



B1

ISSN: 2595-1661

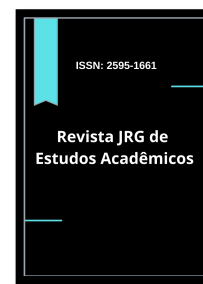
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

## Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



### Psicodiagnóstico e alterações neurocognitivas em idosos: estudo da doença de Alzheimer em perspectiva teórico-empírica

Psychodiagnosis and neurocognitive alterations in the elderly: a study of Alzheimer's disease from a theoretical-empirical perspective

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.3177

ARK: 57118/JRG.v9i20.3177

Recebido: 10/04/2026 | Aceito: 16/04/2026 | Publicado on-line: 17/04/2026

**Ana Claudia Rodrigues Fernandes<sup>1</sup>**

<https://orcid.org/0000-0001-7394-0309>

<http://lattes.cnpq.br/2086140046487428>

Universidade de Brasília - Instituto De Psicologia

E-mail: [anacrff@gmail.com](mailto:anacrff@gmail.com)

**Manuelina Damasceno Vidal de Sousa<sup>2</sup>**

<https://orcid.org/0009-0007-6782-2382>

<https://lattes.cnpq.br/6301064867473269>

Secretaria de Educação do Distrito Federal

E-mail: [manuelina.vidal@gmail.com](mailto:manuelina.vidal@gmail.com)



### Resumo

O presente artigo toma como tema o psicodiagnóstico e alterações neurocognitivas em idosos. A pesquisa busca contemplar as concepções diagnósticas voltadas aos transtornos cognitivos, em processos neurodegenerativos ou quadros cognitivos. A base teórica se pauta nas obras de Dalgalarondo (2019), Felliipe (2014) e Hutz et al (2016). São discutidos os critérios para identificação de transtornos neurocognitivos e suas causas, a entrevista clínica com idosos, os elementos auxiliares na avaliação das funções executivas, os testes e instrumentos auxiliares no processo de investigação de hipótese diagnóstica. Os resultados do estudo indicam que não há causa exclusiva no diagnóstico de transtornos neurodegenerativos, envolvendo desde elementos genéticos até fatores ambientais. Ainda aponta as novas concepções diagnósticas dos transtornos cognitivos. É realizado um estudo em perspectiva empírica que analisa o filme “Para sempre Alice”, cuja narrativa central conta a história de uma mulher diagnosticada com doença de Alzheimer e o avanço da doença. O estudo se encerra com a realização de uma entrevista com cuidador e informante de um paciente com doença de Alzheimer, de modo a destacar a realidade dos cuidados e providências necessárias junto aos sujeitos idosos acometidos por transtornos neurodegenerativos.

**Palavras-chave:** Psicodiagnóstico, Transtornos Neurodegenerativos, Doença de Alzheimer

<sup>1</sup> Graduada em Pedagogia, graduada em Psicologia, Mestre em Direitos Humanos e Cidadania e Doutora em Psicologia. Docente no ensino superior

<sup>2</sup> Graduada em Psicologia, Especialista em TCC, Especialista em Psicologia hospitalar. Palestrante



## Abstract

*The present article addresses the theme of psychodiagnosis and neurocognitive alterations in the elderly. The research seeks to contemplate diagnostic concepts aimed at cognitive disorders, whether in neurodegenerative processes or cognitive conditions. The theoretical framework is based on the works of Dalgalarondo (2019), Fellipe (2014), and Hutz et al. (2016). It discusses the criteria for identifying neurocognitive disorders and their causes, clinical interviews with the elderly, auxiliary elements in the assessment of executive functions, and the tests and instruments that assist in the investigation of diagnostic hypotheses. The study's results indicate that there is no single cause in the diagnosis of neurodegenerative disorders, involving factors ranging from genetic elements to environmental factors. Furthermore, it points out new diagnostic concepts for cognitive disorders. An empirical perspective study is conducted through the analysis of the film "Still Alice," whose central narrative tells the story of a woman diagnosed with Alzheimer's disease and the progression of the condition. The study concludes with an interview conducted with a caregiver and informant of an Alzheimer's patient, highlighting the reality of care and the necessary measures for elderly subjects affected by neurodegenerative disorders.*

**Keywords:** Psychodiagnosis, Neurodegenerative Disorders, Alzheimer's Disease.

## INTRODUÇÃO

O tema das alterações e transtornos neurodegenerativos em idosos tem se tornado relevante por diferentes motivos: as taxas de natalidade têm diminuído, a expectativa de vida tem se ampliado e, ainda, os avanços dos recursos médicos, novas descobertas e criação de novas práticas em saúde. Os sujeitos estão “vivendo mais”, o que leva à necessidade de refletir e apontar perspectivas em saúde de uma população cada dia mais senil.

Nesse sentido, as Ciências, de forma geral, tem ampliado estudos que apontam para a vida na terceira idade, em seus diversos aspectos. Uma área que tem se interessado e se comprometido com as pesquisas, práticas e tratamentos de sujeitos idosos é a Psicologia. Com seu arcabouço teórico e dinâmico, a Psicologia tem se revisitado e atualizado em relação ao tema, fato que pode ser percebido com a atualização de terminologias, classificações de doenças, sugerindo assim, compreensões mais amplas para o tema.

Quando se trata do psicodiagnóstico de transtornos neurodegenerativos em idosos, toma-se como base, entre outros marcadores, os quadros neurológicos e manifestações de comprometimento nas funções executivas, a citar: a autorregulação, o autocontrole, a memória de trabalho, a flexibilidade cognitiva e o controle inibitório. Ainda, nesse contexto as manifestações de declínio cognitivo são marcadores que apontam que a intensidade de tais sintomas configura-se como classificação, em que pese, a própria evolução do quadro neurológico e do transtorno em si.

Surgiu assim, a necessidade da revisão de critérios para o psicodiagnóstico de transtornos, a fim de atualizar práticas, ampliar classificações e, assim, criar alternativas diagnósticas mais completas que vão resultar diretamente na assistência oferecida à população idosa. Uma das iniciativas nesse sentido foi a atualização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM -5), que inclui capítulo voltado aos transtornos neurocognitivos.

Com base nos aspectos aqui apontados que criam novo cenário para a compreensão e abordagem dos transtornos neurodegenerativos e doenças do envelhecimento, apontamos as perspectivas do psicodiagnóstico e principais instrumentos que sugerem elementos para a avaliação neuropsicológica.



## REFERENCIAL TEÓRICO

### 1. Perspectivas diagnósticas para os transtornos cognitivos

O estudo dos transtornos cognitivos degenerativos tem ganhado maior especificidade, aprofundamento e criação de instrumentos e técnicas para contribuir no processo de diagnóstico dos mesmos. Tal ampliação tem se dado em termos da longevidade da população (Fellipe et al, 2014).

Nesse sentido, tem-se as atualizações feitas pelo DSM-5, (publicado em 2013 e revisado em 2022), em relação ao DSM-4, (publicado em 1994 e revisado em 2000). O Manual Diagnóstico e Estatístico dos transtornos mentais apresenta os códigos da Classificação Internacional de Doenças, a CID-10-MC, implementada desde 2013, com apontamentos para as pesquisas científicas em saúde e questões relacionadas a diagnóstico, entre outros (Hutz et al, 2016).

Uma dessas atualizações sugeriu a atualização do termo “demência”, substituído por “transtorno neurocognitivo”. Com isso, os quadros de déficit cognitivos estáveis e os processos neurodegenerativos ganharam aproximação classificatória alinhada a outras áreas da saúde. Ainda nesse sentido, os transtornos neurocognitivos podem ser classificados de acordo com a doença de base e a intensidade dos sintomas apontados pelo sujeito e seus cuidadores/informantes (Hutz et al, 2016).

Os transtornos neurocognitivos ocorrem devido a algumas doenças que acometem o sistema nervoso central (SNC). O curso e as manifestações cognitivas são heterogêneos, pois os eventos neurovasculares ocorrem de modo difuso no cérebro, provocando sinais e sintomas diferentes dependendo da área lesionada. As principais diferenças envolvem tempo de evolução, alteração comportamental mais grave e o grau das dificuldades de memória no início e curso da doença.

A intensidade apontada é uma evolução do quadro, gerando a diferenciação entre transtorno cognitivo leve e transtorno cognitivo maior.

(...) os quadros com prejuízos cognitivos mensuráveis com escores Z (padronizados) entre -1,5 e -2,0 desvios-padrão abaixo da média, mas sem prejuízos funcionais graves, devem ser classificados como transtorno neurocognitivo leve. Os quadros mais graves, em que a testagem cognitiva são inferiores a -2,0 desvios-padrão abaixo da média e apresentam dificuldades para manter a independência em atividades do dia a dia recebem classificação de transtorno cognitivo maior Hutz et al, 2016, p.383).

Tendo apontado a classificação dos transtornos cognitivos em leve ou maior, cabe discorrer sobre os critérios para sua caracterização. Em se tratando dos critérios diagnósticos gerais para o transtorno neurocognitivo leve e maior, observamos o quadro a seguir.

CRITÉRIOS	TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO LEVE	TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR
Domínios da atenção complexa, função executiva, aprendizagem, memória, linguagem e cognição social.	Pequeno declínio	Importante declínio
Desempenho cognitivo, documentado por teste	Pequeno prejuízo no desempenho	Forte prejuízo e queda no desempenho



neuropsicológico ou avaliação quantificada		
Capacidade de independência nas atividades cotidianas.	Déficits não interferem, mas podem exigir esforço e estratégias compensatórias	Déficits interferem na independência em atividades cotidianas, tornando necessária a assistência em atividades instrumentais complexas de vida diária.

Fonte: Pesquisadoras (2023), com base em Dalgarrondo (2019) e Hutz (2016).

Essa classificação aponta para a gravidade dos sinais em relação aos estágios anteriores da vida. Considerar os indicadores orienta os tratamentos de forma a considerar a demanda de cada sujeito, podendo apontar diagnósticos em fases iniciais, beneficiando potencialmente o paciente no tratamento e manejo do quadro, por parte dos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Como apontado até aqui, há uma gama de transtornos neurocognitivos que se relacionam à senilidade (após os 65 anos), podendo também surgir na forma pré-senil (entre os 50 – 60 anos). As perdas cognitivas nesses casos são progressivas, criando déficits mais marcantes à medida que a idade avança. (Dalgarrondo, 2019).

Dentre os vários transtornos neurocognitivos e degenerativos da velhice, abordamos neste manuscrito aqueles de maior prevalência: doença de Alzheimer, Transtorno Neurocognitivo, Transtorno Neurocognitivo com corpos de Lewy, Transtorno Neurocognitivo devido à Degeneração Lobo Frontotemporal e outros.

## 2. Transtornos Neurocognitivos mais frequentes e sua Etiologia

Um transtorno neurocognitivo tem necessariamente, uma ou mais causas orgânicas relacionadas à função cerebral. Assim, a etiologia de um transtorno se faz relevante, por ser ela base do mesmo, contribuindo assim para o processo de diagnóstico, por meio de uma avaliação clínica adequada.

Pesquisas apontam que os quadros mais comuns de transtornos neurocognitivos em idosos são: Doença de Alzheimer, Transtorno Neurocognitivo/Cerebrovascular, Transtorno com Corpos de Lewy, Transtorno Neurocognitivo devido à Degeneração Lobar Frontotemporal (Dalgarrondo, 2019; Felipe et al, 2014; Hutz et al, 2016).

Sobre o Transtorno Neurocognitivo/Cerebrovascular podemos afirmar que é o segundo transtorno mais comum em idosos. Ela se dá pelo acúmulo de lesões de eventos neurovasculares que ocorrem no cérebro. Os eventos variam de acordo com tipo de evento, área, tamanho da lesão. Os resultados observados envolvem a lentificação do processo cognitivo, a redução da atenção pelas lesões em áreas de conectividade, com evolução que se dá gradativamente (Hutz et al, 2016).

Já no Transtorno Neurocognitivo com Corpos de Levy, o diagnóstico aponta a aglomeração de corpúsculos de Levy, com “alterações patológicas nos neurônios em forma de inclusões citoplasmáticas esféricas intraneuronais”. (Dalgarrondo, 2019, p.450). A proteína alfa-sinucleína se deposita de forma anormal no cérebro, criando os corpúsculos e com isso, as alterações nas substâncias químicas resultam no quadro do transtorno. Os sinais e sintomas são: prejuízo cognitivo, alucinações visuais, declínio cognitivo progressivo, alterações na marcha, perda do controle de esfíncteres, perda da orientação e alterações de humor.

O Transtorno Neurocognitivo devido à Degeneração Lobar Frontotemporal se caracteriza por acometer pacientes na faixa etária, em média, abaixo dos sessenta e cinco anos de idade. Se manifesta em duas situações: “na variante linguística que envolve



prejuízos na verbalização de palavras, nomeação de objetos, compreensão e no acesso lexical” (Hutz et al, 2016, p.385).

Na outra variante, comportamental, ocorrem alterações como a perda da empatia, desinibição ou apatia, comportamentos compulsivos, agressividade, hiperoralidade. Resulta em evolução mais rápida, alterações comportamentais severas, com memória episódica preservada no início do processo de adoecimento. É um transtorno de “quadros muito grave, com sobrevida de três a quatro anos, após o diagnóstico” (Dalgalarondo, 2019, p.449).

A Doença Parkinson, que se caracteriza por ser um Transtorno Neurocognitivo, cujos “sintomas motores como a rigidez, tremores, espasmos, lentificação motora, perda do controle motor ocorrem antes do aparecimento do declínio cognitivo”. (Dalgalarondo, 2019, p.450).

O padrão cognitivo do sujeito acometido pela Doença de Parkinson pode variar, entretanto, com prejuízo das funções executivas, memória, lentificação do processamento de informações. Podem compor o quadro depressão, ansiedade, alucinações, delírios, alterações da personalidade, sonolência excessiva e transtorno do comportamento associado ao sono REM. (Dalgalarondo, 2019, p.451).

Ainda há a doença de Huntington, neurodegenerativa grave, que tem causa numa mutação genética de cromossomos. Comum possuir histórico familiar. Evolui para quadros de perda cognitiva grave, com declínio das funções executivas, alterações de comportamento (depressão, ansiedade, apatia, sintomas psicóticos) e sintomas motores de lentificação. (Dalgalarondo, 2019).

No tocante ao Transtorno Neurocognitivo pela infecção do sistema nervoso central, em sujeitos acometidos por HIV é possível afirmar que a doença é secundária à infecção original e se dá pelo acometimento das seguintes condições: leucoencefalopatia multifocal progressiva, neurotoxoplasmose, neurotuberculose, meningoencefalite, linfoma do sistema nervoso central, dentre outras correlatas (Dalgalarondo, 2019).

Doença Priônica é neurodegenerativa rara e grave que se caracteriza pelas alterações que começam com a presença de príon, um agente infeccioso formado por proteínas com forma aberrante, que se acumulam nas células nervosas e as destroem. (Hutz et al, 2016).

Pelo recorte que interessa à pesquisa, o foco, a seguir recai sobre a Doença de Alzheimer.

### 3. Doença de Alzheimer

A Doença de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa, que mais acomete idosos, em larga escala, mas que pode se dar também de forma precoce. Se caracteriza pela perda progressiva da função mental, pela degeneração do tecido cerebral, déficit nos domínios cognitivos como linguagem, habilidades visuoespaciais, atenção e demais funções executivas, que interferem fortemente na vida do sujeito acometido com esse diagnóstico.

As manifestações mais comuns da doença incluem a perda da capacidade de reter na memória novos fatos e eventos (memória episódica), bem como na capacidade de organização no tempo e espaço. As alterações na linguagem e funções executivas se fazem presente e são significativas.

As perdas cognitivas abrangem a memória (eventos autobiográficos recentes), a aprendizagem, a linguagem que revelará alterações e falhas importantes por deterioração semântica, a capacidade visuoespacial e perceptomotora, empobrecimento da vida



mental e cognitiva, bem como comprometimento das funções executivas (Dalgarrondo, 2019).

Não é possível identificar uma causa exclusiva para sua ocorrência, com associação de fatores genéticos em interação com aspectos ambientais. Há que se considerar ainda o histórico familiar, a idade dos sintomas iniciais, o curso da doença e as manifestações cognitivas e comportamentais.

No aspecto neuropatológico a doença se dá em face de alterações neuroquímicas que geram mudanças intracelulares e extracelulares. No campo intracelular ocorre a formação de emaranhados neurofibrilares nos neurônios, pela hiperfosforilação de *proteína tau*, com prejuízo do transporte celular de nutrientes, proteínas e neurotransmissores, causando morte neuronal. No campo extracelular ocorre o acúmulo de proteína beta-amiloide, gerando placas senis neuríticas (Hutz et al, 2016).

As proteínas amiloides interferem no funcionamento das sinapses e da glia, bem como disparam processos inflamatórios que contribuem para a perda de sinapses e integridade dos neurônios e, por fim, para a morte neuronal e atrofia cerebral. (Dalgarrondo, 2019, p.447).

De modo geral, a evolução da doença é lenta, gradual e progressiva e desenvolve sintomas cada vez mais restritivos do ponto de vista da qualidade de vida, por imporem restrições na realização das atividades cotidianas, uma vez que o declínio cognitivo afeta e impacta a existência do sujeito. (Fellipe et al, 2014).

A avaliação cognitiva, desde o rastreio até testes neuropsicológicos específicos, é recomendada para o exame do estado mental. Também os testes referendados, laboratoriais, variadas formas de neuroimagens, são importantes para a investigação das demências, em especial ao Alzheimer.

Entretanto, tais instrumentos são auxiliares na observação dos prejuízos cognitivos, não permitindo a construção de um diagnóstico somente por meio de tais ferramentas. O diagnóstico deve observar sinais e sintomas, para que se possa avaliar as dificuldades de cada paciente, usando como auxiliares os testes de funções cognitivas, que proporcionarão identificar as funções cognitivas que precisam ser mais focadas na avaliação clínica (Hutz et al, 2016).

#### **4. A Avaliação Clínica**

A Avaliação Clínica dos Transtornos Neurocognitivos, de forma geral, envolve etapas que se complementam no processo investigativo. Compõem a avaliação: a entrevista clínica, o uso de instrumentos de rastreio ou breves, a avaliação cognitiva, e ainda, a adoção de escalas adicionais.

##### **4.1 A entrevista Clínica**

A entrevista clínica inicial tem a finalidade de identificar o funcionamento do sujeito, em uma construção global, que é objetiva e subjetiva, pautada no contato, nos sinais verificados, no discurso, na interpretação dos gestos, expressões e reações do sujeito, momento em que se observa alterações sensoriais, motoras e cognitivas, assim como na observação e obtenção de informações objetivas sobre diferentes aspectos da vida do sujeito.

Para que a entrevista atinja sua finalidade, ainda é preciso conhecer as diferenças entre as atividades atuais e as prévias, para que se perceba o declínio. Para isso, emerge a necessidade da entrevista ser estendida a um informante, que auxilie na compreensão dos níveis atuais e anteriores de funcionamento do sujeito. O informante é alguém que tenha,



necessariamente, convivência próxima com o sujeito, ao ponto de expor informações detalhadas de sua condição. Cabe firmar vínculo para novos momentos de prestação de informações e esclarecimento de dúvidas, bem como pode contribuir no tratamento (Hutz et al, 2016).

Ainda sobre a entrevista clínica, cabe destacar a importância da atenção do psicólogo aos fatores sociodemográficos que permeiam o ambiente do sujeito, para que hábitos, competências e habilidades sejam considerados, de forma a não confundir o ambiente com o declínio de alguma função cognitiva (Hutz et al, 2016).

Quanto aos aspectos sensoriais sugere-se verificar se o paciente tem alterações visuais e/ou auditivas, que podem também estar associadas ao processo de envelhecimento e influenciar nos resultados da avaliação. Portanto, é importante verificar a dosagem, a frequência de uso e os horários em que os medicamentos são ingeridos, pois podem causar sonolência, fadiga ou até mesmo influenciar na concentração para responder aos testes. Todos esses fatores, como o uso de medicações, nível de escolaridade, frequência de leitura e de escrita, e alterações sensoriais e motoras, podem ser investigados em uma entrevista clínica.

Logo, é importante considerar se o paciente em questão tem sintomas relacionados ao humor e o quanto tais sintomas podem ser causados por um transtorno do humor ou ser manifestações de um transtorno neurocognitivo. Nessa entrevista, podem ser utilizadas as escalas de atividades da vida diária, que incluem questões sobre o quanto o indivíduo é independente para tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama, alimentar-se, usar o telefone, locomover-se por meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, preparar a comida, lavar roupa, cuidar do dinheiro e tomar medicamentos. Ainda é preciso abordar na entrevista clínica a presença de transtorno de ansiedade ou depressão (comuns ao envelhecimento e que podem ser comorbidades).

Após a entrevista, a avaliação caminha para a o uso de instrumentos de avaliação neurocognitiva, que envolve os instrumentos de rastreio e breves, a avaliação cognitiva, e ainda, a adoção de escalas adicionais.

#### **4.2 Instrumentos de Rastreio e Breves**

Após a etapa da entrevista, a avaliação segue por meio de um rastreio do perfil do paciente. Os instrumentos de rastreio se prestam a identificar funções que devem ser melhor exploradas na investigação diagnóstica. A finalidade dos instrumentos de rastreio se pauta em marcadores sensíveis aos déficits que indicam comprometimento, bem como na detecção de doenças em pessoas assintomáticas. Em casos assim, identificar precocemente os sintomas, pode permitir o tratamento mais cedo, o que beneficia o paciente.

São exemplos de instrumentos de rastreio: mini-exame do estado mental (MEEM/MMSE); avaliação cognitiva Montreal (MoCA); avaliação/exame cognitivo Addenbrooke (ACER); avaliação da orientação (tempo e espaço).

Tais instrumentos de rastreio são indicados para a identificação de comprometimentos cognitivos, como coadjuvantes ao processo.<sup>3</sup>

Quanto aos instrumentos breves, podemos informar que são testes que oferecem informações quanto ao perfil cognitivo geral do paciente, com maior número de tarefas a realizar. São atividades que vão gerar informações sobre o perfil global, que por sua vez, também são auxiliares no processo avaliativo, pois não são capazes de expor com sensibilidade adequada os processamentos cognitivos preservados ou falhos (Hutz et al, 2016). São testes: Avaliação Neuropsicológica Breve - NEUPSILIN e Bateria Neuropsicológica -CERAD.



Após a realização dos instrumentos de rastreio e breves, torna-se necessário focar a atenção na aplicação de instrumentos de avaliação cognitiva.

### **4.3 A Avaliação Cognitiva Ampla**

Quando nos referimos à avaliação cognitiva ampla estamos considerando os instrumentos que podem avaliar cada uma das funções cognitivas que são necessárias ao exame de suspeita de transtorno neurocognitivo. Ainda sobre a avaliação ampla, a recomendação é de uso de um conjunto de tarefas, preferencialmente um teste por função.

Na avaliação ampla consideramos as seguintes funções: atenção e velocidade de processamento; memória e aprendizagem; linguagem; habilidades visuoestrutivas e práticas e funções executivas.

#### **4.3.1 Avaliação da Atenção e Velocidade de Processamento**

Na Avaliação da atenção e da velocidade de processamento geralmente são usados dois tipos de testes: o Teste de Cancelamento e o Teste de Span de dígitos. O Teste de Cancelamento avalia atenção concentrada, em que o avaliador entrega uma folha de papel com estímulos alvo e estímulos distratores ao avaliando. O objetivo é o examinando marcar todos os estímulos alvos e ignorar os estímulos distratores em um intervalo de tempo. Já o Teste de Span de dígitos é dividido em duas partes: direta e indireta. Nele o examinando deve repetir uma sequência de dígitos, acertando é dada outra sequência para se repetir na ordem inversa. Assim o examinando escuta a sequência e a repete, invertendo a ordem.

Tais modelos de testes também conseguem indicar a velocidade de processamento cognitivo, uma vez que as tarefas são realizadas em um determinado tempo e assim, é possível indicar sua velocidade.

#### **4.3.2 Avaliação da Memória e Aprendizagem**

Em relação à memória, cabe destacar que as alterações nessa função estão presentes em muitos transtornos neurocognitivos. Na avaliação de memória e aprendizagem devem ser consideradas a memória semântica, episódica operacional, imediata, de curto prazo e tardia, longo prazo, e ainda, paradigmas visuais e verbais.

Para avaliar a memória episódica verbal é usado o teste de aprendizado auditivo verbal de Rey: essa tarefa mede a memória imediata, tardia e de reconhecimento. O teste consiste em uma lista de 15 palavras repetidas 5 vezes no qual o examinado deve lembrar. Após é dada outra lista de palavras distratoras, as quais este também deve tentar lembrar, depois lhe é solicitado que lembre da primeira lista e após 20 ou 30 minutos é solicitado que tente lembrar de todas as palavras que guardou.

A memória visual pode ser avaliada com o teste de figuras complexas de Rey que mede a percepção visual, a praxia construtiva, a capacidade de planejamento e a memória visual episódica, em que o examinado deve copiar uma figura com o máximo de detalhes que conseguir com dois intervalos, um de 3 minutos e após a primeira cópia outra, tendo decorrido 30 minutos. Nesse instante é solicitado que reproduza a figura novamente contabiliza-se o tempo para a cópia e para a reprodução do desenho e os números de elementos corretos e sua localização.

#### **4.3.3 Avaliação da Linguagem**

Na avaliação da linguagem as habilidades envolvem os aspectos visuais e verbais. Em pacientes idosos que têm alterações neurocognitivas com declínio cognitivo, a linguagem é significativamente comprometida. Por isso, se faz necessário a utilização de



testes e instrumentos para investigar a capacidade tanto de nomeação, sobre os aspectos visuais, quanto verbais. Essa nomeação pode estar comprometida, mesmo que o avaliador ofereça pistas ao paciente, este não consegue nomear, pois é evidente o declínio cognitivo e demencial do mesmo pelo Alzheimer.

Além das habilidades de expressão da linguagem, avalia-se também o quanto o sujeito compreende o que lhe é solicitado, sendo importante a avaliação da função cognitiva da linguagem.

Testes de avaliação da linguagem são realizados com os seguintes instrumentos: Tarefa de leitura e escrita de palavras e pseudopalavras (Rodrigues & Salles, 2013). Há também o Token Test que avalia a compreensão de frases simples até complexas e o Teste de nomeação de Boston, que avalia a nomeação adequada de figuras, a partir de pistas, bem como a compreensão do que foi solicitado.

#### **4.3.4 Avaliação das habilidades visuoespaciais e práxicas**

A habilidade visuoespacial é avaliada por meio de realização de desenhos (ou praxia construtiva). Relaciona-se a capacidade que o indivíduo tem de integrar partes de estímulos de forma organizada, para que forme um objeto único (Strauss et al., 2006).

Atualmente, no Brasil, o teste psicológico com normas disponíveis para avaliação da praxia construtiva é o das Figuras Complexas de Rey (Oliveira & Rigoni, 2010). Diferente do que acontece na tarefa para avaliação da memória visual, o paciente é instruído a copiar, à mão, a figura complexa. Em uma avaliação da capacidade de praxia construtiva, observa-se se a cópia do desenho reproduz o modelo nos seguintes aspectos: simetria, proporção, qualidade do traçado, fechamento de ângulo e planejamento, entre outros.

Pacientes com transtornos neurocognitivos podem apresentar prejuízos nesse tipo de atividade, especialmente em quadros mais graves (p. ex., transtorno neurocognitivo maior).

#### **4.3.5 Avaliação das Funções Executivas**

As funções executivas referem-se às atividades cognitivas complexas, associadas ao comportamento, com objetivos específicos de resolução de problemas, envolvendo a memória, o raciocínio, o julgamento e o planejamento e que estão associadas ao processamento cognitivo que ocorre nos lobos frontais (Fuster, 1997; Stuss & Benson, 1986; Stuss & Levine, 2002).

Na avaliação das funções executivas, alguns instrumentos são tidos como os mais usados e destacam-se: O Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST; Berg, 1948; Heaton et al., 1993), os testes de fluência verbal (fonológica e por categoria semântica – Controlled Oral Word Association Tests [COWAT]; Benton & Hamsher, 1989), é um instrumento tido como padrão ouro para avaliação de funções executivas.

Ainda compõem o rol os testes das trilhas (TMT, Trail Making Test; Reitan, 1955) e o teste Stroop de Cores e Palavras (SCWT; Stroop, 1935; os testes de fluência verbal fonêmica (COWAT) e por categoria semântica, bastante utilizados na avaliação de funções executivas. O teste de fluência fonêmica (FAS) tem normas brasileiras para a população idosa (Machado et al., 2009).

Já o teste SCWT é baseado em um experimento da primeira metade do século passado (Stroop, 1935). O teste TMT avalia o shifting (alternância entre processos) (Strauss et al., 2006). E o teste das Trilhas Coloridas (TTC) (Leme, Rabelo, Pacanaro, & Rosseti, 2010), dentre outros.



É importante ratificar que existem diversos testes e técnicas de avaliação das funções executivas, utilizados na avaliação mais ampla desses processos, e portanto, deve-se levar em conta a avaliação clínica e a rotina dos pacientes que não são detectáveis em uma avaliação formal.

## MÉTODOS

Visando complementar a pesquisa com uma análise empírica foram adotados dois instrumentos de pesquisa: a análise do filme “Para sempre Alice”, e ainda, uma entrevista com cuidador de sujeito diagnosticado com doença de Alzheimer. A pesquisa teve orientação de matriz qualitativa, com a finalidade de criar um cenário de aproximação com a temática, de modo a possibilitar analisar o fenômeno em contextos e situações específicas.

Sobre a perspectiva de pesquisa com abordagem qualitativa, Rey (2011) afirma que:

As pesquisas qualitativas não atendem a um foco central, definido em forma de hipóteses, mas seguem as necessidades e demandas que se criam no processo de conhecimento e levam a construções teóricas cada vez mais abrangentes para construir interações e configurações do assunto estudado, muito além de qualquer evidência empírica suscetível de ser registrada em forma de dados. (Rey, 2011, p. 110-111).

Entendemos que, por coerência com o propósito do estudo, a abordagem realizada se coaduna com a pesquisa qualitativa.

A proposição de criar a análise a partir da apreciação do filme foi criada pela professora da disciplina Psicodiagnóstico e teve a finalidade de confrontar o estudo teórico desenhado ao longo do curso com a narrativa do filme, cuja temática ilustra o processo de diagnóstico e evolução da doença. O instrumento adotado pela docente, encontra suporte metodológico na pesquisa qualitativa, que aponta para uma tendência metodológica de uso de dados visuais e eletrônicos.

A importância dos dados visuais para a coleta de dados da pesquisa qualitativa vai além das formas tradicionais das entrevistas, dos grupos focais e das observações participantes. A sociologia examina os filmes e os vídeos exatamente como nos estudos de mídia (Flick, 2009, p. 32).

Já a realização da entrevista breve com informante/cuidador de pessoa com doença de Alzheimer teve o objetivo de apontar a vivência cotidiana com a doença, do ponto de vista de quem apoia e cuida do sujeito acometido. Nesse sentido nos orientamos pela seguinte questão:

A pesquisa qualitativa a respeito de temas como a doença mental concentra-se em questões como essas. Demonstra a variedade de perspectivas – do paciente, de seus familiares, dos profissionais – sobre o objeto, partindo dos significados sociais e subjetivos a ele relacionados. Pesquisadores qualitativos estudam o conhecimento e as práticas dos participantes. Analisam as interações que permeiam a doença mental e as formas de lidar com ela em um campo específico. (Flick, 2009, p. 24)

Apoiados nesse aporte metodológico, a entrevista foi realizada por meio tecnológico, da seguinte forma: a informante ofereceu os resultados dos exames de imagem já realizados pela paciente na investigação de doença neurodegenerativa, e ainda, respondeu as perguntas feitas pelas pesquisadoras sobre o tema em questão.



Também encontra validação o uso do instrumento de pesquisa acima na pesquisa qualitativa online, que segundo Flick (2009), vem transferindo e adaptando “as pesquisas para o uso da internet como ferramenta, fonte ou questão de pesquisa” (Flick, 2009, p. 32).

Tais instrumentos foram escolhidos com a finalidade de ilustrar os fenômenos e vivências que envolvem o diagnóstico e atenção ao sujeito com doença de Alzheimer.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

A partir daqui analisamos os resultados obtidos na apreciação do filme sugerido, e ainda, na entrevista semiestruturada realizada. A análise e a discussão tem como base, de um lado o material que compõe o referencial teórico do presente artigo, e de outro, os dados empíricos gerados a partir das ações de pesquisa desenvolvidas.

### **Instrumento 1: Análise do Filme**

A análise em tela se refere ao filme “Para sempre Alice” (categoria Drama, lançado em 2014), cuja protagonista é uma renomada professora de Harvard, casada, 50 anos de idade e mãe de 03 filhos. Tudo parece muito bem, inclusive porque Alice tem hábitos muito saudáveis, faz atividades físicas, possui alimentação equilibrada, exercendo boas práticas de autocuidado.

Em determinado momento, a protagonista começa a ter pequenos lapsos de memória, momentos em que somem algumas palavras. Assim, percebe que está se perdendo nas ruas da cidade e esquecendo palavras em momentos diversos, como em suas palestras.

Alice, que descobre ter desenvolvido a doença de Alzheimer forma precoce e com a hipótese diagnóstica confirmada, ela sente a obrigação de contar aos filhos justamente pela doença possuir traços genéticos.

A memória vai ficando cada vez mais debilitada, ela começa a se perder nos cômodos da própria casa, por um momento esquece quem são seus filhos, tem conservadas algumas memórias, inclusive porque, segundo seu neurologista, a deterioração pode ser mais grave em pessoas de nível intelectual elevado, que é o caso dela.

Alice sente perder sua própria essência, quem ela costumava ser, hoje substituída por uma situação que considera ridícula, fazendo-a crer que se tornou incapaz e que a família não a leva mais a sério. O sentimento de angústia a acompanha o tempo todo por não conseguir lembrar das coisas.

Entre os pequenos lapsos de memória e a perda do controle do corpo, Alice enfrenta ainda o afastamento do marido e a aproximação do relacionamento que tem com sua filha mais nova, que assume a função de sua cuidadora. O filme termina com Alice perdendo sua capacidade linguística.

Do ponto de vista da aproximação da temática do filme com o estudo do tema, algumas reflexões são propostas, como formas de ilustrar, em uma narrativa, o processo diagnóstico, os sintomas, a progressão neurodegenerativa da doença e os efeitos ao sujeito e ao seu núcleo familiar e social.

No filme “Para sempre Alice”, o neurologista baseou o diagnóstico da doença com evidências em resultados de exame físico, mental e exames de imagem (ressonância e tomografia) para um diagnóstico mais preciso. O neurologista, além do diagnóstico de doença de Alzheimer, e ainda indica os fatores genéticos de predisposição familiar, apontando a possibilidade dos seus filhos também terem o gene.



O filme também apresenta a evolução rápida da enfermidade, a protagonista vivencia o drama pessoal e familiar, tentando minimizar a perda de memória e capacidade cognitiva com o uso de técnicas mnemônicas, como jogos de memória e uso do aparelho de celular.

No filme, a protagonista em suas funções psíquicas, apresentava memória, raciocínio e julgamento com perdas significativas. Estava incapacitada de ficar sozinha e de trabalhar de forma eficiente (os lapsos de memória na cadeira, ministrada na universidade, resultaram em reclamações de alunos e consequente afastamento da função de professora), deixando transparecer os conflitos das relações humanas, sociais enfrentados pela protagonista.

Também na história narrada de Alice, quanto ao quadro do Alzheimer, percebe-se as consequências negativas, além do sujeito acometido, para os familiares e cuidadores. O filme traz reflexões sobre os diversos assuntos que permeiam o adoecer, em seus vários estágios, a partir da aparição dos sintomas e diagnósticos, até as fases mais avançadas da doença.

É uma narrativa interessante do ponto de vista de oferecer elementos que apoiam a compreensão da manifestação da doença de Alzheimer, desde seu diagnóstico até a evolução e manejo do paciente em estágios avançados da doença.

## **Instrumento 2: A Entrevista**

A referida entrevista foi realizada junto à cuidadora de pessoa com doença de Alzheimer. A participante/informante é filha da paciente e foi contatada por participante do grupo de estudos que elaborou o presente manuscrito, em virtude de já possuir contato com ambas. A participante/informante manifestou seu interesse em colaborar com a pesquisa, de modo voluntário, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo tratar de temas que abordassem o cotidiano da paciente e os cuidados exercidos junto à mesma.

A paciente é do sexo feminino, com sessenta e nove anos de idade, em quadro de adoecimento, com episódios de internação hospitalar para cuidados em geral, possui o quadro de demência, problemas degenerativos na coluna que causam comprometimento da mobilidade. Necessita de cuidados intensos e constantes em todas as áreas que envolvem sua integridade.

Foi diagnosticada em 2021, com quadro de demência. Em exame de imagem (ressonância magnética) a impressão diagnóstica apontou correspondência com “gliose microangiopática”, que corresponde a cicatrizes cerebrais em pontos que recebem menos oxigenação, glicose e irrigação de sangue. Trata-se de um achado relacionado ao processo neurodegenerativo. Com a análise dos elementos ambientais, ganhou reforço a hipótese diagnóstica. Desde então é cuidada e acompanhada pela família.

Em abril do corrente ano, em virtude de adoecimento foi novamente internada. Na ocasião foi atendida por médico que solicitou novos exames e o diagnóstico de demência provocada por doença neurodegenerativa foi corroborado. Nos exames de imagem foram encontrados achados correspondentes a “microangiopatia” (conforme exame anterior); “infarto lacunar subagudo”, que são pequenos infartos que afetam áreas menores e menos funcionais do cérebro, podendo causar impactos a longo prazo; “encefalomácia no lobo temporal direito”, região do tecido cerebral ou conjunto encefálico que sofreu dano; “granuloma calcificado no lobo temporal direito” que são lesões residuais que se apresentam sob a forma de nódulos calcificados. Mais uma vez, os resultados indicam a presença de quadro demencial.



Embora os exames e a história clínica da paciente seja compatível com quadro de demência por transtorno neurodegenerativo, em novo episódio de internação hospitalar a análise médica indicou a hipótese diagnóstica de Esquizofrenia. As dores das quais atualmente se queixa a paciente foram interpretadas como dor psicológica. A família questiona a hipótese médica.

Após obtenção do presente relato da situação da paciente, foi realizada a entrevista com a cuidadora da mesma (filha), na qual foram feitas perguntas sobre o processo de diagnóstico, a evolução da doença e os cuidados com a paciente.

A primeira pergunta feita à informante questionou sobre o processo de descoberta da doença.

*A descoberta da doença da minha mãe foi uma ressonância magnética que foi realizada em dezembro de 2021. Ela tentou suicídio e nós corremos com ela para o hospital, ela ficou na UTI e as pessoas começaram a achar que era uma crise de Esquizofrenia porque ela viu uma pessoa dentro de casa que mandava matar a mim e os meus filhos. Ela falava que essa pessoa era um homem vestido de calça jeans e blusa de festa junina, de quadrilha.*

A seguir, foi-lhe feita a seguinte pergunta: que sintomas ela apresentou inicialmente?

*Ela começou a apresentar esquecimento. Ela esquecia o que ela queria... guardava uma coisa depois não sabia, depois ela tomou uma birra do meu pai muito grande. Ninguém entendia isso.*

O tema seguinte abordou o avanço da doença, ao que a participante respondeu:

*Então, o avanço dela se deu depois que eu descobri um câncer, né!? Depois que eu descobri esse câncer ela começou a ter esses surtos, de dizer que tem alguém dentro de casa, que falava para ela matar, uma voz que ela escutava. Eu e meus filhos teve que esconder as facas dentro de casa, ela vivia apavorada e com muito medo. Aí nós levamos no Psiquiatra e o diagnóstico com depressão e síndrome do Pânico. E aí nessa época ela parou de dirigir, não saía mais de casa sozinha por que ela tinha medo de tudo e todos. E nós começamos a achar que poderia ser uma depressão sim, por conta da pandemia e tudo. Aí quando foi depois dessa internação por suicídio foi feita uma ressonância magnética, teste do relógio, pediram para a gente procurar um Neuro, nós fomos em vários Neuros, só que até hoje não foi diagnosticado qual demência ela tem. Uns falam que é só Alzheimer, outros que é dois tipos de demência, por isso a rapidez da evolução, mas não conseguem explicar a causa da rapidez. Ela se acamou, depois que ela entrou no hospital em junho de 2023 com uma infecção de urina e saiu de lá sem firmar o tronco e de lá para cá ela tem repetidas infecções de urina e cada vez que ela vai, retorna com alguma lesão, alguma piora, lesão não, alguma piora no quadro dela.*

A próxima pergunta feita à informante questionou o seguinte: Qual é a rotina de cuidados?

*A rotina com os cuidados é com relação a pele, né?! A gente tenta fazer aquela mudança de posição, a cada duas horas, mas ela já tá na época que ela tem uma posição de conforto. A gente muda e ela volta de novo. Ela só fica na posição que a gente coloca quando ela está assim, dopada dos remédios que eram passados para ela no cuidado paliativo que hoje já mudou muita coisa, já mudou alguns remédios. Ela chegou a tomar oito remédios de uma vez, né?! Com relação à pele a gente hidrata muito com hidratante, tem um creme chamado Cavilon que é passado para aplicar como se fosse uma película na pele que não deixa abrir feridas. Com relação*



*à comida, em agosto do ano passado ela colocou a GTT por que ela tava tendo inúmeras repetições de broncoaspiração. Ela tem uma dieta que é ofertada a ela a cada três horas e depois é ofertada a água, após essa dieta. São cinco dietas-dia. Então nós começamos às sete da manhã, aí vindo de três em três horas, colocando na sonda pra que ela possa se alimentar e hidratar. O banho é... quando ela está no hospital com algum tipo de infecção eles dão no leito e em casa nós damos o banho na cadeira, como ela não tem controle do tronco, a gente tem que estar segurando o tronco e colocando na cadeira e tem que ser um banho muito rápido, porque ela já está com a coluna em estado degenerativo, então ela não aguenta ficar muito tempo sentada. Ela tem uma escara na orelha esquerda por conta que ela só fica numa posição, virada para o lado esquerdo e ela sempre arranca a casquinha da escara. Quando ela está sentindo algum tipo de dor ou ela tá com alguma ansiedade, aí ela coloca a mão na orelha e arranca essa casquinha, aí nunca cura.*

A questão final se voltou ao tema da nova hipótese diagnóstica da paciente, e ainda, qual a justificativa médica para o questionamento do diagnóstico atual.

*Nós tivemos uma hipótese diagnosticada dela recentemente, de que ela, de janeiro para cá, de que ela teria duas demências: a vascular, porque ela teve alguns AVCs e a gente nem sabia, foi depois de exames, AVCs pequenos e o Alzheimer. Então a progressão rápida da doença se dá pra ela ter duas demências ao mesmo tempo.*

*Alguns médicos acham que pode ter sido por conta de uma cirurgia que ela fez em 2016, que ela tinha uma hérnia no hiato e aí quando o médico tirou essa hérnia e foi costurar o esôfago no canal deu um nó e ela parou de conseguir se alimentar. O médico na época justificava que ela tinha depressão e por isso ela não conseguia comer. Nós fomos com ela em todos os Gastros possíveis, por que ela passou de sessenta para quarenta e quatro quilos. Então depois dessa cirurgia minha mãe passou a ter osteoporose, a minha mãe começou a ter vários problemas com relação à falta de vitaminas, porque ela não conseguia se alimentar. Então os médicos acham que por conta de ter faltado a vitamina D12 no cérebro começou a dar essa questão da, do encurtamento do cérebro e aí só veio a piorar e com a questão dela estar tendo alguns AVCs, isso veio piorando também a situação. Isso é o que eles justificam.*

A realização da entrevista trouxe consigo a possibilidade de contextualizar a doença de Alzheimer no cotidiano de sujeito acometido, e ainda, do ponto de vista do cuidador. Foram trazidas importantes informações que tomamos a liberdade de sintetizar a partir das problematizações a seguir.

As indefinições no processo de diagnóstico e aparecimento dos primeiros sintomas apontam para a necessidade de uma avaliação pormenorizada, com o uso dos diversos instrumentos de avaliação disponíveis, de modo a promover o tratamento mais cedo (Hutz et al, 2016).

O efeito dos eventos ambientais que envolvem o sujeitos podem ser potencializadores dos sintomas, corroborando com a definição de que não é possível identificar causas exclusivas para o aparecimento da doença, mas sim que causas multifatoriais estão envolvidas no processo, dentre elas, as que afetam o equilíbrio psíquico do sujeito (Hutz et al, 2016).

A reflexão seguinte aponta para os cuidados com o diagnóstico, uma vez que, muitas vezes não se consegue definir com exatidão o quadro do paciente, pela gama de sintomas e sinais que são semelhantes em diversas situações etiológicas referentes às demências. Reforça-se assim, a relevância de uma avaliação clínica ampla, fazendo uso de



instrumentos para a avaliação de cada uma das funções cognitivas, de acordo com a suspeita do transtorno neurocognitivo, a fim de testar novas concepções diagnósticas, mais adequadas ao quadro individual apresentado pelo sujeito (Hutz et al, 2016).

Sobre a possibilidade do acometimento de dois quadros demenciais no sujeito, é possível afirmar que pode ocorrer a “demência mista, com a ocorrência de duas ou mais causas para o declínio cognitivo e demência” (Dalgalarrodo, 2019, p. 451).

Emerge a questão que remete à importância dos cuidados, compreensão familiar, acompanhamento constante, suporte médico e respeito à condição do sujeito, que se personifica na figura do cuidador informante que se dedica ao paciente e lhe oferece, além do cuidado, o suporte afetivo (Hutz et al, 2016).

Por fim, a busca pela identificação de fatores internos que possam gerar o processo de adoecimento, embora seja necessário considerar que não há clareza sobre fatores causais, que respondam ao seguinte questionamento: “foi o declínio funcional que potencializou o declínio das funções cognitivas ou foi o déficit cognitivo que acelerou o declínio da funcionalidade em idosos?” (Fellipe et al, 2014, p.45).

A investigação clínica e a avaliação neuropsicológica dos transtornos neurocognitivos é essencial para a composição de um diagnóstico adequado, que possa auxiliar no tratamento, manejo da doença e qualidade de vida do paciente, que tende a ser afetada (Fellipe et al, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto o filme “Para sempre Alice”, como o material de pesquisa e a entrevista realizada, trazem questões importantes sobre a doença de Alzheimer, sendo esta, uma atrofia cortical difusa, em que as funções executivas, que atuam no funcionamento cognitivo global e nas atividades diárias dos idosos, sofrem graves alterações neurocognitivas, tanto do comportamento, como das atividades de vida diária, impactando a noção de qualidade de vida.

Pacientes com alterações neurocognitivas apresentam as funções executivas em declínio, assim como as atividades cognitivas complexas, associadas ao comportamento, que podem envolver a resolução de problemas, o planejamento, o julgamento, o raciocínio e a memória prospectiva, bem como a linguagem, entre outras funções cognitivas.

Profissionais e psicólogos, devem avaliar e analisar o quanto a queixa trazida pelo paciente e familiares impactam a vida do sujeito, assim como sua independência funcional na rotina. Para isso, faz-se importante uma avaliação com instrumentos precisos. Em uma avaliação neuropsicológica voltada ao diagnóstico de transtorno neurocognitivo, tanto a entrevista clínica, como a utilização de instrumentos referendados, é importante para o diagnóstico final.

Portanto, utiliza-se entre outras medidas, instrumentos padronizados que avaliam as funções executivas, instrumentos desempenham papel fundamental no diagnóstico diferencial entre envelhecimento normal e doenças neurodegenerativas, que são complementares entre si com outros elementos do processo de investigação diagnóstica.

Isso é corroborado, principalmente, pelo fato de que nos estágios iniciais das doenças o exame de neuroimagem não possibilita a identificação de achados significativos, emergindo a importância dos testes e instrumentos avaliativos, bem como da entrevista clínica para a criação de uma avaliação ampla e pormenorizada.

Por fim, é importante que haja investimentos em pesquisas futuras que possibilite um tratamento eficaz ou que diminuam os sintomas da doença de Alzheimer e investiguem de maneira sistemática a heterogeneidade dos déficits cognitivos e das



funções executivas que tanto impactam os pacientes acometidos por tais transtornos, buscando alternativas diagnósticas e prognósticas significativas e adequadas.

## REFERÊNCIAS

- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- FELIPPE, Lilian Assunção; OLIVEIRA, Renata Terra de; GARCIA, Milena; SILVA-HAMU, Tânia Cristina da Silva; SANTOS, Suhala Mahmoud Smali; CHRISTOFOLETTI, Gustavo. **Funções Executivas, atividades da vida diária e habilidade motora de idosos com doença neurodegenerativa**. J Bras Psiquiatric. 2014; 63 (1): 39-47. Publicado em jan.2014.
- FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HUTZ, Claudio Simon; BANDEIRA, Denise Ruschel; TRENTINI, Clarissa Marcelli; KRUG, Jefferson Silva (Orgs.). **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- REY, González. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: CENCAGE Learning, 2011.