

A PSICOLOGIA COM FOCO NAS MÚLTIPLAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

**RUI MAIA DIAMANTINO
(ORGANIZADOR)**



A PSICOLOGIA COM FOCO NAS MÚLTIPLAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

**RUI MAIA DIAMANTINO
(ORGANIZADOR)**



2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
 (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P974 A psicologia com foco nas múltiplas práticas em saúde mental
 [recurso eletrônico] / Organizador Rui Maia Diamantino. – Ponta
 Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF.
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.
 Modo de acesso: World Wide Web.
 Inclui bibliografia.
 ISBN 978-85-7247-984-4
 DOI 10.22533/at.ed.844201902

1. Psicologia – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde mental. I. Diamantino,
 Rui Maia.

CDD 150

Elaborado por Maurício Amormino Júnior | CRB6/2422

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Este volume tem em seu bojo as múltiplas faces da atuação da Psicologia e suas contribuições para as práticas de saúde mental.

Na contemporaneidade, os transtornos alimentares e dismórficos andam *paripassu* com os comportamentos em torno do culto ao corpo em dimensões que podem ser consideradas epidêmicas. Independente de gênero e faixa etária, tais transtornos requerem a devida atenção para uma significativa parte da população que está envolvida com processos de sofrimento mental relacionados aos citados transtornos.

O envelhecimento populacional também não pode ser descartado das cogitações em saúde mental devido a esse conhecido processo que tem dimensões mundiais. Estabelecer discussões sobre métodos e recursos para promover a qualidade de vida da faixa etária da terceira idade é uma proposta sempre positiva em uma publicação de temas psicológicos.

Em se considerando a questão da medicalização e seus efeitos (des) subjetivantes, permanecem indagações sobre as quais a Psicologia e a Medicina precisam ampliar o diálogo para que não se perca a dimensão da tradição humanística da primeira na compreensão do que se constitui o “ser” humano. Nesse sentido, a Fenomenologia, aqui, comparece para mostrar que o tratamento dos distúrbios mentais não pode relegar a segundo plano uma interpretação mais substantiva desse “ser”.

Em conjunto com a reflexão fenomenológica, no que tange ao contexto da Reforma Psiquiátrica, a discussão sobre a condição do louco custodiado na instituição psiquiátrica permanece atual. Sabe-se que essa reforma ainda está sob um pêndulo de indecisões nas políticas públicas de saúde no Brasil que não podem ser escamoteadas.

A contribuição da pesquisa quantitativa em torno da epilepsia em dois trabalhos aqui publicados aponta para a pesquisa neuropsicológica, a qual vem enriquecendo o conhecimento do funcionamento humano e seus distúrbios. Os métodos estatísticos presentes neste volume, afirmam a perspectiva objetiva que a Psicologia propõe no avanço dos estudos em saúde mental.

Finalmente, observe-se que a saúde mental das gestantes também é contemplada ao se discutir a importância do Pré-Natal Psicológico como forma de evitar problemas no puerpério e no pós-parto. Sabe-se que distúrbios importantes impactam durante a gestação e logo ao nascimento da criança por se tratar de um momento por demais significativo para a mulher. Prover uma discussão sobre os resultados de ações e programas de assistência à gestante é relevante para a Psicologia.

Com esse quadro amplo de contribuições da Psicologia sobre os diversos ângulos da saúde mental, desejamos ao leitor o máximo de aproveitamento dos textos aqui disponibilizados.

Rui Maia Diamantino

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESCUTA DO PSICÓTICO HOMICIDA NUMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA: O SUJEITO DO ATO PREVALECE SOBRE O ATO DO SUJEITO	
Mariana Lisbôa Almeida Rui Maia Diamantino Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres	
DOI 10.22533/at.ed.8442019021	
CAPÍTULO 2	15
A SUBJETIVAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO SOCIOEDUCATIVO	
Daniela Aparecida Araujo Fernandes Roberta Carvalho Romagnoli	
DOI 10.22533/at.ed.8442019022	
CAPÍTULO 3	25
ATIVAMENTE - PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO TRABALHO COM IDOSOS EM SAÚDE MENTAL	
Michelle dos Santos Campos Raissa Bonfim Silveira André Gordilho Joaquim de Carvalho Nadja Pinho dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.8442019023	
CAPÍTULO 4	34
CARACTERIZAÇÃO DE AMOSTRA E PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTES COM EPILEPSIA FÁRMACO-RESISTENTE	
Larissa dos Santos Aleixo Samira Maria Fiorotto Karina Kelly Borges	
DOI 10.22533/at.ed.8442019024	
CAPÍTULO 5	45
<i>ESPELHO, ESPELHO MEU...</i> A INFLUÊNCIA DAS MÍDIAS SOCIAIS NO DESENCADEAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMÓRFICOS	
Dalvina Siqueira Costa Raissa Rabelo Marques Rebouças	
DOI 10.22533/at.ed.8442019025	
CAPÍTULO 6	54
FENOMENOLOGIA E SAÚDE MENTAL: UM APELO AO RESGATE DA EXPERIÊNCIA DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO	
André Pimenta de Melo Bruno Bauer Saracino Bruno Ferrari Emerich Ellen Cristina Ricci Rosana Onocko-Campos	
DOI 10.22533/at.ed.8442019026	

CAPÍTULO 7	71
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NO CURSO DE PSICOLOGIA EM UM PROJETO INSTITUCIONAL DE INCLUSÃO DA PESSOA IDOSA	
Denise Soares Melo Juliana Maria Santos Parente Almeida de Carvalho Kalina Galvão Cavalcante de Araújo Raffaella Mercedes da Silva Sousa Úrsula Emanuela Araújo Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.8442019027	
CAPÍTULO 8	78
SAÚDE MENTAL DA GESTANTE: PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO E SUAS FUNCIONALIDADES	
Perolaine Paz Tenório Cavalcanti Rayanne Gabriela Alves Rosa Silva de Arruda Kelvyn José Gomes Paulino	
DOI 10.22533/at.ed.8442019028	
CAPÍTULO 9	83
TESTE DOS CINCO DÍGITOS E TESTE DE TRILHAS NA AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA	
Larissa dos Santos Aleixo Samira Maria Fiorotto Karoline Pereira dos Reis Marina Cury Tonoli Andressa Aparecida Garces Gamarra Salem Karina Kelly Borges	
DOI 10.22533/at.ed.8442019029	
SOBRE O ORGANIZADOR	92
ÍNDICE REMISSIVO	93

ATIVAMENTE - PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO TRABALHO COM IDOSOS EM SAÚDE MENTAL

Data de aceite: 14/02/2020

Data de submissão: 03/01/2020

Michelle dos Santos Campos

Núcleo da Terceira Idade- Holiste Psiquiatria

Lattes Id: <http://lattes.cnpq.br/2089241578609177>

Raissa Bonfim Silveira

Núcleo da Terceira Idade- Holiste Psiquiatria

Lattes id <http://lattes.cnpq.br/9499011994626803>

André Gordilho Joaquim de Carvalho

Núcleo da Terceira Idade- Holiste Psiquiatria

Lattes id <http://lattes.cnpq.br/8148544126561786>

Nadja Pinho dos Santos

Núcleo da Terceira Idade- Holiste Psiquiatria

Lattes iD <http://lattes.cnpq.br/9010488584031892>

RESUMO: As funções cognitivas, atuando associadas, conferem ao indivíduo a capacidade de gerir sua própria vida. O envelhecimento ou presença de transtornos mentais podem contribuir para o declínio cognitivo caracterizado pela perda progressiva do desempenho de funções como atenção, memória, linguagem, resolutividade, entre outros. Dessa forma, tornou-se interessante construir e implantar um programa de estimulação e reabilitação cognitiva para sujeitos idosos, usuários do serviço de saúde mental, que apresentam

alterações no desempenho cognitivo, uma vez que tais alterações influenciam diretamente na qualidade de vida do sujeito.

PALAVRAS- CHAVE: Envelhecimento; Declínio Cognitivo; Funções Cognitiva e Estimulação cognitiva.

ACTIVELY - COGNITIVE STIMULATION PROGRAM IN WORKING WITH ELDERLY IN MENTAL HEALTH

ABSTRACT: Cognitive functions, acting together, give the individual the ability to manage his or her own life. Aging or the presence of mental disorders may contribute to the cognitive decline characterized by the progressive loss of performance of functions such as attention, memory, language, resoluteness, among others. Thus, it was interesting to build and implement a program of stimulation and cognitive rehabilitation for elderly subjects, users of mental health service, who present changes in cognitive performance, since such changes directly influence the quality of life of the subject.

KEYWORDS: Aging; Cognitive decline; Cognitive Functions and Cognitive Stimulation.

INTRODUÇÃO

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações na pirâmide etária tem ocorrido de forma acelerada. O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde as projeções indicam que, em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas.

O processo de envelhecimento é algo que acontece naturalmente, desde o nascimento até a morte trazendo consigo alterações nos âmbitos bio-psico-sociais. Assim o envelhecimento não se reduz aos fatores biológicos, é também resultado da forma como o sujeito se relaciona com o meio e com os outros, influenciando e sendo influenciado. Cada indivíduo vai vivenciar o processo de envelhecimento de forma muito singular, podendo ou não ter dificuldades para lidar com as transformações.

Como afirma Malloy-Diniz et al (2013, p.20),

A trajetória do envelhecimento humano comporta expressiva variabilidade, dependendo do nível de desenvolvimento biológico e psicológico atingido pelos indivíduos e pelas coortes em virtude da ação conjunta da genética, dos recursos sociais, econômicos, médicos, tecnológicos e psicológicos.

Assim com o aumento da expectativa de vida, doenças neurodegenerativas (principalmente as demências), transtornos psiquiátricos (leves, moderados e graves) e patologias clínicas são cada vez mais experienciados pelos idosos no seu processo de envelhecimento, tornando necessária a implementação de métodos de oferta de cuidado em saúde mental com estruturas criativas, inovadoras e propostas de ações diferenciadas que possam proporcionar ao idoso um envelhecimento saudável, uma vez que tais fatores influenciam diretamente na autonomia e na qualidade de vida do indivíduo.

O presente trabalho tem como objetivo descrever o programa de estimulação cognitiva como recurso terapêutico utilizado na prevenção do declínio cognitivo e estimulação das funções cognitivas em idosos com transtornos mentais.

ENVELHECIMENTO E DECLÍNIO COGNITIVO

O envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros (CAETANO, 2006)

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrerá um aumento considerável da população com mais de 60 anos de idade nas próximas décadas. Segundo projeções da OMS (2002), esta é uma tendência que continuará durante os próximos anos, sendo que se estima que no ano de 2025 haja mais de 800

milhões de pessoas com idade superior a 65 anos em todo mundo. A Organização das Nações Unidas apresenta números ainda maiores, pois apontam uma projeção de aproximadamente 1 bilhão e 100 milhões idosos para o ano de 2025, sendo que no ano de 2050 em todo o mundo o número de idosos terá ultrapassado o número de jovens. (MARTIN E PRESTON, 1994).

O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, independentemente. Sendo caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (BRITO E LITVOC, 2004).

A definição de quais indivíduos são considerados idosos é arbitrária. De modo geral, convencionou-se chamar de idosos os indivíduos com idade acima de 65 anos, que podem se dividir em dois grupos: idoso jovem de 65 a 74 anos; e idoso velho (acima de 75 anos).

O envelhecimento implica algo que é associado à idade cronológica, mas não idêntico a ela.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento pode ser definido como uma expressão da decadência entrópica, se nos referirmos à segunda lei da termodinâmica: “Qualquer sistema isolado ao longo do tempo tenderá a evoluir para a desordem.” Em termos clínicos, o envelhecimento significaria a perda gradual da capacidade de controle de mecanismos de homeostase com menor capacidade adaptativa e menos resiliência, tendendo a essa fragilidade se exacerbar em condições de sobrecarga funcional. As limitações físicas, o acúmulo de doenças crônicas e a maior fragilidade são mais frequentes com o passar dos anos. (Stoppe, 2015)

BIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento ou senescência (do latim *senescere*, ou seja, ficar velho), caracteriza-se por um declínio gradual no funcionamento de todos os sistemas corporais: cardiovascular, respiratório, geniturinário, endócrino e imunológico, entre outros. Muitas pessoas idosas mantêm sua capacidade física e habilidade cognitiva em um grau elevado, algumas vezes superando alguns adultos jovens, sendo, portanto, um mito que o envelhecimento, obrigatoriamente, leve a um importante declínio físico e/ou cognitivo.

Diferente do processo natural de envelhecimento (senescência), o termo senilidade, também denominado envelhecimento patológico, é entendido como um processo no qual os danos a saúde que estão associados ao tempo são causados por doença ou maus hábitos de saúde.

Assim como o corpo, o cérebro também tem seu envelhecimento natural, sem necessariamente implicar patologia ou doença.

Com o envelhecimento, o sistema nervoso apresenta alterações com redução no número de neurônios, redução na velocidade de condução nervosa, redução da intensidade dos reflexos, restrição das respostas motoras, do poder de reações e da capacidade de coordenações (DE VITTA, 2000).

O envelhecimento normal leva a um declínio gradual nas funções cognitivas (CANINEU E BASTOS, 2002). A capacidade intelectual do indivíduo idoso pode ser mantida sem dano cerebral até idades mais avançadas. No entanto, dificuldades de aprendizagens e esquecimento sem importância podem ser incluídos, juntamente com algumas alterações sutis que normalmente ocorrem em idosos com idade até 70 anos (CANÇADO E HORTA, 2002).

O declínio cognitivo com o envelhecimento varia quanto ao início e progressão, pois depende de fatores como educação, saúde, personalidade, nível intelectual global, capacidade mental específica, entre outros.

No envelhecimento normal se percebem alterações nas habilidades cognitivas (Kaarin J Anstey; Lee-Fay Low, 2004).

As funções cognitivas são elementos que dão condições aos indivíduos de receber, armazenar e processar informações. Destaca-se a atenção, percepção, memória, funções executivas, orientação e juízo. As funções cognitivas, atuando associadas, conferem à pessoa a capacidade de gerir sua própria vida. São elas: memória (capacidade de reter e evocar informações); Linguagem (capacidade de manipular símbolos na produção e compreensão da comunicação); Atenção (capacidade de selecionar e priorizar informações); Praxias (capacidade de executar movimentos); Gnosias (capacidades perceptivas) e Funções executivas (capacidade de planejar, iniciar, controlar e desempenhar comportamentos dirigidos a um objetivo).

Com o envelhecimento a velocidade de processamento começa a apresentar declínio a partir da terceira década. Em relação a atenção percebe-se um declínio gradual da atenção dividida, da atenção seletiva e da memória de processamento. Quanto à memória, verifica-se o declínio da memória episódica, dificuldade de adquirir novas informações, declínio na velocidade de recuperação de novas informações, mas a capacidade de reter de novas informações, depois de adquiridas, é preservada. Nota-se, também, um declínio tardio da memória semântica e a estabilidade da memória implícita.

No envelhecimento normal a linguagem, em geral, se mantém estável. O vocabulário melhora com o passar dos anos, a capacidade de nomeação diminui tardiamente, assim como o declínio da fluência verbal. Em relação às habilidades visuo-espaciais, o envelhecimento leva a um declínio das habilidades de construção

visual (ex.: montar um objeto), porém observa-se a manutenção das habilidades visuo-espaciais quanto a percepção/reconhecimento de objetos e faces e a percepção espacial: localização física de objetos. Relativo à função executiva, na senescência a flexibilidade mental e abstração declinam, principalmente a partir dos 70 anos, nota-se uma diminuição do controle de respostas inibitórias, o declínio do raciocínio indutivo (verbal e matemático) a partir dos 45 anos, mas a descrição de similaridades, significado de provérbios e material familiar permanece estável.

Entretanto, como afirma Malloy-Diniz et al (2013, p. 341) já se produz evidências mostrando que

Pelo menos parte da perda de funções no envelhecimento pode ser reversível por meio de estratégias comportamentais que produzam estimulação sensorial, cognitiva ou motora capazes de induzir a plasticidade no sistema nervoso.

Este fato, portanto, embasa a justificativa de um programa de estimulação cognitiva para idosos.

Atualmente existem abordagens terapêuticas múltiplas com intervenções farmacológicas e não farmacológicas, que vem apresentando dados promissores na melhora do funcionamento cognitivo e global do idoso, sendo a estimulação cognitiva uma dessas alternativas.

A estimulação cognitiva divide-se em três subgrupos: a reabilitação, o treino e a estimulação. Segundo Malloy-Diniz et al (2013, p.341), “a reabilitação cognitiva envolve a prática orientada de determinadas atividades tendo como foco principal a melhoria da funcionalidade do indivíduo na realização das atividades do cotidiano”. A estimulação cognitiva tem como objetivo melhorar a cognição e a função social, através de treinos não específicos. Permite uma manutenção dessas funções, fortalecendo, preservando e recuperando suas habilidades.

Já o treino cognitivo, tem como objetivo, melhorar as funções cognitivas de modo específico, através de treinos com estratégias e uso de habilidades para trabalhar determinada função, tendo como base a Neuroplasticidade. Pode ser aplicada de forma individual ou em grupo. O treino é mais indicado para idosos com Comprometimento cognitivo leve ou demência de Alzheimer leve.

METODOLOGIA

O programa estrutura-se com a análise da demanda do paciente através de testes científicos validados que mensuram as capacidades cognitivas, e entrevistas com o paciente e a família. Dentre os testes cognitivos utilizados, estão o ADDEMBROOKE ; MEEM (O Mini-Exame do Estado Mental), MOCA (Montreal Cognitive Assessment), Escala Mattis – Dementia Rating Scale, entre outros. Os testes possibilitam o mapeamento e a quantificação do funcionamento de cada

domínio cognitivo separadamente. A partir disso, é construído o planejamento individual com estratégias orientadas por metas e objetivos a serem alcançados. Em seguida é realizada a seleção e aplicação dos exercícios, subdivididos de acordo com os domínios cognitivos e aplicados por profissionais especializados. O programa estrutura-se com frequência de duas a três vezes por semana em dias alternados, com duração média de uma hora a sessão. A cada dois meses efetua-se uma reavaliação para análise e comparação de resultados, obtendo-se um relatório e, caso necessário, o replanejamento e redirecionamento do paciente no programa. O programa é realizado em nível ambulatorial, domiciliar ou na internação psiquiátrica.

DISCUSSÃO

Além do envelhecimento, algumas doenças clínicas, transtornos mentais e outros eventos traumáticos podem provocar alterações consideráveis nas funções cerebrais, ocasionando o que chamamos declínio cognitivo. Sendo assim é essencial o controle de patologias como depressão, hipertensão arterial, arritmias cardíacas, dislipidemias, obesidade e diabetes mellitus, que por si, já são fatores de risco para a evolução de um quadro demencial.

Além de cuidados com a saúde física, os idosos devem ter uma atenção especial com a saúde mental uma vez que o envelhecimento pode está relacionado com o aparecimento de doenças neurodegenerativas, como Alzheimer e outras.

Dessa forma, torna-se interessante construir e implantar um programa de estimulação cognitiva para idosos em sofrimento mental, que apresentam alterações no desempenho cognitivo, uma vez que tais alterações influenciam diretamente no funcionamento e na qualidade de vida do sujeito.

A partir da prática clínica com idosos em sofrimento mental observa-se que o programa de estimulação cognitiva, atrelado ao tratamento medicamentoso e outras especialidades, vem apresentando resultados interessantes.

Constata-se o avanço em habilidades de leitura/escrita/raciocínio; evolução do desempenho, interesse e investimento na execução dos exercícios; aumento da capacidade de armazenamento das informações; progresso na resolução de problemas; melhor qualidade na comunicação e interação social, bem como maior disponibilidade nas relações afetivas; redução da ansiedade provocada por falhas cognitivas decorrentes do envelhecimento; melhora na autoestima; maior autonomia e independência na realização das atividades de vida diária; contribuição no entendimento e na adesão dos tratamentos de saúde.

Logo, para obtenção desses resultados alguns fatores tornam-se imprescindíveis no planejamento para execução do programa.

- O primeiro passo para o programa acontecer é a construção do vínculo paciente/profissional. A depender do perfil do paciente nas primeiras sessões as atividades podem não ser o principal recurso do atendimento.
- O programa precisa ser personalizado para cada paciente, levando em consideração o grau de escolaridade, a história, a cultura, o ambiente e suas preferências. A escolha dos testes de avaliação e rastreio cognitivo também devem seguir essa lógica. Atualmente existem instrumentos indicados para pacientes com baixo grau de escolaridade. Em se tratando das atividades com pacientes de baixa escolaridade é interessante utilizar exercícios com imagens e recursos auditivos. Outro ponto que merece ser citado é a relevância de contextualizar os exercícios de acordo com as vivências do paciente (por exemplo, se o paciente é conhecedor de vários lugares/países, realizar atividades que explorem esse conhecimento: “um jogo de memória com figuras dos países”).
- A escolha do modelo de tratamento (ambulatorial, domiciliar, internação, individual ou em grupo), assim como a definição de um ou mais profissionais envolvidos no acompanhamento, devem seguir critérios estabelecidos pela avaliação da equipe de acordo com a demanda do paciente. Em alguns casos o paciente pode se beneficiar de mais de um modelo de atendimento simultaneamente.
- Caso o paciente tenha alguma limitação auditiva, visual e/ou motora, isso deve ser levado em consideração na construção e no modo de aplicação das atividades.
- O tempo da sessão geralmente tem duração média de 1 hora, sendo que a tolerância de alguns pacientes é maior ou menor, tornando-se necessário reduzir ou estender o tempo da sessão.
- Utilizar estratégias de reforço positivo com o paciente na execução das atividades serve de incentivo e motivação, contribuindo para a adesão aos exercícios.
- Os domínios cognitivos menos prejudicados devem ser potencializados na tentativa de compensar os domínios mais prejudicados.
- O nível de complexidade das atividades deve ser proporcional a condição cognitiva do paciente para que se torne de fato um estímulo efetivo. No planejamento inicialmente utiliza-se atividades de menor complexidade, aumentando-se gradativamente.
- O ambiente interfere diretamente na qualidade da aplicação e execução das atividades. Deve ter o mínimo de estímulos distratores e estressores, mobiliários confortáveis e boa iluminação. Em caso de acompanhamento em domicílio, acordar com os familiares que seja garantido essa estrutura.
- Faz parte do plano terapêutico, o suporte e orientação aos familiares e cuidadores durante todo o tratamento.
- No decorrer do tratamento é necessário realizar reavaliações constantes com intuito de parametrizar a evolução e redirecionar as demandas. Em média essa reavaliação é realizada a cada dois meses podendo variar de acordo com o perfil do paciente. Vale ressaltar que as atividades aplicadas também são instrumentos de avaliação que indicam a evolução do trata-

mento.

- Torna-se importante indicar acompanhamento com equipe multidisciplinar quando o paciente apresenta outras demandas que vão além da competência do programa de estimulação cognitiva. São tratamentos complementares que agregam na evolução do paciente, como: fisioterapia, fonoaudiologia, atividade física, dentre outros.

CONCLUSÃO

A inclusão das intervenções cognitivas em programas de cuidados dialoga de forma positiva com a promoção da saúde do idoso. A literatura sugere que o estímulo cognitivo contribui para minimização do déficit cognitivo e consequentemente auxilia no envelhecimento saudável.

Segundo Zimerman (2000, p.14), o conceito “estimular” é “o ato de instigar, ativar, encorajar e animar os indivíduos” sendo a melhor maneira de contestar os efeitos do envelhecimento.

Observa-se que o programa de estimulação cognitiva ao estimular funções como memória, atenção, linguagem, raciocínio, funções executivas, orientação no tempo e espaço, vem apresentando resultados satisfatórios como a melhora na autoestima, maior autonomia e independência na realização das atividades de vida diária, melhor interação social, mais disponibilidade nas relações afetivas e interpessoais. Contribui, ainda, para a adesão ao tratamento psiquiátrico e possíveis evoluções de quadros demenciais.

Estudos realizados por Clemente (2008), e publicados na Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ, tem revelado que um estilo de vida cognitivamente engajado parece ter um efeito protetor para demência. Embora ainda não devidamente valorizada, a intervenção cognitiva vem aparecendo em diversos estudos como uma das possibilidades promissoras para tal.

Os mesmos trabalhos revelam ainda que, com relação às medidas gerais recomenda-se a adoção de hábitos saudáveis, uma dieta adequada, atividade física regular e o não tabagismo. A intervenção envolvendo o suporte psicológico, planejamento dos compromissos financeiros, seguro de saúde e organização da rotina da vida cotidiana, pode proporcionar uma melhor qualidade de vida ao idoso e sua família.

Portanto as ações desenvolvidas são capazes de criar fatores e condições favoráveis que potencializam o envelhecimento saudável e ativo, além da contribuição expressiva na saúde mental do indivíduo.

REFERÊNCIAS

Brito, F.; Litvoc, C. (2004). Conceitos básicos. São Paulo: Atheneu.

Cançado, F.; Horta, M. (2002). Envelhecimento cerebral. In Freitas, E. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.112-127.

Clemente, R. (2008). Comprometimento cognitivo leve: aspectos conceituais, abordagem clínica e diagnóstica. Rio de Janeiro: Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ.

Fernandes, S. (2014). Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Bragança: Instituto Politécnico. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11546/1/Sara%20Isabel%20Diegues%20Fernandes.pdf> Acesso em: Dezembro/ 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050. Rio De Janeiro: IBGE.

Kaarin, J.; Lee-Fay, L. (2004). Australian Family Physician

Malloy- Diniz, L., et al. (2013). Neuropsicologia do Envelhecimento: Uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed.

Martin, L.; Preston, S. (1994). Demography of aging. Washington, DC: National Academic Press.

Meleiro, Alexandrina Maria Augusto da Silva. Psiquiatria: estudos fundamentais/ Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

Organização Mundial de Saúde. (2018). Envelhecimento e Saúde. Brasília: OPAS BRASIL. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820. Acesso em: Dezembro/2019.

Stoppe Jr, A. (2015). Transtornos depressivos em idosos. São Paulo: Leitura Médica.

Vaillant GE. Aging well. 2002. Disponível em: www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674004146. Acesso em: 26/11/17.

Zimerman, G. (2000). Velhice: aspetos biopsicossocias. Porto Alegre: Artmed.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Avaliação neuropsicológica 34, 35, 37, 39, 41, 43, 84, 86

C

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 69

Crise epiléptica 35, 84

D

Declínio Cognitivo 25, 26, 28, 30, 36, 88

E

Envelhecimento 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 72, 73, 74, 77, 92

Epilepsia refratária 35, 36, 42, 89

Estimulação cognitiva 25, 26, 29, 30, 32, 33

F

Fenomenologia 54, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 69, 70

Funções cognitivas 25, 26, 28, 29, 43, 73, 85

Funções executivas 28, 32, 37, 40, 83, 84, 85, 87, 89

G

Gravidez 78, 79, 80, 81, 82

H

Hospital de Custódia e Tratamento 1, 6, 12, 13

I

Inclusão social 71

L

Loucura 1, 3, 4, 10, 11, 13, 14, 24, 55, 56, 70

M

Medicalização 15, 17, 21, 22, 24

Medidas socioeducativas 15, 18, 19, 22, 23, 24

Mídias Sociais 45, 47, 51

N

Neuropsicologia 33, 34, 39, 41, 83, 84, 86, 91

P

Pessoa idosa 71, 73, 74, 76, 77

Pré-natal psicológico (PNP) 78, 79, 80, 81, 82

Processos de subjetivação 15, 16, 20, 22

Psicanálise 1, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 48, 58, 69

Psicologia 1, 11, 12, 13, 14, 23, 24, 34, 45, 53, 54, 69, 70, 71, 73, 74, 77, 81, 82, 83, 92

Puerpério 78, 79, 80, 81, 82

Q

Qualidade de vida 25, 26, 30, 32, 36, 38, 71, 73, 84

R

Reforma psiquiátrica 11, 55, 56, 63

S

Saúde mental 5, 12, 13, 14, 25, 26, 30, 32, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 63, 64, 66, 68, 69, 70, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 82

T

Transtornos alimentares 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53

Transtornos dismórficos 45, 47

 **Atena**
Editora

2 0 2 0