

*RELATOS DE EXPERIÊNCIAS: (COM) VIVÊNCIA
COM IDOSOS QUE APRESENTAM ALZHEIMER*

Solange Beatriz Billig Garces¹
Fátima Terezinha Lopes da Costa¹
Carolina Boettge da Rosa¹
Angela Vieira Brunelli¹
Dinara Hansen¹
Carine Zanchi de Mattos¹
Patrícia Dall'Agnol Bianchi¹
Marília de Rosso Krug¹
Raquel Seibel²
Ane Mastella Porto²
Jaqueline Sturmer²
Karine Bueno do Nascimento²
Bruna Alves da Silva²

1 Professores do Centro de Ciências da Saúde e Centro de Ciências Humanas e Comunicação da UNICRUZ; Cursos de Educação Física, Pedagogia, Nutrição, Fisioterapia, Cosmética e Estética e Enfermagem; Pesquisadores do GIEEH – Grupo Interdisciplinar de Estudos do Envelhecimento Humano da UNICRUZ, que atuam como equipe interdisciplinar no Projeto PIBEX que atende idosos com Alzheimer e seus cuidadores. sbgarces@hotmail.com; sgarces@unicruz.edu.br. Projeto financiado pelo PIBEX- Programa Institucional de Bolsas de Extensão da UNICRUZ – Universidade de Cruz Alta.

2 Acadêmicos bolsistas participantes do GIEEH – Grupo Interdisciplinar de Estudos do Envelhecimento Humano da UNICRUZ.

r e s u m o

Este artigo trata do relato de um projeto de extensão que apresenta como objetivo oferecer aos idosos com Alzheimer atividades físicas, fisioterápicas e arteterapia. Oportunizam-se aos cuidadores atividades de apoio psicossocial. O projeto acontece há um ano e os resultados mostram o quanto é importante para os idosos, embora a maioria desses já esteja na segunda fase da doença, pois as atividades oferecidas colaboram para a sua socialização, para manutenção da sua capacidade funcional e percepções de sentimentos, afetos e lembranças. Aos cuidadores serve como apoio para o enfrentamento desse momento difícil e pesaroso das suas vidas. Neste trabalho relatam-se resultados da experiência somente com os idosos que apresentam diagnóstico possível e provável de Alzheimer.

palavras-chave

Idosos. Demência. Terapia Ocupacional.

1 Introdução

A situação de autonomia dos idosos depende de uma série de fatores, entre os quais estão as questões de gênero, a genética e o próprio ambiente onde esses convivem com diferentes estilos de vida. A dependência no envelhecimento ocorre pela perda da funcionalidade motora e/ou cognitiva.

De acordo com Moraes e Daker (2008, p. 273):

As funções cognitivas representam a maior conquista do ser humano. A memória, função executiva, linguagem, função visuoespacial, praxia e gnosia permitem-nos interagir com as pessoas e com o mundo, na busca do sentido da vida. A individualidade é resultante do acúmulo de conhecimentos da nossa história e da cultura que herdamos. A perda da cognição ou incapacidade cognitiva é, portanto, o 'desmonoramento' ou o 'apagamento' da identidade que nos define como ser pensante. A demência conduz a uma viagem de retorno ao passado e ainda não se sabe onde termina. Felizmente, grande parte dos indivíduos com demência não percebe esse regresso e continua a trilhar o caminho do desconhecido. Com ou sem memória, a vida continua e deve-se seguir em frente, sabendo-se que a incerteza é inerente a vida humana.

Como se vê, as dependências cognitivas são chamadas de demências e afetam grande parte dos idosos. Definem Brandão, Wagner e Carthery-Goulart

(2006, p. 239) demência, como sendo “uma síndrome de causas diversas, que provoca prejuízos das habilidades cognitivas, sociais e ocupacionais. Pode ser progressiva e degenerativa.”. Corroboram com essa afirmação, Moraes e Santos (2008) ao explicitarem que ocorre prevalência das síndromes demenciais, que podem ser definidas como deterioração das funções cognitivas, associada à redução da capacidade funcional do indivíduo, o que geralmente se associa a alterações de comportamento e personalidade. Para Moraes e Daker (2008, p. 276) “demência significa a perda do funcionamento harmonioso das funções cognitivas e comportamentais comprometendo a autonomia e independência do indivíduo”.

Dentre as demências, apresenta-se principal destaque a uma chamada Alzheimer. É uma doença cognitiva, que aumentou consideravelmente nos últimos anos. Nos Estados Unidos, nos anos 90, era prevalente em 4% dos idosos, atingindo 5 milhões deles (NIEMAN, 1999). Já nos anos 2000, a doença de Alzheimer teve incidência e prevalência menor em idosos aos 65 anos (respectivamente 1% e 3%), aumentando esses índices de incidência e prevalência, respectivamente para 8% e 50%, em média aos 85 anos.(KIRSHNER, 2002³) No Brasil, estima-se que a Demência do Tipo Alzheimer (DTA) atinja entre 600 mil e 1 milhão de idosos, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004⁴).

A etiopatogenia da doença de Alzheimer é desconhecida, mas, de acordo com os autores Paula *et al.*(2009), fatores genéticos, ambientais e da senescência devem estar associados ao desenvolvimento da doença. Dentre os mais citados na literatura, estão a idade avançada, história familiar positiva, gênero feminino, síndrome de Down e presença do alelo E4 da apolipoproteína (ApoE). Destacam-se ainda outros fatores de risco, como baixo nível educacional, traumatismo crânio-encefálico (TCE), hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral (AVC), história de depressão maior, sedentarismo ao longo da vida, entre outros.

A doença de Alzheimer “é a forma mais comum de demência provocada por alterações nos neurônios colinérgicos e suas projeções. Síndrome de início insidioso, degenerativa e progressiva, que provoca principalmente alterações cognitivas e motoras.” (BRANDÃO; WAGNER; CARTHERY-GOULART, 2006, p. 239).

3 KIRSHNER, H. Behavioral neurology: practical science of mind and brain. Boston: Butterworth-Heinemann, 2002 *apud* Wagner, 2006.

4 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde ampla e ações de assistência humanitária ao idoso. Brasília-DF, 2004. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=12465>. Acessado em: 28 ago. 2004 *apud* Wagner, 2006.

Certo é que essa doença manifesta-se de forma lenta e progressiva, geralmente identificada por algumas fases. No início, os familiares não percebem o *déficit* cognitivo e muitas vezes o atribuem aos esquecimentos “normais” da idade. A doença começa com transtorno cognitivo leve com pequenos esquecimentos, ou seja, há uma perda da memória episódica (de curto prazo), quando o paciente demonstra mais dificuldades nos relatos autobiográficos mais recentes e uma discreta desorientação temporal. Torna-se repetitivo, contando as mesmas histórias e fazendo as mesmas perguntas, esquece nomes e palavras, empobrecendo seu discurso. Usualmente perde objetos pessoais, tais como chaves e carteiras, e se esquece dos alimentos em preparo no fogão. Os problemas espaciais e de percepção manifestam-se por dificuldades de reconhecer faces e locais familiares. Há desorientação progressiva em relação a tempo e espaço. (MORAES; DAKER, 2008).

Os mesmos autores explicitam, ainda, que na decorrência da vida, a memória, a função executiva, a linguagem e a função visuoespacial passam a ter uma deterioração progressiva e nessa fase se manifestam os distúrbios comportamentais e de personalidade. Podem aparecer delírios de roubo, perseguição, infidelidade, além de insônia e agitação noturna. Alguns idosos seguem seus cuidadores, a qualquer lugar aonde vão, como uma “sombra”, pois sentem insegurança e medo. A evolução progressiva da doença traz como consequência a dependência, levando à necessidade de cuidados.

Em uma terceira fase, a doença se manifesta pela perda completa da independência, necessitando de seu cuidador para a realização das atividades de vida diária, tanto as básicas, quanto as instrumentais. Devido à imobilidade, também corre o risco de apresentar outras doenças como úlcera de pressão, perda de peso, pneumonia, entre outras. Nessa fase, a dependência avança e o idoso geralmente não consegue se comunicar mais, pois há perda total da memória presente e remota, dificultando sua capacidade de descrever qualquer sintoma que esteja sentindo.

Nessas situações de demência, os idosos, principalmente na fase mais avançada da doença, tornam-se totalmente dependentes, necessitando de cuidados diuturnamente. Esse cuidado geralmente recai sobre membros mais próximos da família, como o esposo, ou a esposa, filhos, irmã, ou parentes, geralmente do sexo feminino. Assim, este projeto chamado *Estratégias de Diagnóstico e Reabilitação Social de Idosos com Alzheimer e Apoio Psicossocial aos Cuidadores*, que é uma ação extensionista, ancora como objetivo geral realizar um trabalho de socialização dos idosos dependentes, com diagnóstico possível, ou provável de Alzheimer e oferecer apoio psicossocial aos seus

cuidadores. Relatam-se, neste artigo, as experiências empreendidas pela equipe multidisciplinar da Universidade de Cruz Alta na (com)vivência com estes idosos.

2 Metodologia

Trata-se de um projeto de extensão, financiado pelo Programa Institucional de Bolsa de Extensão (PIBEX/UNICRUZ) e conta com uma equipe multidisciplinar, com ações voltadas para atender aos idosos que apresentam diagnóstico possível, ou provável de Alzheimer e aos seus cuidadores, bem como avaliações e análises de pesquisa, que resultarão em dados os quais serão utilizados para uma melhor compreensão do idoso com diagnóstico dessa demência e dos aspectos relacionados ao seu cuidado.

Com essa preocupação, o Grupo Interdisciplinar de Estudos do Envelhecimento Humano da UNICRUZ – GIEEH desenvolve, em parceria com a Secretaria de Assistência Social, da Prefeitura Municipal de Cruz Alta, o referido projeto, que apresenta como estratégias e objetivos: oportunizar aos idosos, reabilitação social, através de terapêuticas diferenciadas, como atividades recreativas, contação de histórias, dança, atividades perceptivos-motoras, jogos de memória e pedagógicos (pirâmide inteligente, varetas, módulos e bingo), arteterapia (pinturas em papel, massa de modelar e atividades com balões, trilhas de sensibilidade), fisioterapia e atividades físicas (alongamento, caminhadas, atividades de estimulação motora), orientações nutricionais e de enfermagem. O projeto também apoia e capacita de forma multidisciplinar os cuidadores domiciliares de idosos com Alzheimer, desenvolvendo ações como: terapia para si (aparência pessoal, bem estar, apoio psicopedagógico, cuidados com os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas), organização do espaço doméstico, cuidados com doenças oportunistas e a nutrição do paciente com Alzheimer. Assim, ao mesmo tempo, serve aos cuidadores como um espaço de escuta de seus problemas, angústias e dúvidas, em relação aos cuidados com o idoso. Disponibilizam-se estratégias de forma paralela, ou seja, enquanto uma equipe atende aos idosos, os cuidadores dedicam-se a cuidar de si, aliviando um pouco das suas tensões e preocupações diárias.

O projeto, atualmente, desenvolve o trabalho com treze pessoas, sendo seis idosos e sete cuidadores. Os encontros acontecem de quinze em quinze dias, no campus universitário, situado a nove quilômetros da cidade. Para tanto, a Secretaria de Assistência Social oferece o transporte, um educador

social e um assistente social, que acompanham os idosos e seus cuidadores no percurso à Universidade. Limita-se o número de vagas em razão do tipo de transporte que o poder público oferece e pela exigência de atenção e cuidado que os idosos necessitam. Em todos os encontros se registram em diários de campo as reações e atitudes dos idosos e cuidadores. O presente projeto contará com a realização de pesquisas, com as informações coletadas durante a realização das ações de extensão e em visitas domiciliares, por isso houve a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e aprovação através do registro no SISNEP nº 0038.0.417.000-10.

3 Relatos das Experiências com os Idosos: Resultados Iniciais

Durante os encontros, dois membros da equipe multidisciplinar acompanham cada idoso. Inicialmente, os idosos realizam atividades físicas, como caminhadas sobre as linhas das quadras de esporte do ginásio, alongamentos, atividades com balões, ou outros materiais, sempre no ritmo e possibilidades individuais. Para Brandão, Wagner e Goulart (2006, p. 243)“ [...] geralmente os pacientes com DTA não conseguem realizar mais de uma atividade ao mesmo tempo e demonstram dificuldades em manipular informações necessárias para a realização de tarefas”, percebeu-se também, com o grupo de idosos portadores de DTA, pois várias vezes perguntam o que é para se fazer, mesmo em circuitos onde se repetem várias vezes as atividades.

Dependendo dos objetivos programados para cada encontro, após as atividades físicas, realizam-se jogos pedagógicos, geralmente na forma de rodízio, tais como: pirâmide inteligente, varetas, módulos e bingo. Enquanto o jogo acontece, os integrantes da equipe conversam com os idosos tentando resgatar sua historicidade, como dados sociodemográficos, dados clínicos, informações familiares, inclusive sobre atividade laboral exercida em casa, quando isso ainda é possível, ou o que já exerceram profissionalmente.

Conforme Petersen *et al.* (1999), quando o declínio cognitivo ainda é leve, os idosos conseguem manter as atividades de vida diária preservadas. Com o grupo do projeto, observou-se essa característica em duas idosas até o mês de junho de 2010, entretanto, a partir de julho uma delas passou a apresentar características de segunda fase da doença, de maior dependência, tornando-se incapaz de realizar atividades que anteriormente realizava com independência.

Cabe informar que a doença de Alzheimer acomete os idosos e se manifesta em três fases, sendo essas: leve, moderada e grave, de acordo com o nível de comprometimento cognitivo e o grau de dependência do indivíduo (BOTTINO *et al.*, 2002). Na primeira fase “mostra queda significativa no desempenho de tarefas instrumentais da vida diária, mas ainda é capaz de executar as atividades básicas do dia a dia, mantendo-se independente.” (BOTINO; ALMEIDA, 1995, p. 71). Conforme os mesmos autores, em uma segunda fase, considerada moderada, ocorre um “comprometimento intelectual maior e o paciente passa a necessitar de assistência para realizar tanto as atividades instrumentais como as atividades básicas do dia a dia.” (p. 71). Já na última fase, considerada a mais grave da doença, “[...] o paciente geralmente fica acamado, necessitando de assistência integral. Nessa fase, o paciente pode apresentar dificuldades de deglutição, sinais neurológicos, incontinência urinária e fecal” (p. 71).

Em um dos encontros, realizou-se circuito com brinquedos (boliche, cinco Marias, tiro ao alvo, bilboquê, pom-pom e vai e vem) visando estimular a motricidade fina e ampla dos idosos, bem como a memória autobiográfica em relação a brinquedos e brincadeiras utilizadas em sua infância. Quando desenvolvidas atividades de arteterapia (separação de sementes de diferentes cores e tamanhos, atividades com pirâmide inteligente e blocos coloridos e ainda, com tinta de diferentes cores, barbante e esponjas, dados, figuras, cores, fotos e imagens) aproveita-se para conversar com os idosos, fazendo com que busquem ativar suas lembranças. Esses momentos apresentam-se bastante significativos, pois muitos idosos conseguem mostrar seus sentimentos e emoções, como o riso, o choro, a fala. A esse tipo de memória os especialistas chamam de memória episódica, ou autobiográfica, responsável por armazenar fragmentos de experiências passadas, elementos importantes para a formação de sua identidade e personalidade, conforme explicitam Brandão, Wagner e Carthery-Goulart (2006).

Também nas atividades do projeto, segue-se uma rotina, já que essa é uma orientação importante no cuidado de idosos com Alzheimer. Em circuitos de atividades fisioterápicas alguns realizam todas as atividades mais de uma vez, outros não executam alguns exercícios, porém todas as atividades ocorrem na medida das possibilidades de cada idoso e no seu ritmo, que geralmente é bastante lento. Também nas atividades de fisioterapia, estimulam-se principalmente os membros inferiores e superiores, visto que, pelo relato dos cuidadores em casa, os idosos permanecem a maior parte do tempo imóveis, sentados, ou deitados.

Em um dos encontros, proporcionou-se aos idosos e cuidadores o *dia da beleza*, quando esses foram agraciados pelos alunos do Curso de Estética e Cosmética com cortes de cabelo, barba, penteados, maquiagem e manicure. Nesse dia sentiram-se realizados, o que foi constatado através da descrição de sensações, com a frase que uma das idosas com Alzheimer proferiu quando questionada se havia gostado: “*Estou me sentindo tão feliz, tão feliz, que chego a ver estrelas.*” Nesse período, essa idosa ainda estava na fase inicial da doença e, apesar de ter momentos de esquecimentos, sempre foi alegre e falante. Em algumas ocasiões apresentava bastante medo, solicitando continuamente para ver “*sua gente*”, como costumava dizer. Atualmente a idosa entrou para a segunda fase da doença, falando menos, mais apática, menos ativa e já não apresenta mais medo.

Durante as atividades, as situações enfrentadas mostram-se irregulares, pois os comportamentos dos idosos com Alzheimer também são imprevisíveis. Uns gostam de algumas atividades, outros não. Alternam-se dias em que conversam bastante, em outros, estão mais quietos e introvertidos. Alguns riem, outros não. Demonstram ansiedade e solicitam a presença dos familiares várias vezes. Determinados idosos apresentam indiferença em relação a todas as atividades. É interessante destacar que quando uma das idosas apresenta momentos de lucidez, também demonstra um sentimento de piedade em relação aos demais idosos com Alzheimer. Outra idosa, na terceira fase, apresenta bastante dificuldade de deambulação e permanece acomodada em uma poltrona confortável, onde se realizam as atividades fisioterápicas. A idosa apresenta afasia, ou seja, dificuldade, ou perda de capacidade para falar, ou compreender a linguagem falada. Além disso, detém a chamada ecolalia (repetição dos mesmos termos várias vezes), embora emita um som mais fraco, movimenta a boca e os lábios constantemente.

Nos encontros, as conversas com os idosos giram em torno de questionamentos para memorização (nome do marido, esposa, filhas(os), idade, dia da semana, cor, formas, tamanho...), os quais muitas vezes não sabem responder. Outros, conversam sobre caçadas, aulas na infância, times de futebol, ou lembram de seus ofícios anteriores como cuidar de gados, andar a cavalo, ou de bicicleta. Falam dos hábitos e gostos que tinham, como tomar chimarrão, dançar, ir aos bailes e conversar. Como referido anteriormente, esses momentos colaboram para a recuperação de informações autobiográficas. Entretanto, nessas narrativas espontâneas realizadas pelos idosos, após o estímulo a suas lembranças demonstram que as conversas não seguem um percurso contínuo, sendo interrompidas constantemente por outras narrativas,

chamadas por Brandão, Wagner e Carthery-Goulart(2006) de intrusões, ou confabulações.

Ao final de todo encontro, todos se reúnem, idosos e cuidadores, para o lanche coletivo oferecido pela Prefeitura Municipal. Os idosos e, principalmente, os cuidadores nesse espaço sempre demonstram a alegria e a satisfação que sentem por participarem do projeto. Nesse momento, há relatos sobre a satisfação dos idosos, como esses passaram as semanas anteriores e o quanto o projeto é útil para fazer com que queiram tomar banho, fazerem a barba, ou se “arrumar” para passear.

Sabe-se que a doença de Alzheimer é uma demência progressiva, além de ainda não ser possível um diagnóstico preciso em pacientes vivos. Assim, estudiosos acreditam que intervenções terapêuticas, que não estejam voltadas a medicamentos, não podem ser consideradas. Entretanto, entende-se que com este projeto, os idosos conseguem ter momentos que lhes proporcionem intervenções e lhes possibilitem auxiliar nas demais condições físicas, mesmo que esses não tenham consciência disso. Parente (2006, p. 257) corrobora com essa ideia, ao explicitar que “[...]o percurso da doença pode ser longo[...]. Mesmo que as expectativas de melhora sejam limitadas, as intervenções podem organizar as atividades dos pacientes, promovendo uma melhor qualidade de vida.” Além disso, Holderbaum (2006, p. 259) contribui ao afirmar que “Apesar do ceticismo generalizado quanto a possíveis melhoras desses pacientes, estudos sugerem que intervenções cognitivas melhoram sua qualidade de vida e podem lentificar o processo degenerativo nos estágios iniciais, principalmente quando completados por terapias medicamentosas.”

4 Considerações Finais

Com essas ações, apoia-se, afetiva e emocionalmente, os cuidadores domiciliares para essa árdua tarefa que realizam diuturnamente, com o intuito de amenizar essa situação difícil do cuidado. Oportuniza-se a socialização de idosos dependentes, tornando mais afável a difícil e pesada situação que enfrentam os idosos e seus cuidadores, cumprindo o papel da Universidade de promotora da cidadania, incluindo os marginalizados pela situação da doença.

Assim, os cuidadores percebem que não estão sós e que outras pessoas também apresentam os mesmos sentimentos, amenizam sua dor e o seu sofrimento, dividindo angústias, preocupações, raiva, ansiedade...

Sabe-se que este caminho se faz percorrendo e que nenhum dia será igual ao outro. Muitas lembranças estão na memória dos idosos, até que um dia a demência leva-as embora. Convive-se com o grupo há quase um ano e o mais triste de tudo é ver que os idosos com Alzheimer são como velas acesas, que no início da doença ainda mostram chama forte e brilhante e que aos poucos torna cada vez mais fraca, trêmula, até se apagar totalmente para o mundo, fechando-os para si. Assim, se com este projeto sentem-se felizes, por instantes, afloram seus sentimentos nos raros momentos de lucidez e melhoram a sua qualidade de vida, a partir das possibilidades que cada um apresenta, com certeza se alcançou o objetivo do mesmo.

EXPERIENCES REPORTS: LIVING WITH ELDERLY PEOPLE WHO PRESENT ALZHEIMER

abstract

This article treats about the report of an extension Project that shows as a purpose to give to the elderly people physical, physiotherapy and art-therapy activities. It has been given psychosocial support to the people who are responsible for taking care of them. The project has been happening for one year and the results show how much it is important to the elderly people, although most of them are already in the second level of the illness, because the activities offered help for their socialization, for the maintenance of their functional capacities and feeling perceptions, affection and memories. To the people who are taking care of the elderly, the project serves as a support to face this difficult and hard moment of their lives. In this paper are reported the results and experiences only with the old people who show possible and probable Alzheimer diagnosis.

Keywords

Elderly People. Demented. Occupational Therapy.

referências

BOTTINO, Cássio M.C.; ALMEIDA, Osvaldo. P. Demências: quadro clínico e critérios diagnósticos. In: ALMEIDA, Osvaldo.P.; NITRINI, Ricardo (Eds). *Demências*. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1995. p. 13-19.

BOTTINO, Cássio M.C. *et al.* Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos Neuropsiquiátricos*, São Paulo, n. 60, v. 1, p. 70-79, 2002.

BRANDÃO, Lenisa; WAGNER, Gabriela Peretti; CARTHERY-GOULART, Maria Teresa. Disfunções cognitivas na demência do tipo Alzheimer (DTA). In: PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta. *Cognição e Envelhecimento*. Porto Alegre-RS: ARTMED, 2006. p. 239-255.

HOLDERBAUM, Candice Steffen *et al.* A intervenção cognitiva para pacientes portadores de demência do tipo Alzheimer. In: PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta. *Cognição e Envelhecimento*. Porto Alegre-RS: ARTMED, 2006, p. 259-273.

MORAES, Edgar Nunes de; SANTOS, R.R. Demências irreversíveis. In: MORAES, Edgar Nunes de. *Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: COOPmed, 2008, p. 313-370.

MORAES, Edgar Nunes de; DAKER, Mauricio Viotti. Abordagem do idoso com incapacidade cognitiva. In: MORAES, Edgar Nunes de. *Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: COOPmed, 2008, p. 273-291.

NIEMAN, David C. *Exercício e Saúde*. São Paulo: Manole, 1999.

PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta. *Cognição e Envelhecimento*. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

PAULA, Vanessa de Jesus R. de *et al.* Neurobiological pathways to Alzheimer's disease: amyloid-beta, Tau protein or both?. *Dementia & Neuropsychologia*, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 188-194, set.2009. Disponível em: <<http://www.demneuropsy.com.br/ImageBank/PDF/v3n3a03.pdf>>. Acessado em: 10 de ago. 2010.

PETERSEN, Ronald *et al.* Lid cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, Chicago, v. 56, n.3, p. 303-308, mar. 1999.

WAGNER, Gabriela Peretti. *Disfunções executivas no envelhecimento cognitivo: investigações com os instrumentos Tarefa do jogo e Teste Wisconsin de Classificação de Cartas*. 2006. 121f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

Recebido: 23/12/2010
1ª Revisão: 19/04/2011
2ª Revisão: 08/06/2011
Aceite Final: 28/06/2011