCL, em outro. Os grupos são formados em geral por 10 idosos e, além do terapeuta, contamos com quatro 'aprendizes', ou seja, profissionais ou estudantes da área da saúde com interesse no tema da estimulação cognitiva. Os aprendizes têm como função auxiliar o terapeuta durante a oficina, podendo contribuir com novas atividades. A estrutura das sessões, ressaltada acima, é utilizada em ambos os grupos, porém, o que varia é o grau de dificuldade dos exercícios/tarefas propostas.

Orientação temporal

As atividades de orientação temporal e espacial têm como intuito direcionar o idoso para a realidade. Muitos idosos relatam que se sentem perdidos ou confusos e se preocupam com isso. A orientação é fundamental para trazer melhora à qualidade de vida desses participantes, uma vez que, a partir do momento que o idoso sabe qual é o ano corrente, consegue se lembrar se está ou não aposentado, e as tarefas que tem de cumprir naquele dia. Além disso, o ano pode fornecer pistas sobre onde mora atualmente, quais membros da família faleceram, também lhe mostra se é avô, se tem bisnetos, dentre outras informações.

Muitas vezes, quando os idosos se aposentam, o número de compromissos diminui e o contato social pode se tornar mais restrito. Manter-se engajado na vida social é um recurso importante para evitar o esquecimento para datas.

Existem diversas maneiras de guardar as datas. A utilização de recursos internos ou externos é bastante relevante. Os recursos internos dizem respeito aos recursos mentais, aqueles que dependem apenas da memória. Os recursos externos podem ser entendidos como recursos presentes no ambiente e que facilitam a memorização, por exemplo, agenda, bipe, calendário, dentre outros.

Nas oficinas de estimulação usamos, com frequência, o calendário, considerado um recurso externo simples (pois tenho todas as informações necessárias apenas olhando para uma página). Este tem se mostrado um recurso muito útil para lembrar datas, inclusive para pacientes com DA. Os pacientes com DA e com CCL podem ser incentivados a usar um calendário diariamente. A princípio, é necessário um calendário grande (para facilitar a visualização) e uma caneta. O idoso deve circular o número correspondente ao dia em que estamos e dizer em voz alta: 'hoje é dia _ (dia do mês) de _ (mês) de _ (ano), _ (dia da semana)'. Se durante o dia o idoso quiser saber a data, é importante que o cuidador o incentive a ir ao calendário e mostre que ali ele conseguirá a informação. Com o treino,

o idoso deve parar de perguntar a data ao cuidador e ir ele mesmo até o calendário para observar a data. Ao final do dia, é importante que este idoso volte ao calendário e faça um x em cima do número, dizendo em voz alta: 'hoje foi dia _ (dia do mês) de _ (mês) de _ (ano), _ (dia da semana)'. Dessa maneira, ao menos duas vezes por dia o idoso falará a data. A repetição é fundamental para que a informação seja guardada na memória, e para que o idoso desenvolva o hábito de checar o calendário. Ressalta-se que é imprescindível que o idoso, e não o cuidador, utilize o calendário. O cuidador deverá apoiar a tarefa, mas somente quando o idoso não tiver condições de riscar o calendário, o cuidador deverá assumir esta função.

As experiências na oficina mostraram que os idosos, tanto do grupo com CCL quanto do grupo com DA, conseguem guardar as datas através do uso constante do calendário. A diferença é que o grupo com CCL consegue colocar em prática a estratégia mais rapidamente, enquanto que, no grupo de DA, é necessário um número maior de repetições.

Orientação espacial

Além da orientação temporal, também é necessário trabalhar a orientação espacial. Muitos idosos não se lembram do nome da cidade onde estão. Este fato acontece com maior frequência entre idosos que viveram por muitos anos em uma cidade e se mudaram. Alguns relatam estar na cidade natal. Para trabalhar a orientação espacial, utiliza-se a pergunta: 'onde estamos?', e segue-se o princípio da aprendizagem sem erro, que propõe o fornecimento de pistas graduais para evitar que o paciente fale nomes incorretos, pois pode memorizar os nomes incorretos. Podem ser utilizadas pistas fonêmicas (começa com "São..") ou do ambiente, como a primeira página do jornal local. Questionar porque o idoso acha que está em outro lugar também pode ser de grande valia neste momento. Com a repetição e com as pistas externas é esperado que este idoso comece a falar corretamente o local onde está.

A orientação espacial também pode ser feita com os pacientes com CCL, mas estes, por continuarem engajados socialmente, em geral falam corretamente ou têm pequenas dúvidas que são rapidamente esclarecidas. Os pacientes com DA, por sua vez, exigem a repetição constante da informação e das pistas para, com o tempo, poder falar corretamente a localização.

Atenção

Após trabalhar a orientação temporal e espacial, trabalhamos com a atenção. A atenção é fundamental para os processos de memorização. É por meio dela que a informação chega à consciência e é processada. Uma pessoa atenta tem melhor memória que uma pessoa desatenta. Esta é a justificativa que nos leva a treinar a atenção em todas as sessões. Existem cinco modalidades de atenção correspondentes aos cinco sentidos.¹⁵ Na estimulação cognitiva trabalhamos com duas modalidades, principalmente a atenção auditiva e visual.

A oficina acontece uma vez por semana e, dessa maneira, uma semana se trabalhará a atenção visual e, na outra, a atenção auditiva. Destaca-se que antes de qualquer atividade é necessário explicar o motivo e como será realizada a tarefa proposta. Como explicitado acima, o idoso possui conhecimento prévio sobre diversos assuntos e fazer uma atividade descontextualizada pode gerar desmotivação e sensação de estranhamento. Por isso, sempre deve ser explicado qual o objetivo da atividade que os idosos irão realizar.

Existem diversas formas de estimular a atenção visual: jogos de sete erros, caça-palavras, atividades de rastreamento visual, dentre outras. Observa-se que nenhuma atividade para idosos deve ser infantil. Sabe-se da dificuldade para encontrar material de estimulação cognitiva que não seja infantilizado, mas existem alternativas, como a produção de material próprio para as atividades. Este é um tópico extremamente relevante que não deve ser negligenciado pelo profissional responsável pela sessão. Materiais destinados ao público adulto devem ser localizados ou elaborados.

Com relação às tarefas de atenção auditiva, podemos trabalhar com música, sendo esta uma atividade muito produtiva. Se a música é familiar ao idoso, pode-se trabalhar pedindo para que este conte quantas vezes uma determinada palavra, previamente escolhida pelo terapeuta, aparece na música. Se a música é desconhecida, além de pedir para que ele conte quantas vezes uma determinada palavra aparece, também é possível solicitar que os idosos digam qual o sentido da letra da música. Em ambas as atividades trabalha-se o foco da atenção auditiva.

Outros tipos de atividades de atenção auditiva são: falar três palavras distintas e pedir para que o idoso repita as três, só que de trás para frente, por exemplo: o terapeuta diz 'gato, tigre, leão' e o idoso deve dizer: 'leão, tigre, gato'. Ou ainda falar frases desconexas e pedir para que os participantes coloquem em ordem (por exemplo: 'o vidro quebrado da janela está' onde o idoso deve dizer: 'o vidro da janela está quebrado').

Observamos que estas atividades funcionam tanto para o grupo com DA quanto para o grupo com CCL. Entretanto, costuma-se aumentar o grau de dificuldade das tarefas de atenção para o grupo com CCL, trabalhando com um volume maior de informações, com atenção dividida, ou com tempo reduzido. É importante destacar que as atividades não podem ser muito simples e nem muito complexas para evitar desinteresse e frustração, respectivamente.

Conteúdo educacional sobre memória ou outra função cognitiva

Outro tópico na programação das oficinas refere-se ao conteúdo educacional. A experiência mostra que os idosos, não importando a condição clínica, têm muitas dúvidas acerca do processo de envelhecimento, do funcionamento da memória, do impacto do humor na cognição, e de diversos outros temas que surgem ao longo das sessões. O conteúdo educacional não pode ser tratado como uma questão menos importante na sessão. Nas sessões de estimulação, buscamos adaptar o conteúdo educacional às necessidades dos idosos, que são percebidas nas primeiras sessões, quando os idosos são incentivados a falar sobre as suas dúvidas e angústias. Trabalhamos com informações sobre o que é esperado no envelhecimento saudável, o que é memória, os tipos de memória, o quanto é normal esquecer,¹⁶ as diferenças entre jovens e idosos, a heterogeneidade na velhice, a importância da atenção para a memória, os diferentes tipos de memória, dentre outros tópicos.

Destacamos, aqui, algumas informações sobre os tópicos expostos acima. Diversos estudos mostram que é possível envelhecer sem perdas cognitivas que comprometam a realização de atividades de vida diária, ou seja, é possível envelhecer bem e com qualidade de vida.² Ao longo do processo de envelhecimento, as pessoas vão se diferenciando, o que leva à heterogeneidade na velhice, ou seja, os idosos podem ser muito diferentes entre si, em habilidades físicas ou cognitivas.¹⁷ É importante trabalhar estas questões com os idosos, que sem perceber, acabam por reforçar alguns estereótipos. Por exemplo, um indivíduo pode ter mais de 60 anos e estar muito bem física e cognitivamente, o que não faz dele um jovem. Somente quando nos dermos conta disso, e não mostrarmos o idoso saudável como exceção, é que começaremos a trabalhar na mudança desse estereótipo. A doença existe em todas as fases do processo de envelhecimento. Por que na velhice a aceitaríamos como normal?¹¹

Também abordamos a diferença entre jovens e idosos. Pesquisas são feitas comparando o desempenho de jovens e idosos, e algumas demonstraram que, se treinados, os idosos podem alcançar o mesmo desempenho que os jovens.¹⁸ Esta informação é bastante importante, uma vez que os idosos acabam se motivando e buscando realizar as atividades propostas, inclusive em casa, no caso dos pacientes CCLs.

Existem outros tópicos que são discutidos durante as sessões, como a importância da atenção para a boa memória. Muitas vezes o esquecimento não está apenas relacionado à memória e, sim, à atenção. A atenção é um sistema de vigilância que o ser humano possui para captar as informações presentes no meio. É importante que os participantes se tornem conscientes de seus momentos de desatenção para que possam se esforçar para manter o foco atencional diante das situações de aprendizagem.

Ressalta-se, também, que este conteúdo é voltado para os idosos com DA. Os cuidadores também trabalham estas questões, porém, em oficinas separadas, voltadas apenas para os familiares e cuidadores que acontecem ao mesmo tempo, mas em salas diferentes. Nessas oficinas eles recebem informações sobre a doença e suas características, retiram dúvidas, compartilham experiências e trabalham outras questões, além de aprenderem algumas formas de estimular o paciente em casa.

Tarefas (ou desafios) de memória

O treino cognitivo tem como um dos objetivos ensinar estratégias de memorização aos participantes. Estratégias mnemônicas são formas descritas na literatura para facilitar que uma informação seja

gravada. Estas estratégias foram testadas por pesquisadores, os quais mostraram que quando utilizadas facilitaram a lembrança de determinada informação.⁴ Na estimulação cognitiva são ensinadas a estratégia de categorização, as associações verbais e a criação de imagens mentais.

Existem diversos tipos de estratégias mnemônicas. Nas sessões de estimulação cognitiva utilizamos várias estratégias de memorização descritas na literatura, dependendo das queixas que os idosos relatam nas primeiras sessões. A diferença principal entre as oficinas para pacientes com DA e com CCL encontra-se neste ponto. Os idosos com CCL, por estarem mais preservados cognitivamente, conseguem compreender como funcionam as estratégias apresentadas durante a sessão e as utilizam no dia a dia. Estes pacientes trazem algumas dúvidas quanto à aplicação das estratégias no cotidiano, que são esclarecidas, relatando que se beneficiam das estratégias com as quais mais se identificam. Dessa maneira, muitas vezes, conseguem atingir o desempenho esperado para a sua idade e escolaridade.

Os idosos com DA têm mais dificuldade para entender e memorizar as estratégias mnemônicas mais complexas. Dessa forma, se beneficiam mais da utilização de recursos externos simples e da repetição. Entretanto, os resultados dependem do grau de comprometimento cognitivo dos pacientes com DA. Os mais preservados conseguem entender algumas estratégias mnemônicas, como a criação de imagens mentais e a aprendizagem sem erro.

Estimulação das demais funções cognitivas

Em seguida, também trabalhamos com as demais funções cognitivas como linguagem, visuoconstrução, função executiva, planejamento, ordenação, dentre outras. A cada semana uma função cognitiva diferente é trabalhada, devido ao tempo limitado da sessão. A linguagem é trabalhada de diferentes formas, sendo a fluência verbal o exercício mais frequentemente utilizado. Pede-se para que os participantes digam objetos que existem em um determinado lugar (restrição por categoria), por exemplo, 'O que encontramos no supermercado?' e os participantes, um de cada vez, falam 'feijão, arroz, óleo, frutas, dentre outras'. Também é possível trabalhar a linguagem com a fluência verbal com restrição fonológica (restringindo a letra). Neste caso, o terapeuta pede aos participantes: 'Digam-me nomes com a letra A' e os participantes falam os nomes que se recordam: 'Aline, Arthur, Ariclenes, Astolfo, Arnaldo, Amanda,...'. Ressalta-se que com o grupo com DA não usamos a restrição fonológica e por categorias ao mesmo tempo (como o último exemplo), mas esta pode ser utilizada com os pacientes com CCL. Novamente, deve-se levar em consideração o grau de dificuldade da tarefa. Falar o que há na cozinha com a letra A (tarefa realizada com o grupo CCL) exige mais das habilidades cognitivas do que falar tudo o que há na cozinha, sem a restrição fonológica (tarefa feita com o grupo DA). Outra forma de estimular a linguagem é pedir para que o idoso continue uma estória, iniciada pelo terapeuta.

A visuoconstrução é trabalhada com quebra-cabeças. Novamente ressaltamos a importância das figuras não serem infantilizadas. Destacamos, ainda, que as peças devem ser grandes para facilitar a visualização e que o quebra-cabeça não contenha muitas peças. O ideal é que tenha entre 15 e 30 peças, no máximo, para evitar frustração. A diferença entre o grupo CCL e o grupo com DA, é que o segundo tem maior dificuldade para identificar as partes das figuras e planejar como farão a montagem.

Também destaca-se a importância de estimular a ordenação de eventos. Pacientes com DA, com a evolução da doença, acabam tendo dificuldade nesta habilidade. O ser humano costuma seguir rotinas e esquemas. Por exemplo, uma pessoa pode acordar e tomar café, tomar banho, se vestir e sair para trabalhar. Mas nunca irá sair de casa só de pijama, ou irá vestir-se para o trabalho, para depois tomar banho. Utiliza-se nas sessões filipetas com os passos descritos para fazer alguma atividade, e pede-se para que o idoso coloque na ordem correta. Por exemplo, o terapeuta solicita ao idoso que coloque na sequência correta o modo como se faz um café. Em seguida, o idoso é incentivado a colocar na ordem correta as filipetas à sua frente: 'pegar o filtro de papel', 'colocar a água para ferver', 'pegar o pó do café', 'colocar a água fervendo no filtro', 'tomar o café'. Destaca-se que esta tarefa é muito usada para o grupo com DA, mas pouco com o grupo de CCL, que tem esta habilidade preservada. É importante que a prática seja familiar ao cotidiano do idoso, para que a atividade se

torne mais produtiva, quando se solicita a uma dona de casa para ordenar como se faz o arroz, e a um motorista como se liga um carro.

Para finalizar, estimulamos a memória implícita (ou memória incidental) com a seguinte questão: 'O que fizemos hoje?'. Dessa maneira, um dos participantes começa a falar o que se recorda e os demais vão auxiliando, trabalhando a memória implícita, ou seja, sem perceber estão tendo de resgatar o que fizeram naquela hora do dia.

Encontra-se, abaixo, um exemplo da programação utilizada durante um dos semestres na oficina de estimulação cognitiva no 'Programa de Estimulação Cognitiva e Funcional'.

Sessão 1

- Apresentação dos participantes – nomes e o que fizeram ao longo da vida.
- Quais as principais dificuldades com relação à memória?
- Atividade de atenção auditiva: com música (para mostrar o quanto a atenção é importante para a memória). Pede-se para os participantes contarem quantas vezes uma determinada palavra aparece em uma música desconhecida. Em seguida solicita-se que eles digam do que se tratava a letra da música. É provável que eles não saibam do que se trata, mostrando assim o quanto a atenção é seletiva e fundamental para a memorização.
- Memória implícita – com a frase: 'O que fizemos hoje?'

Sessão 2

- Recordar os nomes – pode-se usar associação (estratégia de memorização para gravar nomes, quando a pessoa deve associar o nome da pessoa que conheceu a alguma característica desta pessoa).
- Orientação temporal (com o calendário) e espacial (podendo inclusive levar os pacientes à entrada da instituição onde as oficinas estão sendo realizadas para que memorizem o caminho).
- Atividade de atenção visual (jogo de sete erros).
- Conteúdo educacional – a memória e seus subtipos.
- Tarefa de linguagem (fluência verbal com restrição fonológica e/ou categórica).
- Memória implícita.

Sessão 3

- Recordar nomes usando associação (a repetição é fundamental, principalmente com pacientes DA).
- Orientação temporal e espacial.
- Atividade de atenção auditiva – solicitar aos idosos que repitam palavras de trás para frente (3 ou 4 palavras no máximo).
- Conteúdo educacional – Sugestão: Como a memória se organiza? (as fases da memorização: atenção, gravação, recuperação).
- Tarefa de visuoconstrução – quebra-cabeças.
- Memória implícita.

Sessão 4

- Recordar nomes.
- Orientação temporal e espacial.
- Atividade de atenção visual – caça-palavras.
- Conteúdo educacional: uso das estratégias externas e internas.
- Tarefa de ordenação (com as filipetas).
- Memória implícita.

As sessões acima são exemplos de como podemos trabalhar com estimulação cognitiva com idosos com DA. Para trabalhar com CCL utilizamos o mesmo esquema, porém, dificultando as tarefas e

ênfatisando o uso das estratégias mnemônicas. A repetição, enquanto estratégia cognitiva, pode ser claramente observada na programação, é mais utilizada com os pacientes com DA. Para os pacientes com CCLs, quando se percebe que eles já aprenderam os nomes dos participantes, costuma-se excluir esta parte da sessão, passando direto para a orientação temporal. A princípio, a sessão pode parecer sobrecarregada, mas com o tempo os idosos, incluindo os idosos com DA, se acostumam às estratégias e recursos externos, e fazem mais rapidamente os exercícios propostos.

Considerações finais

A literatura científica sobre treino/estimulação cognitiva tem aumentado nos últimos anos, mas ainda são necessários mais estudos para que possamos explicar como a estimulação cognitiva pode auxiliar os idosos com *déficit* de memória. Seria importante que estudos longitudinais e de replicação fossem realizados para que pudéssemos entender as melhores abordagens para auxiliar dificuldades específicas de memória.

Destaca-se, ainda, a importância do início da estimulação assim que são observados os primeiros *déicits* cognitivos. Sabe-se que quanto antes iniciado o trabalho de estimulação, melhores serão os resultados para as habilidades cognitivas com *déicits* e para aquelas ainda preservadas.

O tratamento não farmacológico não deve ser realizado isoladamente. É importante que o paciente também seja acompanhado por um médico e que seja tratado, se necessário, com medicamentos. A associação de ambos os tratamentos tende a ser mais eficaz que tratamentos isolados.^{9, 10, 11}

Ressalta-se a importância da capacitação do profissional que irá realizar a estimulação cognitiva. O profissional deve ter sólida formação sobre o envelhecimento cognitivo e sobre treino e reabilitação no contexto da cognição. O profissional também deve estar capacitado para atuar junto à população idosa, que é heterogênea e tem peculiaridades importantes, as quais devem ser levadas em consideração no momento da formulação do programa de estimulação cognitiva.

'Fazer com o paciente e não por ele' é fundamental para que possamos observar melhora. Esta perspectiva requer mais tempo, mas proporciona ao participante a autonomia e independência, que muitas vezes estão perdidas. A estimulação exige paciência e dedicação que são compensadas pela melhora da qualidade de vida do paciente, que deixa de se sentir tão perdido, e pode amenizar (no caso dos pacientes com DA), ou mesmo restaurar (no caso dos CCL) a função cognitiva, que lhes parecia perdida.

Leituras recomendadas

1. Hall CB, Lipton RB, Sliwinski M, Katz MJ, Derby CA, Verghese J. Cognitive activities delay onset of memory decline in persons who develop dementia. In: *Neurology* 2009; 73:356-61.
2. Alvarez, A. Deu Branco. 2ª ed, Editora Best Seller, São Paulo, 9-111, 2003.
3. Miotto, E.C, Serrão V.T, Guerra, G.B, Lúcia, M.C.S, Scaff, M. Reabilitação neuropsicológica de *déicits* cognitivos e transtorno cognitivo leve. Uma revisão da literatura. In: *Dementia & Neuropsychologia* 2008; 2(2):139-45.
4. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. In: *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30(2):161-78.

Bibliografia

1. Camarano A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: *Tratado de geriatria e gerontologia*. Ed: Guanabara Koogan, 2 edição. Rio de Janeiro 2006; p.88-102
2. Drag LL, Bieliauskas LA. Contemporary Review 2009: Cognitive Aging. In: *J Geriatr Psychiatry Neurol Online First*; 2010.
3. Hall CB, Lipton RB, Sliwinski M, Katz MJ, Derby CA; Verghese J. Cognitive activities delay onset of memory decline in persons who develop dementia. In: *Neurology* 2009 73:356-61.
4. Yassuda, MS, Batistoni SST, Fortes AG, Neri AL. Memory training in healthy elders: outcomes and possible mechanisms of improvement. In: *Psicol Reflex Crit* 2006; 19(3), Porto Alegre.

- Lima-Silva TB, Ordonez TN, Santos GD, Fabricio AT, Aramaki FO, Almeida EB, Vianna-Paulo DL, Malagutti MP, Valente-Oliveira AC, Iwasaki A, Souza GS, Yassuda MS. Effects of cognitive training based on metamemory and mental images. In: *Dementia and Neuropsychologia* 2010; 4(2).
- Yassuda, MS. Memória e envelhecimento saudável. In: *Tratado de geriatria e gerontologia*. Ed: Guanabara Koogan, 2ª edição. Rio de Janeiro 2006; p.1245-51.
- Veras RP, Caldas CP, Dantas SB, Sancho LG, Sicsú B, Motta LB, Cardinale C. Family care for demented elderly individuals: cost analysis. In: *Rev Psiquiatr Clín* 2007;34(1).
- Bottino CMC, Carvalho IAM, Alvarez AMMA, Avila R, Zukauskas PR, Bustamante SEZ, Andrade FC, Hototian SR, Saffi F, Camargo CHP. Reabilitação cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer. Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. In: *Arq Neuro Psiquiatr* 2002; 60(1).
- Knapp M, Thorgrimsen L, Patel A, Spector A, Hallam A, Woods B, Orrell M. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. In: *Br J Psychiatry* 2006; 188:574-80.
- Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. In: *Br J Psychiatry* 2003;183:248-54.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. In: *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30(2):161-78.
- Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Decline of cognitive capacity during aging. In: *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(1).
- Machado F, Nunes PV, Viola LF, Santos F S, Forlenza OV, Yassuda MS. Quality of life and Alzheimers disease: influence of participation at a rehabilitation center. In: *Dement Neuropsychol* 2009; 3(3):241-7.
- Debert GG. A reinvenção da velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do envelhecimento. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, FAPESP, 2004.
- Pinto ALF. Memory: A challenge to the autonomy of elderly. In: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4874/3724>.
- Izquierdo I, Bevilaqua LRM, Cammarota M. A arte de esquecer. In: *Estud Av* 2006; 20:58, São Paulo.
- Belleville, S. Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. In: *International Psychogeriatrics* 2008; 20:1, 57-66.
- Yassuda, MS, Lasca VB, Neri AL. Metamemória e autoeficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. In: *Psicol Reflex Crit* 2005; 18, 1, 78-90.

Terapia Ocupacional e o Uso de Jogos como Estímulo Cognitivo

- Giseli de Fátima dos Santos Chaves
- Vanessa de Jesus Rodrigues de Paula

Introdução

Em 2002, Bottino¹ já admitia que as intervenções não farmacológicas poderiam agir como um importante instrumento na manutenção das habilidades cognitivas e funcionais de pacientes com demência, e na conduta dos problemas comportamentais e psicológicos decorrentes deste. Uma revisão da literatura de 2003 encontrou que os tratamentos não farmacológicos produziam efeitos semelhantes ou melhores que os tratamentos apenas farmacológicos com inibidores da colinesterase isoladamente nos sintomas comportamentais dos pacientes com demência.² No trabalho de Talib e colaboradores³ (2008) foi estudada a ação do treino cognitivo na atividade da enzima PLA₂ envolvida nos processos responsáveis pela aquisição e recuperação da memória. Em idosos saudáveis, o treino cognitivo promoveu mudanças bioquímicas medidas através do aumento da atividade da enzima PLA₂. Na recente revisão de Schaeffer⁴ (2010) pode-se observar que a intervenção não farmacológica como enriquecimento ambiental, constituído por uma combinação de estimulações cognitiva e física, poderia ser uma estratégia apropriada para promover a neurogênese endógena (incluindo o amadurecimento neuronal) e melhorar a função cognitiva na Doença de Alzheimer (DA), especialmente em seu estágio inicial. Os dados também sugerem a participação da PLA₂ na neurogênese (incluindo amadurecimento neuronal), promovida por estimulação cognitiva.

Em estudos com pessoas com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), ou seja, que em testes neuropsicológicos têm uma pontuação abaixo da esperada para idade e escolaridade e que, entretanto, continuam realizando normalmente as atividades da vida diária, também há evidências de que atividades de lazer, estimulação cognitiva e atividades físicas podem promover parte de um estilo de vida saudável a fim de preservar a memória.^{5,6} Desta forma, as intervenções não farmacológicas estão progressivamente sendo reconhecidas como importantes medidas de suporte para evitar a perda cognitiva.

Em um estudo sobre a estimulação multissensorial com pacientes com DA moderada, os efeitos obtidos foram positivos nos aspectos cognitivos e nos níveis de depressão e ansiedade. Embora o efeito tenha persistido por três semanas após o estudo completo, houve uma tendência ao declínio progressivo. Os grupos eram compostos por 4 a 5 participantes, e formado de acordo com o gosto musical dos participantes, em um total de 12 sessões realizadas no período de três semanas, com quatro sessões semanais. As atividades desenvolvidas foram de desenho, orientação temporal e espacial e uso de música.⁷ Os autores ressaltam que o estímulo não farmacológico precisa ser realizado com frequência para ser significativo.

Dentro deste conceito, as intervenções realizadas pela Terapia Ocupacional são consideradas intervenções não farmacológicas. De acordo com a definição do Conselho Regional de Fisioterapia

e Terapia Ocupacional (Crefito da 3ª Região), a Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, na educação e na esfera social, que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que apresentem dificuldades na inserção e participação na vida social. As intervenções feitas pelo terapeuta ocupacional dimensionam-se pelo uso de atividades. Estas atividades podem ser artesanais, expressivas, lúdicas ou de vida diária, dentre outras.

A atuação do terapeuta ocupacional junto a pessoas com demência se fundamenta em uma abordagem centrada na atividade. As atividades tendem a ser descritas não tanto como restauradoras, mas como preventivas e habilitadoras.⁸ Portanto, o manejo destes pacientes deve focar-se em seus aspectos funcionais, isto é, na manutenção preventiva das habilidades funcionais, motoras, perceptivas e cognitivas, através do desempenho de atividades previamente analisadas pelos terapeutas ocupacionais. Além disso, a adaptação contínua, para lidar com o meio ambiente, é necessária para o exercício e participação das atividades que constituem o cotidiano da pessoa, como dirigir, trabalhar, fazer compras, limpar a casa, caminhar, conversar, assistir um filme.^{9,10} Outro aspecto importante na prática do terapeuta ocupacional é correlacionar as perdas cognitivas com as perdas funcionais, pois um indivíduo com comprometimento cognitivo grave pode ter as habilidades preservadas para a realização de determinada atividade ou tarefa diária.⁹

O paciente com comprometimento cognitivo pode deixar seu emprego, parar de dirigir ou de controlar suas finanças, porém, ainda pode participar de atividades sociais e de lazer.⁹ Os jogos podem ser uma atividade estimuladora das funções cognitivas, além disso, promove a participação em grupo. Esta participação é importante, pois para a pessoa com DA o sentido de pertencer a um grupo e ser aceito por ele é muito relevante.¹⁰

Um estudo sobre o perfil da prática dos terapeutas ocupacionais canadenses, que atendem a população com DA em um centro urbano,¹¹ indicou que 52,3% dos terapeutas ocupacionais utilizam intervenções cognitivas com pessoas com DA. Destes, 82,4% fazem uso da reabilitação cognitiva, 61,8%, da estimulação cognitiva e 50% usam o treino cognitivo. O uso dos diferentes tipos destas intervenções varia de acordo com a gravidade do estágio da DA.

Em um estudo desenvolvido por Sobel¹² (2001), o bingo é descrito como um jogo que requer atenção, concentração e resposta motora. Ele estimula inúmeros processos cognitivos (incluindo a percepção visual e a capacidade de seguir regras e instruções), a memória imediata, o reconhecimento numérico e das letras, bem como a coordenação visuomotora. Assim, figura como uma atividade rica em estímulos cognitivos que pode ser de grande valor terapêutico.

Bosch-Domènech, Nagel e Sánchez-Andrés¹³ (2010) realizaram um estudo no qual um jogo, que exigia a tomada de decisões em relação às finanças, foi aplicado a pacientes no estágio inicial de DA. Os achados encontrados mostraram que estes pacientes são capazes de tomar decisões, envolvendo normas sociais básicas e preferências como qualquer indivíduo de idade similar. Embora existam estruturas cerebrais afetadas pela doença, isso parece não influenciar, neste estágio da doença, a base neural para a cooperação e o reforço da interação social.

Objetivos

As atividades descritas a seguir foram desempenhadas por um grupo, formado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. O grupo era fechado e homogêneo de acordo com o diagnóstico (CCL, DA e transtorno bipolar), a frequência dos encontros era semanal e a dinâmica do grupo, dependendo do jogo realizado, era de uma sequência de atividades (cada participante com sua atividade individual) ou de atividade grupal todos os pacientes envolvidos com uma única atividade).¹⁴ O objetivo principal deste grupo foi utilizar elementos presentes nos jogos como um estímulo das funções cognitivas de maneira divertida. Durante o jogo, é preciso aplicar inúmeros aspectos cognitivos como atenção, concentração, raciocínio, capacidade de abstração, entre outros, e de habilidades sociais no contato com outros participantes.

Levando em consideração a necessidade da realização dos jogos ser frequente para sua efetividade no estímulo cognitivo, o grupo promove o envolvimento dos participantes em jogos fora do grupo, já que, no decorrer das sessões, a importância dos jogos é revelada como estimulante das

funções cognitivas. Alguns jogos são confeccionados durante a sessão com o objetivo de serem levados para casa, para que os familiares e/ou acompanhantes também possam estimular os idosos no ambiente doméstico.

Método do grupo

Havia um cronograma com os jogos a serem confeccionados e jogados nos grupos. Corroborando o que nos diz Ferrari⁹ (2001), que as atividades programadas devem considerar os sintomas dos participantes, mas, também, incluir suas experiências, lembranças e habilidades passadas, este cronograma foi elaborado a partir de uma lista, feita pelos próprios pacientes, de jogos conhecidos por eles. Entretanto, no decorrer das sessões, de acordo com as preferências do grupo, alguns jogos poderiam ser indicados pelo terapeuta.

Atividades realizadas

- **Dominó tradicional:** podem jogar até 4 participantes. São confeccionadas 20 peças de dominó que vão de 0(zero) a 6(seis). Cada participante ficará com 7 peças. Poderão sobrar peças, dependendo do número de jogadores, que serão compradas, caso o jogador necessite. O objetivo do jogo é a de que os jogadores unam as faces das peças que tenham números iguais. Ganha o jogador que primeiro conseguir incluir todas as suas peças no jogo. O jogador que tiver a peça de maior número joga primeiro, depois os outros, seguindo uma ordem pré-estabelecida. A inclusão da peça no jogo deve ser feita pela igualdade de valores de uma das faces da peça do dominó. Na construção do jogo, são necessários planejamento, funções executivas, praxias, memória (sequência de números) e motricidade fina. O reconhecimento de números, associação de iguais, socialização, memória, atenção concentrada e a capacidade de seguir regras são muito estimuladas durante o jogo.
- **Dominó de frases:** frases simples são feitas pelos participantes e, depois, divididas em sujeito e verbo, em uma parte, e o predicado em outra, para a colocação nas partes das peças de dominó. O jogo segue as mesmas regras do dominó, porém, não há pares certos para cada peça. Poderão ser formadas novas frases, utilizando sujeito/verbo e predicado de frases distintas. Porém, este jogo requer bastante da capacidade de abstração e flexibilidade mental, por causa das mudanças de regras de um jogo já bem conhecido, reconhecimento de palavras, seus significados, cooperação em grupo e aceitação de regras. Na construção do jogo é necessário planejamento, funções executivas, praxias, escrita da frase e motricidade fina.
- **Jogo da memória:** são 24 peças confeccionadas com cartolina. Duas peças são coloridas com a mesma cor, em um total de 12 cores diferentes. O objetivo do jogo é de formar pares com as cores iguais. Pode-se jogar em dupla, em trio ou sozinho. As peças serão dispostas com as cores viradas para baixo, em uma disposição de 6 linhas e 4 colunas. Esta disposição é importante para a memorização e as peças retiradas devem voltar para o mesmo lugar de origem. Portanto, o jogador abrirá uma peça, verificará a cor e, depois, outra peça, a fim de formar o par. Caso o par seja formado, as duas peças serão retiradas do jogo, ficando vazios seus respectivos espaços. Se o par não for formado, as peças retornarão aos seus lugares. Na construção do jogo é necessário planejamento, funções executivas, praxias e motricidade fina. A memória visual, atenção e o reconhecimento de semelhantes são bastante estimulados durante o jogo.
- **Jogo da Velha:** confeccionada com EVA. Deve ser jogado em dupla. Ganha quem completar um trio na diagonal, ou em retas horizontais ou verticais. As peças tradicionais (círculos e a cruz) foram substituídas por círculos de cores diferentes entre os participantes. Na confecção do jogo são requeridos planejamento, funções executivas, praxia e motricidade fina. Durante o jogo, é preciso ter planejamento, estratégia, memória, bastante atenção e socialização.

- **Qual é a música:** divide-se o grupo em dois subgrupos. Algumas palavras são previamente escritas em papel-cartão. Estas palavras devem ser comuns em nosso vocabulário e em músicas populares conhecidas pelos idosos (coração, amor, saudade, choro, sertão, amigo,...). Então, com os grupos subdivididos, cada representante sorteará uma palavra para que seu grupo cante uma música em que ela está presente. Se acertarem, a tarefa passará para o outro grupo e assim sucessivamente, até que um grupo não saiba cantar a música com aquela palavra. Ganha o grupo que conseguir cantar mais músicas. Estimula-se a memória remota, a atenção concentrada, a capacidade de seguir regras e a socialização.
- **O que é, o que é?:** divide-se o grupo em dois subgrupos. Algumas adivinhações são previamente escritas em papel-cartão. Então, com os grupos subdivididos, cada representante sorteará um cartão, para que seu grupo adversário responda. O grupo que está perguntando pode dar dicas, caso o adversário tenha dificuldades. Ganha o grupo que acertar mais adivinhações. Necessária a cooperação em grupo, memória remota e aceitação de regras.
- **Jogo do Pim:** o grupo é colocado para se sentar em círculo e deve seguir a sequência numérica, com cada participante dizendo um único número por vez. Quando se alcançar o número que se enquadre na regra, este deve ser suprimido com a palavra PIM. A regra é escolhida pelo grupo, de acordo com o grau de dificuldade que esta apresenta, podendo ser números pares ou ímpares, múltiplos de 3 ou de 5, e assim por diante. A atenção é muito estimulada nesta atividade.
- **Adivinhar o verbo:** subdivide-se o grupo em dois. Um dos grupos escolhe um verbo para o outro grupo adivinhar. Este deve tentar adivinhar o verbo por meio de perguntas que serão respondidas pelo outro grupo. O grupo que escolheu o verbo, pode dar dicas com mímicas ou desenhos, ficando a critério dos grupos quando devem iniciar o jogo. Ganha o grupo que mais acertar as respostas. Neste jogo são estimuladas a capacidade de abstração, a atenção concentrada, memória, cooperação em grupo e esquema corporal, quando a mímica é utilizada.
- **Quebra-cabeça:** escolhe-se uma figura (que pode ser de revista ou mesmo desenhada), que então é colada a uma cartolina ou papel cartão. No verso da figura são desenhados traços, dependendo da dificuldade do quebra-cabeça, por isso, podemos graduar a complexidade do jogo. Se forem poucos traços, formando figuras grandes, será fácil montá-lo; se forem muitos traços, o nível de dificuldade aumenta. Memória visual, praxia construtiva e orientação visuoespacial são estimuladas na montagem do quebra-cabeça. Na construção, se estimula a subjetividade do sujeito (quando ele escolhe a figura), a motricidade fina e as funções executivas.
- **Jogo dos sete erros:** atividade realizada individualmente. Cada participante receberá diversos jogos dos sete erros para levar para casa. O jogo consiste em duas figuras muito parecidas, mas com 7 (sete) detalhes diferentes entre elas. O objetivo do jogo é conseguir encontrar e assinalar estas diferenças entre as figuras. A memória visual e a atenção concentrada são muito estimuladas.

Ao final do grupo, em que os jogos são confeccionados, o método de jogo foi treinado entre terapeuta e participantes a fim de que os participantes aprendessem a jogar, para assim, jogar em casa. As regras do jogo foram escritas, após a vivência, pelos próprios participantes para estimular sua memória mais recente. Ao término do grupo, o terapeuta se reúne com familiares dos participantes e os orienta quanto a utilização dos jogos em casa.

Considerações finais

Estudos comprovam a eficácia do tratamento não farmacológico das demências, principalmente nos estágios inicial e moderado, em sua progressão e na qualidade de vida do paciente. A Terapia Ocupacional pode ser incluída neste tipo de tratamento. Sua prática está dimensionada pelo uso de atividades, as quais podem ser usadas, dependendo da análise de suas características, no estímulo das funções cognitivas. Apesar da pouca literatura, podemos incluir o uso de jogos neste estímulo, os quais podem trabalhar aspectos prejudicados por processos demenciais, como atenção, concentração, raciocínio, memórias, agnosias, apraxias, desorientação visuoespacial e funções executivas.

A aplicação de jogos também estimula a sociabilidade, aceitação de regras e momentos de lazer com outras pessoas, resgatando aspectos saudáveis de quem participa do jogo. Há diversos tipos de jogos, que devem ser escolhidos de acordo com sua dificuldade e aspectos neuropsicológicos mais solicitados, mas, o mais importante, é que o participante também deseje jogar e se interesse pelo jogo em questão. Esta análise minuciosa de cada jogo e suas peculiaridades, assim como dos interesses e cotidiano do paciente, é feita pelo terapeuta ocupacional através das atribuições de sua profissão.

Portanto, jogos podem ser considerados como estimuladores de aspectos cognitivos e agentes da melhora do humor, sociabilidade, qualidade de vida e da saúde de quem os joga. Quando inseridos na rotina familiar, ainda atuam como estimuladores das relações familiares; além disso, os familiares passam a ser também atuantes na reabilitação de seus parentes. Neste contexto, terapeutas ocupacionais que utilizam atividades diversas em suas intervenções, podem aplicar os jogos como instrumentos para estimular a cognição e outros aspectos, após uma análise das características de cada jogo e do cotidiano, preferências e dificuldades de seu paciente com demência. A aplicação dos jogos é mais efetiva no estágio inicial e moderado da doença.

Leituras recomendadas

1. Robert A, Gélinas I, Mazer B. Occupational therapists use of cognitive interventions for clients with Alzheimer's disease. *Occup Ther Int* 2010; 17(1):10-9.
2. Ferrari MAC. A Terapia Ocupacional na reabilitação do portador de Alzheimer. *O mundo da Saúde – São Paulo*, 2001; 25(25):4,425-9.
3. Sobel BP. Bingo vs. physical intervention in stimulating short-term cognition in Alzheimer's disease patients. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2001; 16(2):115-20.
4. Geis PP, Rubí MC. Terceira Idade: atividades criativas e recursos práticos. Tradução de Magda S. Chaves. Porto Alegre: ArtMed, 2003.
5. Carvalho NC. Dinâmicas para Idoso – 125 Jogos e Brincadeiras Adaptados. São Paulo: Editora Vozes, 2009; p. 296.

Bibliografia

1. Bottino CMC, et al. Reabilitação Cognitiva em Pacientes com Doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arq Neuropsiquiatria* 2002; 60(1):70-9.
2. Luijpen MW, Scherder EJ, Van Someren EJ, Swaab DF, Sergeant JA. Non-pharmacological interventions in cognitively impaired and demented patients – a comparison with cholinesterase inhibitors. *Rev Neurosci* 2003; 14:348-68.
3. Talib LL et al. Cognitive training increases platelet PLA2 activity in healthy elderly subjects. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acid* 2008; 78, 265–9.
4. Schaeffer EL. Enriquecimento ambiental como estratégia para promover a neurogênese na doença de Alzheimer: possível participação da fosfolipase A₂. *Rev Psiq Clín* 2010; 37(2):73-80.
5. Chertkow H, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *CMAJ* 2008; 178(10).
6. Winblad B, et al. Mild Cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of International Medicine* 2004; 256(3):240-6.
7. Ozdemir L, Akdemir N. Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients. *Journal of the Neurological Sciences* 2009; 283:211-3..
8. Mello MAF, Abreu VPS. Terapia Ocupacional em Demência. In: Forlenza, OV, Caramelli P. (ed.) *Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro. Ed. Atheneu, 2000; p.587-600.
9. Ferrari MAC. A Terapia Ocupacional na reabilitação do portador de Alzheimer. *O mundo da Saúde – São Paulo*, 2001; 25(25):4, 425-9.
10. Ferrari MAC. Reabilitação do idoso portador de demência tipo Alzheimer. In: Souza ACA, Galvão CRC. *A Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2007; 377-81.
11. Robert A, Gélinas I, Mazer B. Occupational therapists use of cognitive interventions for clients with Alzheimer's disease. *Occup Ther Int* 2010; 17(1):10-9.

Métodos e Técnicas de Terapia Ocupacional Utilizados no Tratamento de Idosos com Demência

▪ Alexandra Martini de Oliveira

Introdução

Dentre os critérios clínicos mais utilizados para o diagnóstico de doença de Alzheimer inclui-se o comprometimento da memória e ao menos outro distúrbio, como apraxia, agnosia, afasia e/ou déficits do funcionamento executivo (planejamento, organização, sequenciamento, abstração).¹ Tais alterações cognitivas interferem significativamente nas atividades da vida diária e, portanto, na autonomia do indivíduo.² Atualmente, condutas multiprofissionais que incluem intervenções farmacológicas e não farmacológicas, como a Terapia Ocupacional, estão sendo empregadas de forma crescente, com o intuito de otimizar as funções cognitivas e a funcionalidade, proporcionando melhor qualidade de vida para indivíduos com demência e seus familiares.

Alguns estudos demonstram que indivíduos com demência apresentam uma diminuição nas atividades de lazer e do cotidiano, devido ao declínio cognitivo característico das demências.³ Neste sentido, a Terapia Ocupacional, dentre inúmeras abordagens terapêuticas, pode auxiliar indivíduos com demência e seus familiares, ao manter o paciente ativo e engajado em atividades cotidianas, possibilitando a prevenção das perdas cognitivas e funcionais que ocorrem com o avanço do processo demencial.⁴

Durante as últimas décadas, a eficácia de métodos e técnicas de Terapia Ocupacional junto a indivíduos com demência tem sido demonstrada por meio de diversos estudos clínicos controlados que sugerem haver grande contribuição da Terapia Ocupacional no campo das demências.^{5,6,7}

Desse modo, o presente capítulo tem como objetivo descrever alguns métodos e técnicas de Terapia Ocupacional que constituem uma prática clínica baseada em evidências, indicados para a estimulação cognitiva e funcional de idosos com demência.

Demência e métodos de intervenção de terapia ocupacional

Intervenção cognitiva proposta por Cláudia Allen

No modelo de intervenção cognitiva proposto por Cláudia Allen, são apresentados seis níveis cognitivos para que o terapeuta ocupacional possa avaliar e identificar se um indivíduo pode desempenhar

uma determinada atividade com independência ou se a mesma necessita ser adaptada diante das dificuldades cognitivas do paciente. As intervenções em cada um dos níveis, de acordo com Claudia Allen, visam oferecer um apoio para a execução das atividades cotidianas, bem como maximizar as habilidades funcionais presentes, auxiliando na manutenção da autoestima. Abaixo são apresentados resumidamente os níveis cognitivos e as respectivas estratégias de intervenção ambiental e comportamental.⁴

- **Nível Cognitivo 1 – Ações Automáticas:** este nível está associado à demência grave, ou seja, o indivíduo não responde a estímulos externos e sua atenção está voltada para estímulos internos como fome, sensações táteis e olfativas. As ações motoras são raramente desempenhadas com uma finalidade específica, pois o indivíduo apresenta um comprometimento cognitivo grave. Quando o paciente está neste nível, tem pouca ou nenhuma consciência do que acontece no ambiente ao seu redor, portanto, torna-se impossível tentar adaptar qualquer atividade. Neste caso, faz-se necessário oferecer assistência 24 horas para alimentação, higiene e vestimentas, visando à manutenção da integridade do indivíduo.⁴
- **Nível Cognitivo 2 – Ações Posturais:** neste nível, o indivíduo apresenta algum resíduo cognitivo, não sendo possível possibilitar nova aprendizagem. Entretanto, algumas atividades de simples execução podem ser realizadas com supervisão. As atividades neste nível podem ser proporcionadas por meio da imitação de uma ação que seja familiar para que o indivíduo possa compensar a incapacidade cognitiva de compreender o objetivo de uma determinada atividade, bem como favorecer a sensação de um determinado movimento. Frequentemente as atividades instrumentais da vida diária podem ser realizadas, desde que o paciente siga um modelo de execução, ou seja, desde que o mesmo tenha alguém que o auxilie e execute ao seu lado.⁴
- **Nível Cognitivo 3 – Ações Manuais:** neste nível, a atenção do paciente está voltada para estímulos táteis, portanto, a realização de atividades produtivas e socialmente importantes pode auxiliar na manutenção da dignidade do indivíduo. No entanto, ele necessita de muito auxílio para realização de atividades, sendo pouco provável o aprendizado de novas atividades e comportamentos. Apesar das atividades básicas da vida diária (alimentar-se, vestir-se e higienizar-se) ainda estarem preservadas, o indivíduo, neste nível, necessita de supervisão 24 horas, pois podem ocorrer acidentes ao utilizar de maneira inadequada objetos que forneçam algum risco.⁴
- **Nível Cognitivo 4 – Atividade Direcionada:** neste nível, as informações não permanecem presentes por muito tempo, pois a memória de curto prazo já apresenta comprometimento moderado, e o indivíduo utiliza os estímulos visuais para guiar seu comportamento. Portanto, neste nível, as atividades devem ser direcionadas, ou seja, as ações motoras podem ser realizadas seguindo um guia de etapas bastante simplificado, que resultem rapidamente no objetivo desejado. Se as atividades exigirem muitas etapas para serem desempenhadas, o resultado pode ser desastroso, pois as informações são compreendidas de maneira superficial e visual. Sendo assim, o terapeuta ocupacional pode realizar algumas adaptações nas atividades cotidianas para que o paciente possa continuar realizando algumas atividades com certa independência. Entretanto, o indivíduo deve ser orientado a contar com a presença constante de familiares, amigos e vizinhos, e deve ser estabelecida uma rotina simples e repetitiva visando fornecer um cotidiano previsível e tranquilo.⁴
- **Nível Cognitivo 5 – Ações exploratórias:** neste nível, as funções cognitivas estão preservadas, havendo capacidade na compreensão e no processamento das informações. O indivíduo apresenta capacidade de aprender usando o raciocínio lógico e dedutivo e é capaz de organizar-se e organizar seu ambiente, planejar-se e planejar ações para o tempo futuro (Mello & Abreu, 2000). Podem ocorrer oscilações nos aspectos relacionados à orientação temporal e espacial, e à linguagem, quando está sob pressão ou estresse. Os indivíduos apresentam dificuldades apenas para desempenhar tarefas complexas, como por exemplo, gerenciar finanças, desempenhar uma atividade de trabalho, realizar compras, etc. As atividades básicas (vestir-se, alimentar-se e higienizar-se) são normalmente desempenhadas, portanto, a supervisão é necessária somente para realização de atividades mais complexas. Em diversos

casos o uso de dispositivos, como por exemplo, agendas, calendários e despertadores podem prevenir problemas do dia a dia.⁴

- **Nível Cognitivo 6 – Ações planejadas:** neste nível o indivíduo pode aprender e utilizar o pensamento simbólico e o raciocínio dedutivo, pois representa a ausência de incapacidade cognitiva. Atividades adaptadas para compensar as limitações físicas não são exigidas. O indivíduo pode organizar seu ambiente e planejar suas ações, portanto, apresenta independência para realizar a maioria das atividades mais complexas e total independência para realizar as atividades mais simples.⁴

Um estudo realizado por David & Riley (1990),⁸ com 71 pacientes que apresentavam *déficits* cognitivos, comparou o nível cognitivo proposto por Claudia Allen com aspectos psicopatológicos e cognitivos avaliados por testes padronizados. Embora não tenha havido nenhuma correlação entre sintomas psicopatológicos e nível cognitivo proposto por Allen, foi encontrada significativa correlação entre este nível e medidas neuropsicológicas. Portanto, o uso do método proposto por Allen, para avaliar e aplicar intervenções específicas de acordo com o nível cognitivo, parece ser bastante útil para a prática clínica da Terapia Ocupacional junto a idosos com demência.

Método de Atividade Dirigida (MAD)

O Método de Atividade Dirigida (MAD) é um método de intervenção desenvolvido por Keren et al. (2008),⁹ para superar os *déficits* cognitivos apresentados por indivíduos com lesões cerebrais. Portanto, este método pode ser bastante útil na prática clínica junto a pacientes com demência, porque utiliza estratégias de aprendizagem com atividades e tarefas cotidianas, e tem como objetivo construir um plano de atividade seguindo as seguintes etapas:

1. Estabelecer uma meta principal que esteja relacionada à realização de uma ou mais atividades;
2. Fazer uma lista das etapas a serem seguidas;
3. Manter as etapas na mente, pois deverão ser recordadas durante todo o tempo, visando o monitoramento do desempenho de cada etapa.¹⁰ Também aos indivíduos com demência podem ser oferecidas atividades diversas, tais como artesanato, culinária, finanças, etc. de maneira que as mesmas sejam planejadas seguindo as etapas propostas pelo método. As atividades também podem ser sugeridas e indicadas aos pacientes com demência de acordo com as necessidades e dificuldades cognitivas.⁹

O MAD propõe que o indivíduo siga 5 passos para realizar uma determinada atividade:

- **Passo 1:** pare.
- **Passo 2:** defina sua atividade como meta principal.
- **Passo 3:** liste as etapas para alcançar sua meta principal.
- **Passo 4:** realize a atividade.
- **Passo 5:** avalie e verifique se as etapas foram realizadas e se a meta principal foi alcançada.

Apesar de não haver estudos específicos com indivíduos com demência, Katz & Keren (2011)¹¹ realizaram um estudo controlado com indivíduos com esquizofrenia que apresentavam *déficits* cognitivos, e o MAD demonstrou ser bastante eficaz na melhora do desempenho de atividades cotidianas.^{10,12,13} Portanto, este método pode ser bastante interessante para a prática clínica da Terapia Ocupacional junto a idosos com demência, principalmente aqueles em estágio inicial do processo demencial, quando já estão presentes os *déficits* cognitivos, mas ainda é possível a utilização de técnicas de aprendizagem.

Programa de Atividades Personalizado (PAP)

O Programa de Atividades Personalizado (PAP) é um método de Terapia Ocupacional desenvolvido por Gitlin et al. (2009)⁶ para diminuir sintomas comportamentais em idosos com demência moderada a grave. Os sintomas psicológicos e comportamentais são bastante comuns em quadros demenciais mais avançados e geralmente estão associados com pior prognóstico, altos custos no cuidado, além de gerar aumento de estresse do cuidador e institucionalização precoce.⁶

A proposta do PAP é proporcionar ao idoso com demência moderada a grave uma rotina de atividades, estabelecida pelo terapeuta ocupacional após a avaliação cognitiva e funcional (relacionada às atividades do dia a dia), considerando as atividades de interesse e afinidade do paciente.

O PAP envolve até oito sessões, seis visitas domiciliares e duas ligações telefônicas. Para estruturar o PAP, o terapeuta elabora uma lista de atividades e uma receita detalhada de como realizá-las, com o sequenciamento de todas as etapas envolvidas, ensinando e orientando o cuidador. No caso, o modo de realização de cada atividade é simplificado, para que, assim, a mesma seja adequada às capacidades e habilidades do paciente.

Nesta abordagem não se trabalha com técnicas de aprendizagem como ocorre nas abordagens mais tradicionais de Terapia Ocupacional, pois o foco não é desenvolver habilidades, mas trabalhar com as habilidades residuais visando manter o indivíduo ativo em seu dia a dia.

De acordo com o estudo realizado por Gitlin et al. (2009),⁶ o PAP pode oferecer às famílias uma melhor compreensão das capacidades dos idosos com demência, permitindo que os cuidadores realizem diversas atividades em casa, visando um controle mais eficaz dos sintomas comportamentais e a preservação da qualidade de vida destes indivíduos.⁶

Terapia Ocupacional mediada por atividades recreativas e sociais

As intervenções terapêuticas ocupacionais mediadas por atividades artesanais e artísticas, como trabalhos manuais, dança e música, são frequentemente oferecidas para idosos com demência. De acordo com o *guideline* da Associação Americana de Recreação Terapêutica – ATRA,¹⁴ os objetivos do uso de atividades recreativas são: restaurar ou reabilitar funções afetadas por doenças, visando melhorar a funcionalidade e a independência; e reduzir ou eliminar os efeitos das doenças e deficiências. Além disso, diversos estudos sugerem que estas atividades recreativas podem promover melhora do humor e favorecer a socialização.¹⁵

Idealmente, as atividades recreativas e de socialização em grupo devem ser preferencialmente realizadas por terapeutas ocupacionais que compõem as equipes multi/interprofissionais.¹⁶ Os pré-requisitos para um terapeuta ocupacional conduzir com sucesso um programa de intervenção mediado por atividades recreativas são:

1. Promover a interação entre os pacientes;¹⁷
2. Promover a interação do indivíduo com o ambiente; e
3. Trabalhar em equipe multiprofissional.¹⁵

Farina et al. (2006)¹⁸ realizaram um estudo controlado onde foi utilizado um protocolo de intervenções que incluiu atividades recreativas e atividades da vida diária em pacientes com demência, em um centro de reabilitação para idosos, na Itália. Neste estudo, o programa terapêutico foi constituído por 15 sessões de 3 horas, sendo que cada sessão incluiu:

1. **Orientação temporal e espacial:** terapia de orientação à realidade por cerca de 20 minutos;¹⁹
2. **Reforço para orientação temporal e espacial:** durante toda a sessão;
3. **Atividades recreativas:** durante cerca de 50 minutos;
4. **Atividades manuais:** por cerca de 50 minutos – essas atividades incluem a identificação das etapas das atividades e estimulação verbal;
5. **Atividades recreativas:** durante cerca de 60 minutos.

Farina et al. (2002), demonstraram que o uso de atividades recreativas junto a idosos com demência pode promover significativa melhora no desempenho cognitivo, funcional e comportamental. Além disso, esse estudo mostrou que atendimentos realizados em grupo podem ser mais econômicos em termos de recursos humanos necessários. Segundo os autores, o terapeuta ocupacional também pode treinar familiares e cuidadores para conduzir algumas atividades em casa, reforçando e mantendo os ganhos relacionados aos aspectos cognitivos e funcionais obtidos neste programa de intervenção.¹⁵

Terapia Ocupacional mediada por atividades de horticultura: horticulturoterapia

Entre as diversas terapias não farmacológicas, a horticulturoterapia pode ser um recurso terapêutico de baixo custo, que vem sendo utilizado por terapeutas ocupacionais de diversos países, tais como Austrália, Alemanha, Coreia, Nova Zelândia, Estados Unidos e Suécia.²⁰

A horticulturoterapia tem como objetivo a estimulação das funções cognitivas e da qualidade de vida,²¹ pois promove a estimulação da percepção (tato, olfato, paladar, audição e visão) e a execução de exercícios físicos suaves, necessários para realização das atividades com as plantas.²²

De acordo com o método proposto e estudado por Yazukawa (2009),²² as sessões de horticulturoterapia podem ser realizadas a partir das seguintes etapas:

1. Anteriormente à primeira sessão, os pacientes são avaliados em relação aos aspectos físicos e mentais, por meio de entrevistas e escalas de avaliação curtas, como por exemplo, o Miniexame do Estado Mental. Essa avaliação tem por objetivo identificar possíveis *déficits* cognitivos e alterações do humor.
2. As atividades que serão realizadas durante as sessões são cuidadosamente explicadas.
3. São realizados exercícios de relaxamento e alongamento antes de dar início às atividades de horticulturoterapia, que em geral são acompanhadas por música e canto.
4. As sessões são realizadas por cerca de 3-4 horas, em grupo e individualmente. As atividades de horticulturoterapia incluem atividades artísticas com as flores e atividades de culinária, ou seja, os vegetais são plantados, colhidos e, então, cozidos para consumo.
5. As sessões são finalizadas com discussões sobre sentimentos e situações ocorridas durante a realização de atividades.
6. Após o término das sessões, as terapeutas se reúnem para discutir a próxima sessão.

Diversos estudos sobre a eficácia de programas de horticulturoterapia demonstraram que os indivíduos com demência e com esquizofrenia apresentam melhora significativa das funções cognitivas, incluindo aspectos relacionados à linguagem.^{23,24,25}

Terapia Ocupacional e orientações aos familiares e cuidadores

Habitualmente, idosos com demência necessitam de auxílio para a realização de diversas atividades e, como consequência, precisam de um “cuidador” que pode ser um familiar próximo (cônjuges ou filhos) ou, mais raramente, parentes ou amigos, ou ainda, pessoas contratadas para prestar este serviço.^{26,27}

A demência evolui em estágios e, desde um quadro incipiente até uma demência grave, o cuidador é obrigado a enfrentar diversas dificuldades. Assim, a vida do cuidador passa a ser influenciada tanto pelos aspectos cognitivos como comportamentais da demência.²⁷ De acordo com Netto (2005), as dificuldades enfrentadas pelos familiares envolvem questões emocionais, econômicas e do cotidiano, e mesmo com os esclarecimentos sobre como se dá a evolução da doença, sentimentos como angústia, ansiedade, medo, raiva, culpa, e depressão acompanharão os familiares a cada mudança de fase da doença.

Segundo Vilaça et al. (2005),²⁹ o cuidador informal ou mesmo o formal, necessita receber orientações sobre como proceder nas situações mais difíceis no cuidado com os idosos com demência e receber em casa visitas periódicas de profissionais especialistas. Este apoio é fundamental para ajudá-lo a lidar com a grande mudança em seu estilo de vida, já que além de ser responsável pelo seu bem-estar passa a responsabilizar-se pelo idoso com demência. Além disso, pode não demonstrar essa necessidade de orientação ou mesmo não perceber que está precisando de ajuda para seu autocuidado e o cuidado com o outro.²⁷

Visando diminuir a sobrecarga de cuidadores, Glitlin et al. (2005),³⁰ desenvolveram um método de intervenção domiciliar ambiental (Programa de Intervenção Global rápida para Cuidadores) por meio de orientação, capacitação e adaptação ambiental. Este programa domiciliar tem

como objetivo modificar o ambiente domiciliar, para que os indivíduos com demência possam residir em um ambiente mais favorável e possa, assim, realizar mais atividades básicas e instrumentais da diária vida (AIVDs e AVDs) com maior independência, evitando, dessa forma, comportamentos disruptivos.

O Programa de Intervenção Global rápida para Cuidadores é baseado num quadro de competências que inclui 6 áreas de intervenção e suas respectivas estratégias (Tabela 11.1), e envolve 5 visitas domiciliares de 90 minutos por uma terapeuta ocupacional que avalia o ambiente doméstico, observa o desempenho do indivíduo com demência, além do estilo de cuidar e de comunicação do cuidador. Com base numa avaliação do cuidador em relação à sua rotina, às preocupações e desafios enfrentados no dia a dia, o terapeuta ocupacional fornece uma orientação básica sobre a demência e os estressores relacionados à prestação de cuidados e, em seguida, ensina algumas estratégias que auxiliam a lidar com os desafios diários de cuidados.

Um estudo controlado realizado por Gitlin *et al.* (2005), demonstrou que os cuidadores foram receptivos para aprender as estratégias oferecidas pelos terapeutas ocupacionais, sendo que, neste estudo, indivíduos do grupo de intervenção foram mais capazes de realizar tarefas diárias e cuidar de si, e foram mais propensos a usar estratégias de resolução de problemas. Além disso, os cuidadores do grupo que receberam a intervenção relataram menor necessidade de ajuda de outras pessoas e *apresentaram melhora do bem-estar geral.*

Tabela 11.1 Programa de Intervenção Global rápida para Cuidadores: áreas de intervenção e estratégias utilizadas.

Área	Estratégias Utilizadas
Segurança	Retirar objetos perigosos (medicamentos, líquidos de limpeza e objetos cortantes, tapetes); Instalação de barras de segurança.
Informação e conhecimento	Etiquetar objetos, usar rótulos chamativos, usar relógios e calendários grandes.
Atividades de autocuidado	Etiquetar objetos de uso pessoal; Atentar para os banheiros; Utilizar sinalizações visuais e táteis.
Atividades com significado	Introduzir uma tabela de tarefas e uso de jogos; Introduzir atividades que requeiram repetição de movimentos (ex.: contar pegadores de roupa, colocar a mesa do almoço, organizar as meias e roupas íntimas, etc.).
Comodidade	Colocar em objetos seus significados para que possa vê-los ou tocá-los; Colocar fotos e inserir nomes em objetos (ex.: controles de tv) para que o indivíduo com demência possa manipulá-los e usá-los.
Intervenções relacionadas ao cuidador	Introduzir rotinas para ter tempo para si mesmo; Buscar ajuda por meio de redes de suporte social.

Considerações finais

Podemos observar um crescimento importante de métodos de intervenção de Terapia Ocupacional junto a idosos com demência e, também, do número de estudos controlados sobre o efeito desses métodos. As evidências provenientes desses estudos sugerem que os métodos e técnicas de Terapia Ocupacional podem melhorar os aspectos relacionados à cognição e à funcionalidade de indivíduos com demência, bem como promover diminuição da sobrecarga e melhora da qualidade de vida de familiares e cuidadores.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition) (DSM-IV). APA; 1994.
2. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: Correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2005; 32: 131-136.
3. Rienzo, VDD. Participação em atividades e funcionamento cognitivo: estudo de coorte com idosos residentes em área de baixa renda no município de São Paulo. 2009. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Universidade de São Paulo (USP).
4. Mello MAF & Abreu VPS. Terapia Ocupacional em Demência. In: Forlenza O & Caramelli P, editores. *Neuropsiquiatria Geriátrica* (São Paulo): Editora Atheneu; 2000. p 587-600.
5. Farina E, Mantovani F, Fioravante R *et al*. Comparing two programs of cognitive training in Alzheimer's Disease: a pilot study. *Acta Neurol Scand*. 2002;105(5): 365-371.
6. Gitlin LN, Winter L, Earland TV, Herge EA, Chernett NL, Piersol, CV, Burke JP. The Tailored Activity Program to Reduce Behavioral Symptoms in Individuals With Dementia: Feasibility, Acceptability and Replication Potential. *The Gerontologist*. 2009;49 (3):428-439.
7. Yasukawa M. Horticultural Therapy for the Cognitive Functioning of Elderly People with Dementia. In: Soderbäck I, editor. *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (Estocolmo): Springer; 2009. p. 431-444.
8. David SK & Riley WT. The relationship of the Allen Cognitive Level Test to cognitive abilities and psychopathology. *Am J Occup Ther*. 1990 Jun;44(6):493-7.
9. Keren N, Gal H, Dagan R, Yakoel S & Katz N. Treatment of executive function deficits in individuals with schizophrenia: Presentation of two treatment methods with case examples. *The Israeli Journal of Occupational Therapy*. 2008; 17: E64-65.
10. Katz N & Hartman-Maeir A. Higher-level cognitive function awareness and executive functions enabling engagements in occupation, in: Katz N, editor, *Cognition and Occupation Across the Life Span, Models for Intervention in Occupational Therapy*. Bethesda, MD: AOTA Press; 2005. p. 3- 25.
11. Katz, N. & Keren, N. Effectiveness of occupational goal intervention for clients with schizophrenia. *The American Journal of Occupational Therapy*, v.65, p.287-296, 2011.
12. Baum, C. & Katz, N. *Occupational Therapy Approach to Assessing the Relationship between Cognition and Function*. NY: Guilford Press. No prelo.
13. Hayes RL & McGrath JJ. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2000. Oxford: Update Software. 2006.
14. American Therapeutic Recreation Association (ATRA). Definition Statement. <http://atra-online.com/cms/>, 2008.
15. Farina E & Vinanelli F. Conducting an intervention Program Mediated by Recreational Activities and Socialization in Groups for Clients with Alzheimer's Disease in Soderback, I. *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Springer; 2009.
16. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, Kokull VA, LaCroix AS, McCormick W& Larson EB. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: A randomized Controlled trail. *JAMA*. 2003; 15(290): 2015-2022 .
17. Wood W, Harris S, Snider M *et al*. Activity situations on an Alzheimer's disease special care unit and resident environmental interactions, time use, and affect. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2005; 20: 105 - 116.
18. Farina E, Mantovani F, Fioravanti R *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*. 2006; 20 (4): 275 - 282.
19. Olazaran J, Muniz R, Reinsberg B *et al*. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer's disease. *Neurology*. 2004; 63 (12): 2348-2353.
20. Söderback I, Söderström, M & Schäländer E. Horticulture therapy: the "healing garden" and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden . *Pediatr Rehabil*. 2004; 7 (4): 245 - 260.
21. Fukushima T, Nagahata K, Ishibashi N, Takahashi Y and Moriyama M. Quality of life from the viewpoint of patients with dementia in Japan: nurturing through an acceptance of dementia by patients, their families and care professionals. *Health Social Care Community*. 2005; 13: 30 - 37.