

LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA: REABILITAÇÃO COGNITIVA EM TERAPIA OCUPACIONAL¹

ACQUIRED BRAIN INJURY: COGNITIVE REHABILITATION ON OCCUPATIONAL THERAPY

FONTOURA, Évelin Freitas da²; TRINDADE, Michele Neves Pinto³

¹ *Artigo referente à disciplina de Trabalho Final de Graduação II.*

² *Discente do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano, Santa Maria/RS.*

³ *Terapeuta Ocupacional, docente do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano, Santa Maria/RS.*

Título Abreviado: Reabilitação Cognitiva em Terapia Ocupacional

Resumo

A Lesão Encefálica Adquirida (LEA) pode comprometer de diversas maneiras o desempenho ocupacional do sujeito, em nível físico, cognitivo e mental. Entre as principais LEA está o Acidente Vascular Encefálico (AVE), temática levantada no artigo em questão, como método de estudo de caso. Há uma carência de estudos acerca do AVE correlacionado aos déficits cognitivos, principalmente quando detêm-se na ênfase: Reabilitação Cognitiva em Terapia Ocupacional. Por intermédio da aplicabilidade deste estudo de caso, pretendeu-se elucidar a repercussão no desempenho ocupacional após um Programa de Reabilitação Cognitiva (PRC) em indivíduo com LEA. Como método avaliativo para verificar possíveis mudanças cognitivas e funcionais, aplicou-se ao início e ao final das intervenções, a versão no português brasileiro da Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR). O Programa de Reabilitação Cognitiva ocorreu em dezesseis intervenções, no período de dois meses, em *setting* domiciliar. Os dados tabulados em programa específico de computador SAS, para a escala em questão, apresentaram modificação no algoritmo CDR após Programa de Reabilitação Cognitiva.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Encefálico, Cognição, Terapia Ocupacional.

Abstract:

The Acquired Brain Injury (ABI) may compromise in diverse manners at the subject's occupational performance, at the physical, cognitive and mental levels. Between the main important ABI there is the Cerebral Vascular Accident (CVA), which is the thematic that will be treated in this article, through the case study method. There is a shortage about the studies of CVA correlated to the cognitive deficits, especially when you hold the emphasis on: cognitive rehabilitation on Occupational Therapy. By means of applicability of this case study method, it was intended to elucidate the repercussion of the occupational performance after a cognitive rehabilitation program through Occupational Therapy in people with ABI. As an evaluation method to check possible variations at the cognitive and functional levels, it was applied to the beginning of the interventions and the end thereof, the Clinical Dementia Rating (CDR) in its Brazilian Portuguese version. The cognitive rehabilitation program occurred in sixteen interventions, at the period of two months, under home setting. The tabulated data placed in a specific computer program SAS, to the scale in question, submitted a modification in the algorithm CDR thereupon the cognitive rehabilitation program.

Keywords: Cerebral Vascular Accident, Cognition, Occupational Therapy.

Introdução

Para que a funcionalidade no cotidiano do ser humano se estabeleça de forma plena é necessário um conjunto de sistemas íntegros. Levando em conta esta questão o profissional de Terapia Ocupacional elabora suas intervenções a partir de uma visão integral do sujeito. O Terapeuta Ocupacional efetiva uma análise detalhada dos componentes e habilidades necessárias para a realização das diversas ações que constituem o cotidiano. Essas habilidades requeridas integram-se, viabilizando uma funcionalidade satisfatória (Atwal, McIntyre, 2007). Buscou-se, por meio de um estudo

de caso, discutir as implicações na funcionalidade devido a déficits cognitivos em paciente com Lesão Encefálica Adquirida (LEA).

De acordo com a classificação de Andrade, Carleto, Cruz, Silva, Souza (2010,p.64), o desempenho ocupacional é categorizado em áreas de ocupação: “atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social.” Todas estas áreas compõem o cotidiano do ser humano, seus distintos papéis e a partir delas que as ações são desenvolvidas. Necessita-se de uma saúde plena para que as atividades sejam desempenhadas de maneira satisfatória.

Os autores supracitados comentam ainda que o engajamento ocupacional adequado para todas estas áreas é composto por um conjunto de habilidades que relacionam-se na ação: “habilidades práxica e motora, habilidades percepto-sensoriais, habilidades de regulação emocional, habilidades cognitivas, habilidades sociais e de comunicação (2010, p.75)”. Quando ocorre um déficit em alguma destas habilidades, todo o sistema funcional e orgânico pode ser afetado, implicando em um desequilíbrio do desempenho ocupacional (Côrrea, et al, 2012). A pesquisa visou aprofundar a importância das habilidades cognitivas no desenvolvimento das ações, sob uma perspectiva da Terapia Ocupacional. Apesar disto, é importante frisar que a Reabilitação Cognitiva é uma área interdisciplinar em saúde, em que diversos profissionais de acordo com suas especificidades e objetivos intervêm (Assis, 2013).

A Lesão Encefálica Adquirida (LEA) é um dos fatores que pode trazer prejuízos as habilidades cognitivas, sendo essa demanda estudada. Pacientes com LEA tem um prognóstico subjetivo pois está correlacionado a complexa gama de fatores que compõe o sujeito. As disfunções encontradas por estas pessoas são físicas, cognitivas, sensoriais,

emocionais e perceptivas, atuando como fatores impeditivos e/ou limitantes de uma funcionalidade adequada (Carvalho; Relvas; Rosa, 2008).

A elaboração, planejamento e execução das atividades nas variadas áreas do desempenho dependem constantemente das habilidades cognitivas. Conforme Ortiz (2005) o desenvolvimento de papéis ocupacionais bem como ações na sociedade, estão intimamente ligadas com a capacidade cognitiva e conseqüentemente comportamental do sujeito, as sequelas cognitivas podem afetar mais a independência do que até mesmo as sequelas motoras. Déficits cognitivos podem implicar num desenvolvimento insatisfatório das diversas áreas de ocupação humana, levando em conta as necessidades levantadas, variadas formas de tratamento visam amenizar estas sequelas, entre elas pode-se citar a Reabilitação Cognitiva (Haase, Lacerda, 2004).

A Reabilitação Cognitiva em Terapia Ocupacional tem como objetivo primordial o aprimoramento das capacidades de lidar com os diferentes estímulos externos e internos vivenciados no cotidiano, buscando uma resposta mais adequada e independente nas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Estimula-se uma consciência das habilidades e potenciais individuais do paciente, das percepções exigidas em cada atividade, elaborando da melhor forma possível estas ações (Katz, 2014).

A elaboração deste estudo justifica-se devido ao aumento de casos notificados no Brasil da população a ser estudada e ao interesse em contribuir para um avanço dos estudos de intervenções na área. Na busca de referencial sobre o assunto, notou-se que dentre as várias etiologias de patologias que afetam o prejuízo cognitivo, a doença de Alzheimer predominou nos resultados encontrados. Isso pode ser explicado devido a esta ser a mais frequente manifestação da demência em idosos (Ribeiro, 2010). Em contrapartida, esses achados mostram que há uma carência de estudos acerca de outras

moléstias correlacionadas aos déficits cognitivos como a Lesão Encefálica Adquirida (LEA).

É necessário um engajamento técnico-científico maior dos profissionais de Terapia Ocupacional, respectivo a influência das deficiências cognitivas no desempenho ocupacional, de modo a aprofundar-se mais nessa área que possui critérios elegíveis de intervenção (Katz, 2014).

Por intermédio da aplicabilidade deste estudo de caso, pretendeu-se elucidar sobre a repercussão no desempenho ocupacional após um PRC em Terapia Ocupacional em pessoa com LEA. E mensurar o grau de desempenho ocupacional e de habilidades cognitivas, delineando também sobre a intervenção terapêutica para otimização da funcionalidade nas áreas de ocupação afetadas e posteriormente a avaliação da resposta cognitiva relativa aos déficits apresentados.

Metodologia

Como modalidade de pesquisa aplicada no presente trabalho, utilizou-se um estudo de caso único. O estudo de caso instrumental embasa teorias a respeito de uma temática, por meio de um elemento de referência, fornecendo subsídios para conceitos ampliados através da percepção de um sujeito alvo (Mazzoti, 2006). De origem instrumental, natureza mista, qualitativa pela escolha do método de estudo de caso, quantitativa pelo instrumento de coleta e análise de dados. Empregou-se com estratégia de pesquisa um caráter exploratório e experimental.

O local de desenvolvimento do presente trabalho final de graduação deu-se em um bairro na região norte de Santa Maria – RS. O rastreamento do caso em questão ocorreu através dos agentes de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência na região escolhida, que selecionou usuários do serviço que se enquadrassem nos critérios de inclusão e exclusão. Dois usuários da UBS foram levantados, no entanto somente um se

encaixou nos critérios apontados previamente. Os critérios de inclusão foram: a constatação de lesão estabelecida através de laudo médico e/ou diagnóstico registrado em prontuário, sujeito na faixa etária entre 25 e 65 anos, de ambos os gêneros, apresentar nível cognitivo que permita a compreensão das instruções do programa de reabilitação, que consentissem em participar da pesquisa, apresentando após primeira avaliação comprometimento em seu desempenho ocupacional e habilidades cognitivas. Como critérios de exclusão, sujeitos que apresentassem afasia completa, comprometimento motor grave; cegueira; história pregressa de patologias que possam haver comprometido cognitivo registradas em prontuário e/ou auto referida.

O sujeito alvo do presente projeto de pesquisa, trata-se de um participante, sexo masculino, com comprometimentos cognitivos (síndrome demencial), diagnóstico clínico de lesão encefálica adquirida não progressiva, acidente vascular encefálico hemorrágico. As intervenções deram início após parecer circunstanciado, de número CAEE38930714.9.0000.5306, pelo Comitê de Ética em Pesquisa no Centro Universitário Franciscano e pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde (NEPS) da prefeitura da cidade supracitada. Na primeira visita domiciliar explicou-se a pesquisa e após aceite pactuou-se por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com duas cópias para o participante e uma para a pesquisadora em questão. Foi assinado também o Termo de Confidencialidade, garantindo o sigilo do participante do estudo. O PRC ocorreu duas vezes por semana, utilizando como *setting* terapêutico o domicílio do sujeito alvo, durante dois meses, no período de fevereiro a abril de 2015, totalizando dezesseis intervenções. As intervenções basearam-se em duas abordagens, interligando estímulos cognitivos e habilitação funcional, de modo a incentivá-lo e habilitá-lo em sua participação ocupacional. Para preservar a identidade do participante, criou-se um nome fictício “Antônio” para mencioná-lo.

As intervenções foram acompanhadas e supervisionadas pela Terapeuta Ocupacional e pesquisadora responsável, que realizou um acompanhamento contínuo dos atendimentos. Como método de coleta de dados, aplicou-se ao início e ao final das intervenções, a versão no português brasileiro da Escala de Avaliação Clínica da Demência. Sendo desenvolvida por Hughes e col. em 1982, e validada no Brasil por MONTAÑO e RAMOS em 2005 (Apóstolo, 2012). Realizou-se capacitação para aplicação da escala através de um treinamento online da Universidade de Washington em St. Louis (Faculdade de Medicina da Universidade de Washington OWA, 2011). Os dados foram colhidos utilizando os critérios avaliativos da *Clinical Dementia Rating*(CDR) ao sujeito alvo da pesquisa e de uma pessoa próxima ao sujeito do estudo de caso, sua esposa. A coleta dos dados foi registrada e documentada na avaliação em questão, mediante o indicado em própria avaliação, atribuí-se valores correspondentes as respostas mencionadas em cada questão, e analisadas de acordo com o maior número de respostas semelhantes em cada categoria. Para garantir a neutralidade dos dados um outro examinador devidamente treinado aplicou a escala.

A Escala de avaliação clínica da demência, trata-se de uma avaliação semiestruturada. A CDR é uma avaliação cognitiva e comportamental, que abrange os aspectos de autonomia e capacidade em desempenhar ações do cotidiano (Montaño; Ramos, 2005).

Os dados quantitativos coletados na aplicação da Escala de avaliação clínica da demência, nos dois momentos, pré e pós intervenção foram tabulados manualmente no *software excel*, calculados e analisados, apresentados em gráficos. Utilizou-se também para definir o escore global da escala CDR um programa de computador SAS (*software de análise*) que retorna o CDR global baseada na Universidade de Washington, os dados quantitativos foram submetidos ao algoritmo disponível no site (Faculdade de Medicina

da Universidade de Washington OWA,2011). Os demais dados qualitativos contidos na avaliação, tais como data de nascimento, trabalho, serviram como coleta de dados, para a construção do estudo de caso e delineamento das intervenções.

Estudo de caso:

Antônio, 61 anos, atualmente reside somente com sua esposa, possui três filhos, uma mulher e dois homens, e três netos. Aposentado por invalidez após AVE, estudou até o terceiro ano do ensino fundamental, em seu histórico ocupacional teve distintos cargos, tais como cobrador de ônibus e vendedor, sendo seu último emprego como vendedor autônomo de produtos alimentícios. Apresenta lesão encefálica adquirida em hemisfério esquerdo, devido a um Acidente Vascular Encefálico hemorrágico, ocorrido a aproximadamente seis anos, chegou a ficar em coma por alguns dias em unidade de terapia intensiva de outra cidade onde estava trabalhando. Não realiza outros tipos de tratamento, exceto o uso de medicamentos, sendo o seu acesso a saúde ligado a UBS local, onde não realiza consulta periódicas, fazia uso de medicações para hipertensão e anticonvulsivantes, não revisadas até as intervenções efetivadas com Antônio. Posteriormente articulou-se com a UBS de referência e foram ajustados seus medicamentos em consulta médica. Como sequelas decorrentes do AVE teve perda de visão em olho esquerdo e comprometimento de habilidades cognitivas de memória recente, linguagem (afasia anômica). Seu desempenho ocupacional conseqüentemente modificou-se afetando as áreas de participação social e de lazer, o que se dá também devido a dificuldade de expressão e elaboração de seus pensamentos. Demonstrou prejuízos também em atividades instrumentais de vida diária tais como gerenciamento e manutenção da saúde, gerenciamento de comunicação, mobilidade na comunidade (usar transporte público), fazer compras (preparar lista de compras; selecionar, adquirir e transportar itens), pois em alguns momentos não encontrava recursos cognitivos para

desempenhar algumas destas ações como por exemplo, recordar-se o nome de ruas da cidade e o transporte correto para se deslocar. Diante das necessidades levantadas através de avaliação terapêutica e o apontado pela Escala de avaliação clínica da demência traçou um Programa de Reabilitação Cognitiva com ênfase nestes quesitos.

Resultados

Para mensurar o efeito da intervenção terapêutica ocupacional no Estudo de Caso em questão foi aplicada a Escala Clínica da Demência, utilizando-a não apenas com a finalidade de critério diagnóstico, mas sim de modo a identificar a repercussão nas habilidades cognitivas e funcionais perante um caso de LEA e posteriormente a um Programa de Reabilitação Cognitiva. Os resultados basearam-se na avaliação da Escala Clínica da demência pré intervenção cognitiva e após. Considerando que quanto menor o score, melhores são os resultados cognitivos e funcionais que variam de (2) a (0), em respostas apontadas tais como: muito prejuízo, pouco prejuízo, entre outros.

Como recomendado em avaliação, atribui-se valores correspondentes as respostas mencionadas. Posteriormente foi analisado o maior número apontado de acordo com cada categoria, tanto da percepção do cuidador quanto da resposta cognitiva do participante da pesquisa. A análise foi delineada após o conteúdo manifesto e categorizadas em concordância com as perguntas explicitadas na escala. Baseou-se nas respostas referidas pela esposa de Antônio e também pelo teste cognitivo do paciente.

(Inserir Figura 1)

A escala divide-se em seis categorias, elencadas no presente artigo. Conforme apontado na figura 1, a primeira categoria avaliada é a Memória, classificada na escala como categoria primária (CP), as demais são selecionadas como categorias secundárias (CS).

Inicialmente, Antônio apresentou memória (2), tendo seu escore graduado em (1) após PRC. Quanto a percepção da familiar, apontou melhorias em memória recente e mnemônica. Em teste cognitivo com o paciente, evocou maior número de palavras que na primeira avaliação, aumentando de 9 palavras recordadas para 12, manteve o mesmo desempenho anterior relativo a memória retrógrada. Esta função cognitiva foi estimulada ao longo das dezesseis intervenções, ao passo que pode ser confundido déficit de memória devido a sua afasia, seu discurso demonstra-se por vezes desorganizado e com dificuldade de nomear objetos. Numa avaliação social pode ser entendida como perda de memória.

A percepção do familiar a respeito da orientação, correspondente a segunda categoria, era inferior a resposta cognitiva real do paciente, porém, na escala pré intervenção não sabia mencionar o dia e o horário correto. De orientação (1) diminui seu escore para (0,5) em segundo teste cognitivo, no qual Antônio apresentou resultado satisfatório em todos os questionamentos de localização. A percepção da familiar quanto a frequência com que seu esposo está orientado, modificou-se em quase todos itens pesquisados, de “raramente” para “alguma vezes e/ou geralmente” pós PRC. Utilizou-se de recursos externos como calendário e agenda/calendário para auxiliar na orientação temporal e organização da rotina. Para a orientação espacial também se defrontava com dificuldades devido a afasia, quanto a nome de ruas e de transporte, itens trabalhados através de associação de imagens, categorização, rastreio e nomeação.

Quanto ao julgamento e solução de problemas manteve o mesmo escore (1), não tendo sido o enfoque das intervenções devido a necessidade de um programa de Reabilitação Cognitiva pontual e persistente para o alcance dos resultados. Portanto, deteve-se em habilidades cognitivas mais prejudicadas. Neste critério a familiar apontou comportamento mais adequado quanto a interação social em segunda avaliação. No item da escala relativa a cálculo, demonstrou maior dificuldade na avaliação posterior, ainda

que este tenha sido um item abordado durante as intervenções. Quando enfatizou-se treino de AIVD, simulou-se compras de supermercado e pagamento de contas, por exemplo. Além disso costuma lidar com o dinheiro em seu repertório ocupacional.

Assuntos comunitários e Ócio abrangem a participação social e de lazer relativa ao desempenho ocupacional, como explicitado na escala o nível de interesse em pessoas com CDR (2) nestes itens pode estar diminuído, como foi o caso de Antônio pré intervenção, bem como sua autonomia. Como apontado no gráfico, o escore diminuiu para (0,5) após o Programa de Reabilitação Cognitiva, isso pode se justificar também devido à ênfase dada para a afasia e localização temporo-espacial, questões estas relevantes para o desempenho destas ações. Além do incentivo de recursos externos como agenda e exercícios para função executiva na busca de melhor elaboração no desempenho destas atividades.

Incentivou-se o uso das habilidades remanescentes e utilização de estratégias compensatórias. Demonstrou interesse em aprender coisas novas principalmente ligadas à tecnologia, para tanto constituiu-se um jogo com recurso computacional para que o paciente reproduzisse ações de seu cotidiano, AIVDs (compras no supermercado, transporte, etc) em que o participante interagiu com os demais integrantes da família também incluídos, e foi possível abordar a nomeação dos familiares, pois tinha dificuldade em nomear os netos, genros e noras.

O quesito cuidados pessoais, o último item da escala, foi avaliado somente pela percepção do familiar. Compreendido no desempenho ocupacional como atividades de vida diária, nesta questão sua esposa pontuou a desorganização de Antônio ao se alimentar e a necessidade de incentivo em alguns hábitos de auto cuidado e higiene na primeira avaliação. Posteriormente, percebeu seu esposo mais engajado nestas atividades.

Passando da classificação (1) para (0), onde quanto maior escore, maior o nível de dependência do indivíduo.

(Inserir Figura 2)

Os dados tabulados em programa específico de computador SAS, para a escala em questão, apresentaram modificação no algoritmo CDR final após programa de Reabilitação Cognitiva. Na pré intervenção apresentou Demência leve CDR (1) e posteriormente Demência questionável CDR (0,5), ilustrado na figura 2. Conforme a classificação da própria escala abaixo (Figura 3).

(Inserir Figura 3)

Discussão

A partir do que foi exposto, discute-se a importância de uma avaliação cognitiva, bem como da atenção aos aspectos cognitivos e funcionais em indivíduos que sofreram algum tipo de LEA, critérios importantes a serem observados, pois são quesitos de grande relevância para a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Existem alguns fatores influenciadores de déficits cognitivos, além da própria demência que pode estar instalada devido a uma doença crônica degenerativa e/ou uma LEA, o nível de escolaridade, faixa etária, comorbidades e/ou outras patologias que afetem a condição cerebral, bem como as fontes de estímulos cognitivos fornecidos ao cérebro apresentam relação na resposta intelectual a ser desenvolvida (Barros; Oliveira; Souza, 2008). Quesitos estes que devem ser levados em conta na efetivação de intervenções com este público.

A etiologia das disfunções cognitivas apresentadas pelo estudo de caso em questão ocorreram devido a um AVE, seu desempenho ocupacional e cognitivo anterior a este evento se encontrava inalterado. Cavalcanti; Charles; Engelhardt; Moreira; Okamoto; Torcquer, (2011) pontuam sobre a alta taxa de comprometimento cognitivo, demência

vascular, em sujeitos após um ictus vascular (AVE). Sendo o declínio funcional estabelecido diante das complicações causadas por este evento, que vão caracterizar-se conforme a extensão da lesão e a recuperação neurológica. Também enfatiza-se a relevância de uma avaliação criteriosa para um tratamento específico para essa população, a CDR é citada entre as avaliações na qual conforme o autor pode ser utilizada sistematicamente, de maneira seriada, para acompanhamento da gravidade atual e posterior.

Os dados de Ferroa; Lins; Trindade (2013) corroboram com a importância de avaliar os aspectos cognitivos em indivíduos que sofreram um AVE, e ainda apontam a necessidade dos profissionais apoderar-se deste critério, em que a maioria dos sujeitos pesquisados que apresentavam algum tipo de déficit cognitivo não tinha sido avaliado cognitivamente em sua pesquisa.

Sendo a Escala Clínica da Demência utilizada no presente estudo, devido a amplitude de itens avaliados e sua credibilidade “há de se considerar também o alto índice de confiabilidade trazido pela CDR, apontado como padrão ouro de avaliação (Montaño; Ramos, 2005)” em contrapartida Barros; Oliveira; Souza, (2008), destacam também que a utilização da escala clínica da demência tem como ponto positivo a abrangência de informações, destacando porém, certo grau de subjetividade contida nesta avaliação devido aos escores se basearem também na percepção pessoal do familiar.

A CDR abrange variados domínios que se categorizam em seis itens: Memória, Orientação, Julgamento e Solução de Problema, Assuntos Comunitários, Ócio e Cuidados Pessoais. Quesitos como memória, comunicação, orientação temporal e espacial, solução de problemas, são habilidades cognitivas essenciais, distúrbios desta ordem afetam diretamente a funcionalidade tornando-a insatisfatória (Ferroa; Lins; Trindade, 2013).

No estudo de, Arantes; Da Silva; Guimarães; Pereira; Satler; Veloso; (2011) constatou-se através do relato dos familiares o impacto que a Reabilitação Cognitiva proporcionou nas relações familiares. A partir da melhor compreensão da patologia e de seu impacto no comportamento do familiar, bem como uma percepção de melhoria no desempenho cognitivo (orientação, auto percepção, memória) dos idosos. Esta otimização da visão do familiar cuidador, perante ao desempenho de Antônio, também foi possível ser identificada no estudo em questão.

Torna-se importante também dialogar sobre a importância de prevenção em saúde, e de como a participação ocupacional está interligada com a qualidade de vida e desempenho satisfatório das pessoas. A pesquisa feita por Rienzo (2009) identificou associações relevantes entre a participação em atividades e os aspectos cognitivos, o engajamento em atividades de lazer, além de preservar as habilidades cognitivas pode atuar de maneira preventiva de demências e comprometimentos cognitivos leves.

Dos Santos; Ferroa; Trindade, (2013) levantam a respeito das contribuições dos profissionais de Terapia Ocupacional com ênfase em Reabilitação Cognitiva; Intervenções terapêuticas ocupacionais auxiliam no desempenho de tarefas que fazem parte do repertório ocupacional de pessoas acometidas por um AVE, em que possibilita uma maior independência. O que só vem a ratificar os objetivos traçados nesta pesquisa.

Considerações Finais

As complicações decorrentes de uma Lesão Encefálica Adquirida(LEA) tornam o desempenho ocupacional do sujeito acometido modificado, habilidades podem ser mantidas e déficit podem ser instalados, o sujeito necessitará ajustar-se à sua nova condição. O Terapeuta Ocupacional tem muito a contribuir neste processo de readaptação, de forma a favorecer o maior nível de funcionalidade em atividades significativas de seu repertório ocupacional. Apesar da LEA não caracterizar-se pela

progressão dos declínios cognitivos, a falta de um repertório ocupacional que favoreça o estímulo cognitivo associado ao processo natural de envelhecimento, podem agravar ainda mais um processo demencial.

A avaliação CDR permitiu a análise de diversos domínios cognitivos que devem ser avaliados e preconizados no tratamento destas pessoas. Ao verificar a gravidade do quadro de demência, bem como os componentes de capacidade funcional. Pois ainda que os demais sistemas e habilidades estejam preservados é de extrema importância os aspectos cognitivos no aprendizado, desenvolvimento e das ações cotidianas.

Conforme disposto anteriormente os escores da escala melhoraram após a intervenção. A consciência de Antônio referente as suas dificuldades torna mais fácil a adesão ao tratamento diante deste julgamento. Demonstrando os possíveis benefícios que os pacientes podem desenvolver seja quanto suas habilidades cognitivas bem como seu desempenho ocupacional, por meio de estímulos cognitivos específicos às necessidades apontadas em avaliação. Estudos mais abrangentes com um número de contingente maior poderá proporcionar dados mais precisos a esta população.

Referências Bibliográficas:

ANDRADE, V.S, CARLETO, D.G.S, SILVA, M, SOUZA, A.C, CRUZ, D.M.C. A (2010) Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo 2º ed. **Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext.** Uberaba – MG, v.3. n.2, p. 57-147.

ASSIS, P.O. **Caracterização das oficinas de estimulação cognitiva existentes no Distrito Federal** – Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2013

APÓSTOLO, J. L. A. (2011) – Adaptation into European Portuguese of the Geriatric Depression Scale (GDS-15). In Suplemento à Revista de Enfermagem Referência 2011 – Actas da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem da ALADEF, Coimbra.

.ATWAL.A, MCLNTYRE.A. **Terapia Ocupacional e a Terceira Idade.** Editora Santos, 2007.

CARVALHO, T.B, RELVAS, P.C.A, ROSA, S.F. (2008) Instrumentos de avaliação da função motora para indivíduos com lesão encefálica adquirida. **RevNeurocienc**;16/2: 137-143.

CÔRREA, JACINTO, LIMA, LORENZETTI, MARQUES, NETTO, VALARETTO. **Revista Inspirar-movimento & saúde.** Volume 4 • Número 20 • setembro/outubro de 2012.

ARANTES, A, DA-SILVA, S. L, GUIMARÃES, R.M, PEREIRA, D. A, SATLER, C. E., VELOSO, F. (2011) Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos. *Estudos de Psicologia Campinas*28(2)229-240.

CAVALCANTI, J.L.S, CHARLES, A, ENGELHARDT, E, MOREIRA. D, TORCQUER, C. M, OKAMOTO, I.H. (2011) Demência vascular Critérios diagnósticos e exames complementares. **DementNeuropsychol**;5(Suppl 1):49-77.

DOS SANTOS, A. E. L, FERROA, A. O, TRINDADE, E. (2013) Comprometimento cognitivo e funcional em pacientes acometidos de acidente vascular encefálico: Importância da avaliação cognitiva para intervenção na Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 521-527

KATZ, N. Neurociência, **Reabilitação Cognitiva e Modelos de INTERVENÇÃO em Terapia Ocupacional** - 3º ed.- São Paulo: Santos, 2014

MAZZOTI. (2006) Usos e abusos dos estudo de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651.

HAASE V.G, LACERDA S.S. Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. **Temas em Psicologia da SBP**—2004, Vol. 12, no 1, 28–42

MONTAÑO.M.M; RAMOS.L.R. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. (2005) **Rev Saúde Pública**;39 (6): 912-7.

Faculdade de Medicina da Universidade de Washington. (2011) Clinical Dementia Rating On-line Training System. St. Louis, Missouri, USA. Disponível em: <http://alzheimer.wustl.edu/cdr/pdfs/CDRTrainingFlyer.pdf>

Faculdade de Medicina da Universidade de Washington. (2011) Mundial Clinical Dementia Rating (CDR) Com base no CDR Box Scores St. Louis, Missouri, USA Disponível em: <http://knightadrc.wustl.edu/cdr/downloadselectionpage.htm>

BARROS, A.L.S, OLIVEIRA, K.C.V, SOUZA, G.F.M. (2008) Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Clinical Dementia Rating (CDR) em idosos com Doença de Alzheimer. **RevNeurocienc**;16/2:101-106.

ORTIZ, K.Z. **Distúrbios Neurológicos Adquiridos linguagem e cognição**. Barueri, SP: Manole, 2005.

RIBEIRO, C.F. (2010) Doença de Alzheimer: A principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores. Belo Horizonte- MG. (Dissertação Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 60f.

RIENZO, D.V. (2009) Participação em atividades e funcionamento cognitivo: estudo de coorte com idosos residentes em área de baixa renda no município de São Paulo – São Paulo, Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Figura 1. Gráfico do desempenho nas categorias pré e pós intervenção em CDR

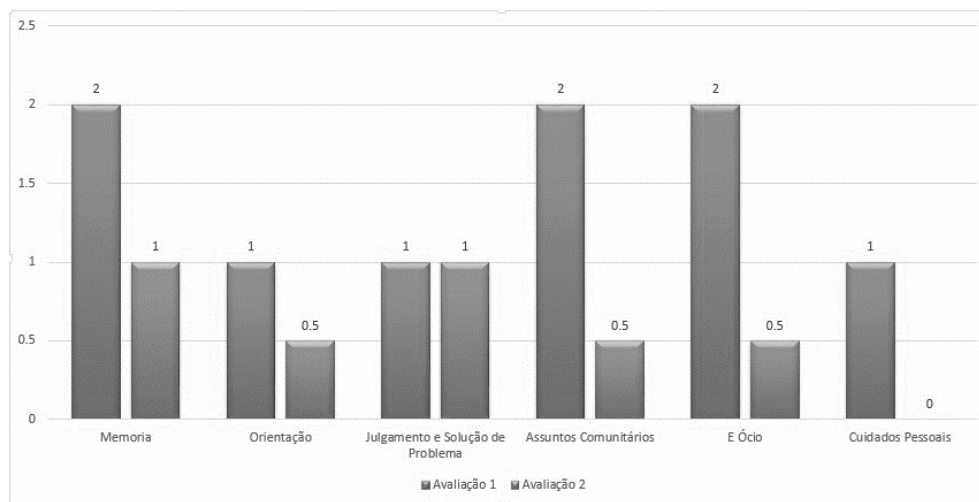


Figura 2. Gráfico com o algoritmo final da Escala Clínica da Demência

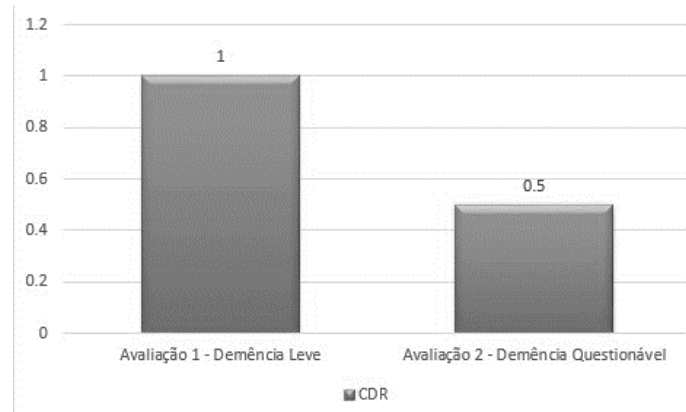


Figura 3. Tabela das categorias CDR

| | Comprometimento | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| | Nenhum 0 | Questionável 0,5 | Leve 1 | Médio 2 | Grave 3 |
| Memória | Sem perda da memória ou pequenos esquecimentos ocasionais | Pequenos esquecimentos frequentes, recordação parcial de acontecimentos; esquecimentos não significativos | Perda moderada da memória, mais acentuada no que se refere a acontecimentos recentes; o problema interfere nas atividades do dia-a-dia | Grave perda da memória; somente informações bem aprendidas são retidas; novas informações são rapidamente esquecidas | Perda severa da memória; somente permanecem fragmentos |
| Orientação | Totalmente orientado/a | Totalmente orientado/a, com exceção de ligeira dificuldade com as inter-relações de tempo | Dificuldade moderada com as inter-relações de tempo; orientado/a para o local do exame; pode ter uma desorientação geográfica em lugares fora do local do exame | Grave dificuldade com as inter-relações de tempo; geralmente desorientado/a com relação ao tempo, e frequentemente com relação a lugares | Orientado/a somente em relação a ele/a mesmo/a |
| Julgamento & Resolução de Problemas | Resolve os problemas do dia-a-dia e lida bem com os negócios e os assuntos financeiros; bom julgamento com relação à capacidade de julgamento no passado | Ligeira incapacidade para resolver problemas, semelhanças e diferenças | Dificuldade moderada para lidar com problemas, semelhanças, e diferenças; o julgamento social geralmente é mantido | Incapacidade séria para lidar com problemas, semelhanças e diferenças; o julgamento social geralmente está comprometido | Incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas |
| Atividades em Comunidade (Atividades fora de Casa) | Funciona de modo independente e habitual no trabalho, compras, grupos voluntários ou sociais | Ligeira incapacidade nestas atividades | Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades apesar de ainda poder estar engajado/a em alguma; parece normal à primeira vista | Nenhuma intenção de funcionar de modo independente fora de casa Aparenta estar suficientemente bem para ser levado/a a acontecimentos fora de casa | Aparenta estar muito doente para ser levado/a a acontecimentos fora de casa |
| Atividades domésticas e passatempos | Vida doméstica, passatempos, e interesses intelectuais bem mantidos | Vida doméstica, passatempos, e interesses intelectuais ligeiramente comprometidos | Comprometimento leve porém definitivo nas atividades domésticas; abandono de tarefas mais difíceis, passatempos e interesses mais complicados são abandonados | Somente as tarefas mais simples são mantidas, interesses muito restritos, pouco mantidos | Nenhuma atividade doméstica significativa |
| Cuidados pessoais | Totalmente capaz de se cuidar | | Necessita de incentivo | Precisa de assistência para se vestir, fazer a higiene, cuidar de seus objetos pessoais | Precisa de muita ajuda com relação aos cuidados pessoais, incontinência freqüente |