

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PSICOLOGIA

HELOISA MACHADO ELIAS

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA AVALIAÇÃO
NEUROPSICOLÓGICA DE IDOSOS NO BRASIL**

GOIÂNIA
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): HELOISA MACHADO ELIAS

Título do trabalho: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA AVALIAÇÃO
NEUROPSICOLÓGICA DE IDOSOS NO BRASIL

2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [] NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Elisa Tavares Sanabio Heck, Professora do Magistério Superior**, em 15/12/2025, às 17:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Heloisa Machado Elias, Discente**, em 15/12/2025, às 18:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_o_rgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5861698** e o código CRC **3857C769**.

Referência: Processo nº 23070.064687/2025-40 SEI nº 5861698

HELOISA MACHADO ELIAS

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA AVALIAÇÃO
NEUROPSICOLÓGICA DE IDOSOS NO BRASIL**

Trabalho apresentado como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia pela Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás sob orientação da Prof^a. Dr^a. Elisa Tavares Sanabio Heck

GOIÂNIA

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Elias , Heloisa Machado
Desafios e Possibilidades da Avaliação Neuropsicológica de Idosos no
Brasil [Manuscrito] / Heloisa Machado Elias. - 2025.
45 f.: 2025

Orientadora: Prof(a). Dra. Elisa Tavares Sanabio Heck
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Goiás, Faculdade de Educação (FE), Psicologia, Goiânia, 2025.

1. Envelhecimento. 2. Neuropsicologia. 3. Funções Cognitivas. 4.
Instrumentos Psicométricos. 5. Contexto Brasileiro.

I. Heck, Elisa Tavares Sanabio, orient. II. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ao(s) ONZE dia(s) do mês de DEZEMBRO do ano de 2025 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DE IDOSOS NO BRASIL”, de autoria de HELOISA MACHADO ELIAS, do curso de PSICOLOGIA, do(a) FACULDADE DE EDUCAÇÃO da UFG. Os trabalhos foram instalados pelo(a) PROFa DRa ELISA TAVARES SANABIO HECK – orientador(a) (FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: PROFa DRa SANDRA DE FÁTIMA BARBOZA FERREIRA (FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UFG). Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição do(a) estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10,0 (dez), tendo sido o TCC considerado APROVADO. Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Elisa Tavares Sanabio Heck, Professora do Magistério Superior**, em 15/12/2025, às 16:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sandra De Fatima Barboza Ferreira, Professor do Magistério Superior**, em 15/12/2025, às 16:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5861385** e o código CRC **3FE0A634**.

Referência: Processo nº 23070.064687/2025-40 SEI nº 5861385

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pois até aqui Ele me sustentou e me deu forças para seguir nos dias de angústia. Apenas Ele sabe tudo que senti e passei durante a escrita deste trabalho, durante toda minha graduação, e em toda minha vida. Sem Ele nada seria possível.

Expresso minha eterna gratidão aos meus pais, que nunca mediram esforços para me oferecerem as melhores oportunidades e por me auxiliarem com amor e zelo. Obrigada por acreditarem em mim, e estarem ao meu lado sempre. A presença de vocês foi essencial durante meus cinco anos de graduação, e durante toda a minha vida. Agradeço a minha mãe por me motivar a sempre evoluir, e me inspirar profissionalmente. Ao meu pai, por sonhar comigo e se orgulhar das minhas conquistas. Vocês foram, e continuam sendo, meu alicerce.

Ao Rodrigo, meu companheiro de vida, agradeço por ter ficado ao meu lado em todas as etapas deste processo. Obrigada pela paciência nos dias difíceis, pelo companheirismo nos momentos de dúvida e, acima de tudo, pelo amor. Sua presença tornou tudo mais leve.

À Luiza, minha supervisora de estágio, por todos os ensinamentos compartilhados. Sua paciência, disponibilidade e generosidade foram fundamentais para o meu desenvolvimento, como futura profissional, e também como ser humano. Obrigada por confiar em mim, por me orientar com sabedoria e por contribuir tão significativamente para meu crescimento.

Agradeço à Fabrícia, que em muitos momentos de angústia durante a escrita me ofereceu acolhimento, e me ajudou com tudo que estava ao seu alcance. Sua presença fez diferença quando eu mais precisava.

Manifesto também minha gratidão à equipe de Neurociências do Hospital das Clínicas-UFG, pela contribuição para minha formação profissional no último ano.

Rosa, Mariana e Letícia, agradeço por cada conversa, cada gargalhada e cada momento de leveza compartilhado. Vocês trouxeram alegria aos dias

cansativos e foram fontes de força e motivação. A amizade de vocês ilumina meu caminho.

Prof^a. Dr^a. Elisa Tavares, por ter me orientado na escrita, e por clarear minhas ideias quando tudo parecia tão conturbado.

Prof^a. Dr^a. Sandra de Fátima, por ter aceitado participar da banca examinadora, e por me ensinar com tanto afeto.

Agradeço aos docentes do curso de Psicologia da UFG, por contribuírem para minha formação.

E, por fim, mas de maneira alguma menos importante, agradeço ao Frederico e à Jasmim. Mesmo sem compreenderem a complexidade deste trabalho, estiveram sempre ao meu lado com suas presenças caninas. O amor, o carinho, as brincadeiras, as lambidas e a simples companhia de vocês trouxeram paz aos meus dias e reforçaram o quanto os amo. Vocês fizeram parte deste processo de um jeito afetuoso e silenciosamente essencial.

A todos vocês, deixo registrada minha gratidão mais sincera. Este trabalho também é de vocês.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo discutir desafios e possibilidades do processo de avaliação neuropsicológica na terceira idade, considerando as particularidades dessa faixa etária e o contexto brasileiro. Para isso, a revisão bibliográfica foi usada como método de pesquisa, adotando o referencial teórico da neuropsicologia, sendo utilizados livros, periódicos, capítulos, artigos científicos disponibilizados em bases de dados como SciELO e Google Acadêmico, além de documentos oficiais, diretrizes diagnósticas (DSM-5-TR) e materiais de referência utilizados na prática neuropsicológica. A análise das produções científicas permitiu identificar limitações referentes à avaliação das funções cognitivas no idoso, tanto no que diz respeito às características dos instrumentos psicométricos quanto às condições próprias do envelhecimento. Por outro lado, há importantes possibilidades de auxílio diagnóstico e de planejamento interventivo quando o processo avaliativo é conduzido de forma integral, sensível, adaptada e contextualizada às especificidades dessa população. Conclui-se que, apesar dos obstáculos presentes na prática avaliativa de idosos no Brasil, a avaliação neuropsicológica mostra-se fundamental para o diagnóstico diferencial e para subsidiar intervenções mais precisas e individualizadas. Por fim, recomenda-se que o tema seja aprofundado em futuras pesquisas, dada sua complexidade e a ainda limitada produção acadêmica, especialmente no campo da reabilitação, que pode ser conduzida a partir da avaliação neuropsicológica.

Palavras-chave: envelhecimento; neuropsicologia; funções cognitivas; instrumentos psicométricos; contexto brasileiro.

ABSTRACT

This study aimed to discuss the challenges and possibilities involved in the neuropsychological assessment of older adults, considering both the specific characteristics of this age group and the Brazilian context. A literature review was conducted as the research method, grounded in Neuropsychology, using books, journals, book chapters, scientific articles from databases such as SciELO and Google Scholar, official documents, diagnostic guidelines (DSM-5-TR), and reference materials commonly employed in neuropsychological practice. The analysis of the scientific literature revealed limitations related to the assessment of cognitive functions in older adults, including issues associated with psychometric instruments and conditions inherent to the aging process. On the other hand, important diagnostic and intervention-planning possibilities emerge when the assessment process is conducted in a comprehensive, sensitive, adaptive, and contextually grounded manner. The findings indicate that, despite the challenges present in neuropsychological assessment of older adults in Brazil, this practice is essential for differential diagnosis and for guiding more precise and individualized interventions. Finally, further research on the topic is recommended, given its complexity and the still limited academic production, especially regarding rehabilitation strategies derived from neuropsychological assessment.

Keywords: aging; neuropsychology; cognitive functions; psychometric instruments; Brazilian context.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	8
PROBLEMA E OBJETIVOS.....	9
MÉTODO.....	9
DISCUSSÃO.....	11
CAPÍTULO 1. NEUROPSICOLOGIA DO IDOSO: BASES TEÓRICAS, ENVELHECIMENTO E INSTRUMENTOS AVALIATIVOS.....	11
1.1. Definições e aspectos históricos da neuropsicologia.....	11
1.2. Neuropsicologia e terceira idade.....	13
1.3. Instrumentos da avaliação neuropsicológica na terceira idade.....	15
CAPÍTULO 2. INFLUÊNCIAS NEURODEGENERATIVAS, AFETIVAS E SOCIAIS NA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DO IDOSO.....	21
2.1. Doenças neurodegenerativas no idoso.....	21
2.2. Ansiedade e depressão na terceira idade.....	25
2.3. Relação da rede de apoio ao idoso e do cuidador com a avaliação neuropsicológica.....	26
2.4. Fatores socioeconômicos, vulnerabilidades e o processo avaliativo neuropsicológico na terceira idade.....	27
CAPÍTULO 3. ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS, BARREIRAS SENSORIAIS E PERSPECTIVAS DE REABILITAÇÃO NA NEUROPSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	30
3.1. Adaptações transculturais para o contexto brasileiro.....	30
3.2. Avaliação neuropsicológica e limitações sensoriais do idoso.....	31
3.3. Avaliação neuropsicológica no idoso e reabilitação neuropsicológica/cognitiva	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional brasileiro tem se intensificado de forma acelerada nas últimas décadas, tornando-se um fenômeno de grande impacto social, científico e clínico (Castro, 2024). O aumento expressivo do número de pessoas com 60 anos ou mais exige a ampliação de estudos que abordam o funcionamento cognitivo, emocional e funcional dessa população, considerando que o envelhecimento é um processo heterogêneo e marcado por transformações múltiplas. Nesse cenário, a avaliação neuropsicológica destaca-se como uma ferramenta fundamental para diferenciar o envelhecimento típico de quadros patológicos, como o declínio cognitivo leve e as demências, além de contribuir para o estabelecimento de diagnósticos mais precisos, definição de prognósticos e elaboração de estratégias terapêuticas (Fraga, 2018).

A neuropsicologia, enquanto campo interdisciplinar, investiga as relações entre o cérebro, as funções cognitivas e o comportamento, oferecendo subsídios essenciais para a compreensão das alterações associadas ao envelhecimento (Fraga, 2018). Contudo, a prática avaliativa junto à população idosa envolve desafios específicos, especialmente no contexto brasileiro. Esses desafios incluem as próprias limitações sensoriais do idoso que podem comprometer o desempenho nos testes; o uso de instrumentos originalmente desenvolvidos em outros países, exigindo adaptações transculturais rigorosas; a influência de fatores emocionais, como ansiedade e depressão; o impacto de determinantes sociais, como baixa escolaridade, vulnerabilidade social, acesso restrito à avaliação neuropsicológica e sobrecarga dos cuidadores.

Diante disso, o presente trabalho se justifica pela necessidade de compreender de forma ampla, crítica e contextualizada os fatores que influenciam a avaliação neuropsicológica do idoso no Brasil, assim como suas possibilidades. Em um país cuja população idosa cresce rapidamente e cujas desigualdades sociais impactam diretamente o acesso à saúde, torna-se indispensável analisar as particularidades clínicas, emocionais, socioculturais e instrumentais que permeiam o processo avaliativo. Logo, este estudo pode contribuir para a qualificação das práticas profissionais, promovendo avaliações mais precisas, humanizadas e coerentes com a

realidade brasileira, bem como fornecendo bases para intervenções e estratégias de cuidado mais adequadas à população idosa.

PROBLEMA E OBJETIVOS

Diante dos desafios psicométricos, emocionais, clínicos e socioculturais envolvidos da avaliação neuropsicológica em idosos no Brasil, é possível questionar os principais obstáculos enfrentados pelo neuropsicólogo durante esse processo, e como superá-los para garantir avaliações éticas, válidas e contextualizadas, a fim de que a avaliação seja uma ferramenta útil ao gerar diferentes opções de intervenção. Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo analisar alguns desafios e possibilidades da avaliação neuropsicológica em idosos, considerando as particularidades da terceira idade e o contexto brasileiro.

Como objetivos específicos, pretende-se neste trabalho:

- a) Expor as ferramentas e técnicas de avaliação neuropsicológica mais utilizadas para a população idosa, destacando suas vantagens e limitações;
- b) Avaliar o impacto das condições clínicas e psicossociais no desempenho de idosos durante o processo avaliativo;
- c) Explorar as perspectivas de adaptação dos instrumentos neuropsicológicos para a terceira idade brasileira, assim como, a possibilidade de uma reabilitação adequada a partir da avaliação.

MÉTODO

A metodologia utilizada no presente trabalho foi a pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, a partir de uma revisão narrativa de produções científicas nacionais e internacionais relacionadas à neuropsicologia e ao processo de avaliação neuropsicológica na terceira idade. A seleção do material priorizou obras que abordassem fundamentos históricos e conceituais da neuropsicologia; envelhecimento típico e patológico; doenças neurodegenerativas comuns na velhice; instrumentos neuropsicológicos mais utilizados na terceira idade e suas limitações; impacto de fatores emocionais, sensoriais e socioeconômicos na avaliação; adaptações transculturais de instrumentos para o contexto brasileiro; e relação entre avaliação neuropsicológica e reabilitação cognitiva/neuropsicológica

A partir da leitura analítica dessas fontes, houve a elaboração dos três capítulos que compõem o trabalho, com foco na integração crítica do conhecimento disponível. A metodologia busca, portanto, sistematizar a produção científica, identificar lacunas, apontar desafios e discutir implicações práticas para a atuação do neuropsicólogo junto à população idosa.

As pesquisas por produções bibliográficas foram realizadas nos buscadores *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e *Google Acadêmico*. As palavras chaves utilizadas foram: “avaliação neuropsicológica”, “neuropsicologia”, “terceira idade”, “instrumentos neuropsicológicos”, “doenças neurodegenerativas”, “limitações sensoriais”, “ansiedade”, “depressão”, “rede de apoio”, “vulnerabilidades”, “adaptação transcultural”, “reabilitação cognitiva”, “reabilitação neuropsicológica”, entre outras variações.

DISCUSSÃO

CAPÍTULO 1. NEUROPSICOLOGIA DO IDOSO: BASES TEÓRICAS, ENVELHECIMENTO E INSTRUMENTOS AVALIATIVOS

1.1. Definições e aspectos históricos da neuropsicologia

De início, antes de qualquer aprofundamento no tema específico proposto pelo presente trabalho, são necessárias algumas explicações sobre a neuropsicologia enquanto área do conhecimento. Nessa lógica, a neuropsicologia trata-se de uma área da psicologia cujo objeto de estudo é a relação entre o cérebro e o comportamento humano, analisando, então, de que maneira o funcionamento cerebral influencia nas funções cognitivas¹ como atenção, memória, percepção, raciocínio, linguagem, dentre outras. Assim, Wajman (2018) e Hazin *et al.* (2018) discutem que dada a complexidade do objeto de estudo da neuropsicologia, ela possui um caráter interdisciplinar, tendo como base as neurociências (neuroanatomia, neurofisiologia, neuroquímica, etc.), a psicologia cognitiva, a psicofarmacologia e psicopatologia, além da psicométrica, uma vez que a neuropsicologia faz uso de testes como instrumentos de análise.

Além disso, a partir de diferentes perspectivas, a neuropsicologia pode ter tanto um caráter experimental, quanto clínico, como explicitado por Manning (2005 apud Hazin *et al.*, 2018, p.1139):

Enquanto a Neuropsicologia Experimental tem como objeto de investigação as relações entre, de um lado, a estrutura e o funcionamento do encéfalo, de outro, os processos psicológicos superiores, o objetivo maior da Neuropsicologia Clínica consiste na avaliação das capacidades cognitivas deficitárias, estabelecendo igualmente as funções preservadas, contribuindo assim para a organização e implementação de um programa de reabilitação neuropsicológica em indivíduos com queixas associadas a condições neurológicas específicas.

Considerando o aspecto histórico, o termo “neuropsicologia” foi usado pela primeira vez, em 1913, por Sir William Osler, em uma conferência nos Estados Unidos. Somado a isso, o termo apareceu também no subtítulo da obra “*The Organization of Behavior: A Neuropsychological Theory*”, de Donald Hebb, em 1949. Entretanto, séculos antes de Cristo, há registros gregos a respeito da relação entre

¹ Tais funções podem ser definidas como processos mentais envolvidos em adquirir, armazenar, manipular e usar informações.

anatomia cerebral, funções cognitivas, sensações, sentimentos, dentre outros (Wajman, 2018). Depois disso, não houve muitos avanços durante o período medieval, os quais voltaram a ocorrer com o renascimento, haja vista o interesse pela dissecação e estudos sobre o corpo humano. No decorrer do século XIX, Franz Gall, Paul Broca e Carl Wernicke contribuíram para o entendimento das áreas cerebrais. Enquanto Gall, ao se basear na frenologia², abriu caminho para o estudo da localização funcional do cérebro, Paul Broca, após autópsia de pacientes com afasia³, descobriu a área de Broca, que se relaciona com produção da linguagem. Em complemento, Carl Wernicke identificou outra área cerebral ligada à linguagem (área de Wernicke), responsável pela compreensão (Hazin *et al.*, 2018).

Por outro lado, a neuropsicologia como campo clínico e experimental se desenvolve especialmente após a Primeira e Segunda Guerras Mundiais, quando houve aumento de pacientes com lesões cerebrais traumáticas. Nesse sentido, Alexander Luria, a partir dos estudos de Vygotsky com pacientes neurológicos russos, desenvolveu uma abordagem qualitativa e funcional, que considera processos mentais e não apenas resultados (relação causal), integrando avaliações cognitivas e comportamentais de maneira mais “humanizada”. Além disso, Luria propôs que o cérebro trabalharia como um sistema funcional com três unidades principais. A primeira seria responsável pela regulação do tônus, atenção e vigília (tronco encefálico); a segunda, pela recepção, análise e armazenamento de informações sensoriais (lóbulos occipital, temporal e parietal), enquanto a última (lobo frontal) estaria relacionada ao planejamento, regulação e verificação da atividade (Wajman, 2018).

Ainda no cenário atual, com o surgimento da neuroimagem, tornou-se possível o estudo do funcionamento cerebral em tempo real, ou seja, enquanto o sujeito realiza as tarefas cognitivas propostas. Desse modo, tais avanços permitiram a confirmação dos resultados de análises anteriores, nas quais houve a identificação das redes neurais envolvidas nos processos cognitivos, além de exigirem da neuropsicologia uma avaliação mais contextualizada e abrangente, interpretando os resultados dentro de um sistema mútuo de processamento de informação (Hazin *et al.*, 2018).

No Brasil, Hazin *et al.* (2018, p.1143 - 1144) explicam:

² Antiga e desacreditada teoria científica que considerava a conformação e as protuberâncias do crânio como indicativas do caráter e das faculdades ou aptidões mentais do indivíduo.

³ A afasia é a perda parcial ou total da capacidade de expressar ou compreender a linguagem falada ou escrita. É o resultado de danos às áreas do cérebro que controlam a linguagem.

A Neuropsicologia chega ao Brasil através das práticas da neurologia. Em São Paulo, o médico pediatra Antonio Branco Lefèvre, considerado patrono e fundador da Neuropsicologia brasileira, defendeu em 1950 tese intitulada "Contribuição para a psicopatologia da afasia em crianças", inaugurando um campo de produção científica e de práticas que paulatinamente vêm se adensando no país. No ano de 1975 criou, na Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), o Setor de Atividade Nervosa Superior, marcado pela interdisciplinaridade e pela aproximação com a psicologia, notadamente através de Beatriz Helena Lefèvre que, nos anos 1980, publicou o livro Neuropsicologia Infantil. Nessa mesma época, a psicóloga Cândida Helena Pires de Camargo introduziu a Neuropsicologia no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Em parceria com o Professor Raul Marino Junior, implementaram a avaliação neuropsicológica de pacientes com epilepsia e outros transtornos neurológicos.

A partir dos anos 2000, surgem cursos de especialização em neuropsicologia em várias regiões do país. Contudo, apenas em 2013 (Resolução CFP, nº 02/2004), o Conselho Federal de Psicologia (CFP) reconheceu oficialmente a neuropsicologia como especialidade da psicologia, o que impulsionou sua profissionalização.

1.2. Neuropsicologia e terceira idade

Feitas as devidas introduções à neuropsicologia e a sua história, é possível dar continuidade às especificações do tema proposto pelo presente escrito. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto em países desenvolvidos são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais, em países em desenvolvimento, como o Brasil, a idade cai para 60 anos (Garcia, 2022). Além disso, a população idosa cresce cada vez mais, sendo que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) prevê que, em 2030, haverá mais brasileiros com idade superior a 60 anos do que crianças (Castro, 2024). Nesse sentido, fica clara a importância do aprofundamento e, conseqüentemente, dos avanços dos estudos sobre todos os aspectos relacionados à terceira idade.

Uma relevante questão a ser respondida diz respeito à importância da avaliação neuropsicológica para o idoso. Fraga (2018) e Souza e Teixeira (2014) concordam que, ao medir o desempenho das funções cognitivas do idoso, a avaliação neuropsicológica embasa o diagnóstico diferencial, auxilia no entendimento da capacidade funcional, assim como pode direcionar intervenções terapêuticas. Desse modo, a partir da preocupação do próprio indivíduo, de um informante experiente ou de um profissional a respeito de um declínio nas funções cognitivas do idoso, a avaliação neuropsicológica tem como finalidade não apenas auxiliar no diagnóstico, como também no prognóstico. Ademais, é importantíssimo ressaltar que as alterações no desempenho do paciente devem ser consideradas comparativamente com o funcionamento prévio do próprio indivíduo, e não em relação a diferentes

desempenhos entre indivíduos distintos. Para tal avaliação individual que possa embasar um diagnóstico, o próprio DSM-5-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*, APA, 2022) dá preferência para a documentação através da avaliação neuropsicológica.

Nesse viés, sendo a avaliação neuropsicológica um exame complexo e composto por vários testes, no idoso ela é ainda mais meticulosa, uma vez que o neuropsicólogo deve compreender com precisão as distinções entre o envelhecimento típico, o comprometimento cognitivo leve e os sinais iniciais das demências, considerando também a variabilidade individual destes processos (Fraga, 2018). Sob essa perspectiva, Fraga (2018, p. 2 - 3) esclarece:

Bottino, Laks e Blay (2006) citam estudos realizados com idosos normais que demonstraram que os idosos mantiveram desempenho cognitivo estável quando avaliados de forma longitudinal por investigação clínica cuidadosa e testagem psicométrica repetida. Estes resultados demonstram que o declínio cognitivo não fazia parte do envelhecimento em 70% dos idosos. Percebe-se que há nos idosos preservação dos conhecimentos adquiridos ao longo da vida até os 70 anos, embora ocorra uma redução significativa nas habilidades práticas e executivas que dependem de percepção visual, análise visuoespacial e desempenho visuomotor a partir dos 70 anos, independente do sexo e condição socioeconômica. Essas reduções decorrem de alterações na atenção e na memória imediata, bem como na capacidade de planejamento antecipatório das ações.

Outro aspecto importante a ser considerado é que, devido ao aumento de recursos e tecnologias, o número de pessoas que se encontra na terceira idade tem crescido cada vez mais, e tal fato traz também novas necessidades e desafios. Ao se tratar da neuropsicologia, os declínios relacionados à idade ocorrem em proporções diferentes em cada função cognitiva, porém é esperado, com o avanço da idade e principalmente a partir dos 70 anos, prejuízos de atenção, memória, velocidade de processamento⁴, função inibitória⁵, função sensorial, dentre outras (Fraga, 2018). Todavia, há diferenças nesses rebaixamentos considerando um envelhecimento “normal”, declínios cognitivos leves e demências. Dessa forma, de acordo com o DSM-5-TR (APA, 2022, p.668), fica claro que:

A demência é incluída na entidade recém-nomeada transtorno neurocognitivo maior, embora o termo demência não seja impedido de ser usado nos subtipos etiológicos nos quais esse termo é padrão. Além disso, o DSM-5 reconhece um nível menos grave de comprometimento cognitivo, transtorno neurocognitivo leve, que também pode ser foco de cuidado.

⁴ Velocidade com a qual são desempenhadas as operações mentais.

⁵ Capacidade de o cérebro inibir ou suprimir respostas automáticas, impulsos ou comportamentos que não são adequados ou necessários num determinado contexto.

Segundo Huang (2023), a demência trata-se da degeneração crônica, global e geralmente irreversível da cognição. Além disso, o DSM-5-TR (APA, 2022) traz uma tabela com os domínios neurocognitivos, ou funções cognitivas, e exemplos cotidianos de como eles são afetados tanto no transtorno neurocognitivo leve (declínio cognitivo leve), quanto no transtorno neurocognitivo maior (demência). Fica claro que o que diferencia os dois é o grau de comprometimento da capacidade de independência nas atividades diárias: enquanto no transtorno neurocognitivo leve possa ser necessário maior esforço ou estratégias compensatórias na realização de certas tarefas, no caso do transtorno neurocognitivo maior, a assistência em atividades complexas, como pagar contas ou administrar medicações, se torna essencial. Por fim, é importante pontuar que o transtorno neurocognitivo leve, assim como o maior, podem ser devido a doença de Alzheimer, doença vascular, doença do corpo de Lewy, degeneração frontotemporal, infecção pelo HIV, uso de medicamentos/substâncias, etc. (DSM-5-TR, APA, 2022).

1.3. Instrumentos da avaliação neuropsicológica na terceira idade

Ao se tratar da avaliação neuropsicológica em si, ela consiste em uma investigação a partir de testes psicométricos, é claro, mas também de entrevistas, as quais são essenciais não só para a coleta de dados, mas também para o próprio direcionamento do caminho avaliativo. Contudo, ao elencar quais os instrumentos avaliativos mais usados com idosos no Brasil, Fraga (2018, p.9) esclarece:

Nas últimas décadas ocorreu um aumento das pesquisas relacionadas com a avaliação neuropsicológica no Brasil, conforme salientam Ramos e Hamdan (2016). De acordo com os dados encontrados na pesquisa dos autores supracitados, entre os instrumentos mais utilizados para avaliação neuropsicológica no Brasil estão o MMSE (Mini-mental State Examination), WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale), Verbal Fluency Test e WCST (Wisconsin Card Sorting test). Também são utilizados o Teste do Desenho do Relógio, o Questionário de atividades funcionais e a EDG (Escala para Depressão Geriátrica) para compor a bateria de testes utilizada com idosos.

Somado a isso, além de Fraga (2018) citar os instrumentos acima como os mais utilizados no Brasil, ela lista os aspectos cognitivos a serem investigados, no idoso, pela avaliação neuropsicológica, em uma tentativa de direcionar melhor o processo avaliativo, como por exemplo habilidade de fluência verbal, memória, raciocínio abstrato, dentre alguns outros. Entretanto, não há uma regra de quais funções cognitivas vão ser analisadas, uma vez que cada paciente possui suas especificidades. Além disso, Memória, Capucho e Yassuda (2014) mostram a importância de uma bateria avaliativa ampla para além da queixa específica trazida, o

que aumenta o valor diagnóstico da avaliação, já que, ao permitir uma visão mais abrangente e detalhada dos domínios cognitivos, gera uma compreensão mais fundamentada do caso. Ademais, segundo Memória, Capucho e Yassuda (2014, p.96), “[...] deve-se privilegiar testes com estudos de validação para a população brasileira no intuito de garantir maior confiabilidade aos resultados [...]”.

Nessa lógica, Souza e Teixeira (2014) trazem a importância dos testes de rastreio⁶, até para o melhor direcionamento do caso, além de elencarem diversos exemplos desses testes. Somado a isso, Memória, Capucho e Yassuda (2014) não apenas explicam várias funções cognitivas/executivas, mas também enumeram diversas opções de instrumentos avaliativos para cada uma delas. Contudo, é importante pontuar que todo teste psicométrico possui suas desvantagens e vantagens ao tratar-se de avaliação neuropsicológica na terceira idade, as quais podem representar desafios ou possibilidades nesse processo, o que será discutido posteriormente no presente trabalho.

No que diz respeito à atenção, ela “se trata da habilidade de selecionar estímulos para processamento e da inibição do processamento de informações irrelevantes” (Memória; Capucho; Yassuda, 2014, p.96). Além do mais, a atenção está ligada à concentração, focalização de estímulos, inibição de distratores, capacidade de alternar o foco da atenção quando necessário, dentre outros. Dentre os instrumentos citados pelos autores para avaliar a atenção, está o Dígitos Ordem Direta (*Wechsler Adult Intelligence Scale – WAIS III*) (Nascimento, 2004 apud Memória; Capucho; Yassuda, 2014), o qual é um subteste verbal, e como o aspecto visual na grande maioria das vezes é prejudicado com o avanço da idade, ele pode ser muito útil. No entanto, a WAIS III possui uma limitação de idade de até 89 anos e, embora seja uma faixa alta, pode ser considerada uma desvantagem caso chegue um paciente com 90 anos ou mais, já que isso impossibilitaria sua aplicação. Outro instrumento bastante usado para medir a atenção é a BPA - 2⁷ (Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção) (Rueda, 2022), que mede de forma separada as atenções concentrada, dividida e alternada, o que é bastante vantajoso na avaliação neuropsicológica. Embora ela possua uma limitação de idade ampla (94 anos), o que é ótimo ao se tratar de idosos, por exigir aspectos visuais e motores pode não ser considerada uma opção tão interessante para alguns deles como, por exemplo, para pacientes com Mal de Parkinson.

⁶ Ferramentas para identificar, de forma rápida e eficaz, possíveis alterações cognitivas ou disfunções neurológicas. É uma avaliação inicial, que não substitui uma avaliação neuropsicológica completa, mas que ajuda a identificar a necessidade de uma investigação mais detalhada.

⁷ A BPA - 2 é a versão atualizada da BPA, com tabelas e normas mais recentes. A BPA - 2 abrange até 94 anos de idade, enquanto a primeira versão apenas até 82 anos.

Outra função cognitiva discutida por Memória, Capucho e Yassuda (2014) são as funções executivas. Tais funções são um subconjunto das funções cognitivas, mais especializadas, as quais envolvem o controle e regulação dos outros processos mentais para atingir metas e resolver problemas. Segundo Memória, Capucho e Yassuda (2014, p.97), as funções executivas:

Correspondem a um conjunto de habilidades que, de forma integrada, permitem direcionar comportamentos a metas. Compõem as funções executivas as seguintes habilidades: iniciativa, seleção de objetivos, tomada de decisão, implementação (planejar os comportamentos necessários para a sua execução), avaliação das alternativas, avaliação de consequências, flexibilidade mental e monitoramento de ação.

Dentre os instrumentos sugeridos para avaliação das funções executivas, estão alguns subtestes da WAIS III como arranjo de figuras, códigos, procurar símbolos, semelhanças, dígitos ordem inversa e sequência de números e letras. Assim, a WAIS III consegue fazer uma investigação bastante detalhada de diferentes funções cognitivas, uma vez que ela é usada para além das funções executivas, o que é uma vantagem. Porém, aplicar todos os seus subtestes em uma única sessão pode ser muito cansativo, ainda mais no idoso, o qual tende a alcançar a fadiga em um tempo menor. Nessa lógica, Banhato e Guedes (2011, p. 145) reforçam:

No Brasil, a escala WAIS-III foi adaptada e validada por Nascimento (2004). No entanto, ainda é escasso o número de estudos brasileiros que a utilizam, particularmente, no que se refere à população idosa. Uma razão que justifique essa constatação empírica é o prazo relativamente longo despendido na aplicação (60 a 90 minutos), o que pode resultar em fadiga, dispersão atencional e perda da motivação.

Em relação à memória, ela “pode ser definida como a capacidade de codificar, armazenar e evocar informações” (Memória; Capucho; Yassuda, 2014, p.98). Além disso, é composta por subtipos a partir de diferentes critérios, tais como memórias de curto e longo prazo, semântica⁸ e episódica, explícita e implícita⁹, memória de trabalho¹⁰, dentre outras. No idoso, as queixas de memória são muito frequentes e é importante considerar também que as dificuldades sensoriais podem prejudicar na qualidade do registro das informações. Nesse sentido, Memória, Capucho e Yassuda (2014) apontam o RAVLT (Teste de aprendizagem auditivo verbal de Rey - adaptado

⁸ A memória semântica é avaliada por testes que medem habilidades como conhecimentos gerais e vocabulário. Por outro lado, a memória episódica está ligada à memorização de informações associadas a um contexto temporal e espacial.

⁹ Subsistema da memória de longo prazo, não acessível à consciência, a qual se relaciona com a formação de hábitos e comportamentos automatizados.

¹⁰ Envolve a retenção e o processamento de informações simultaneamente. Relaciona-se com resolução de problemas complexos, cálculos matemáticos mentais, etc.

para o Brasil) (Malloy-Diniz *et al*, 2007 apud Memória; Capucho; Yassuda, 2014) como uma opção bastante confiável para a avaliação da memória. Assim, o RAVLT avalia a curva de aprendizagem e a perda de informação no resgate tardio e conta com tabelas normalizadas no Brasil por faixa etária e nível de escolaridade, o que é extremamente positivo. Todavia, é importante estar atento para a possível fadiga mental do paciente, uma vez que é um instrumento com uma sobrecarga cognitiva considerável. Ademais, outro instrumento sugerido pelos autores é a Figura Complexa de Rey (Foss *et al.*, 2010; Rey, 2010; apud Memória; Capucho; Yassuda, 2014), e até o ano da obra de Caixeta e Teixeira (2014), esse teste ainda era válido, porém atualmente teve parecer desfavorável pelo SATEPSI (2025). Contudo, similar a ele, há a opção da Figura Complexa de Taylor (Taylor, 1969), e assim como o RAVLT, por avaliar a evocação imediata e tardia, ambos são mais sensíveis para identificar os indivíduos com maior risco de desenvolver Alzheimer ou de apresentar um declínio mais acentuado ao longo do tempo (Memória; Capucho; Yassuda, 2014). No caso da Figura Complexa de Taylor, a aplicação da versão simplificada mostra-se bastante eficaz em idosos com baixa escolaridade, existindo evidências de sua validade e confiabilidade (Paula *et al*, 2016). No entanto, é necessário estar atento para possíveis desvantagens de sua aplicação em idosos acometidos com artrose e tremores, já que pode haver comprometimento da habilidade motora fina necessária para desenhar.

É importante ressaltar que uma das queixas mais comuns na terceira idade está relacionada às dificuldades de memória. Desse modo, segundo Memória, Capucho e Yassuda (2014), os subsistemas da memória de trabalho e da memória episódica estão mais vulneráveis ao processo de envelhecimento. Somado a isso, é válido pontuar que além de os déficits sensoriais serem mais frequentes, o que pode repercutir na qualidade do registro de informações, dificuldades de atenção podem estar relacionadas com queixas de memória, uma vez que para se lembrar de algo, é necessário primeiro conseguir fixar os elementos, e isso depende da capacidade do sujeito de prestar atenção.

Em relação à avaliação da linguagem, é essencial que os testes neuropsicológicos aplicados abarquem a fluência verbal (semântica e fonológica), a nomeação, o vocabulário, a repetição de palavras e/ou frases, a descrição de cenas, a leitura e a escrita. De acordo com Memória, Capucho e Yassuda (2014), habilidades linguísticas como vocabulário e processamento sintático não sofrem grandes alterações em um contexto saudável, em oposição à fluência verbal e à capacidade de abstração. Ademais, Memória, Capucho e Yassuda (2014, p. 100) explicam:

As falhas na memória de trabalho podem comprometer a compreensão do discurso e de textos, além de afetar a velocidade de leitura. A redução da capacidade de inibir ideias irrelevantes contribui para a dificuldade de o idoso manter-se atento a uma conversação ou a uma leitura complexa. As falhas de nomeação podem estar relacionadas à dificuldade de acesso aos sistemas semântico, léxico-semântico e/ ou léxico-fonológico (Mansur, Radanovic, Araújo, Taquemori, & Grego, 2006.). Percebe-se, assim, como as funções cognitivas são interligadas e sobrepostas, realçando a importância de uma avaliação ampla.

Dentre os instrumentos expostos por Memória, Capucho e Yassuda (2014), não foi citado a MTL¹¹ (Bateria Montreal Toulouse de Avaliação da Linguagem) (Parente *et al*, 2016), visto que não havia sido lançada ainda. Considerando os pontos positivos dessa bateria, está a sua adaptação para a população brasileira e a sua completude, já que avalia múltiplos componentes da linguagem como compreensão oral e escrita, nomeação, repetição, leitura, escrita, fluência verbal e praxias, a partir de 22 tarefas. Entretanto, sobre os aspectos negativos, ressalta-se que a MTL só avalia pessoas de até 75 anos de idade, o que pode ser um empecilho ao se tratar de avaliação neuropsicológica na terceira idade e, devido à sua extensão, aplicá-la por inteiro pode ser bem cansativo para o paciente idoso. Ademais, Memória, Capucho e Yassuda (2014) citam o teste de fluência verbal fonológica (FAS) (Machado *et al.*, 2009 *apud* Memória; Capucho; Yassuda, 2014) como uma possibilidade dentro da avaliação da linguagem. Um ponto positivo do FAS é sua rápida aplicação, o que diminui a possibilidade de fadiga do idoso, além de já existirem dados normativos para idosos brasileiros, levando em conta idade e escolaridade, aumentando a precisão na interpretação dos resultados. Todavia, é importante pontuar que o tempo cronometrado pode gerar estresse em alguns idosos, especialmente em contexto de avaliação formal, prejudicando a performance.

As praxias referem-se às habilidades as quais permitem executar ações voltadas para determinado fim, ou seja, um objetivo no plano concreto, através da atividade motora (Memória; Capucho; Yassuda, 2014). Logo, os testes neuropsicológicos permitem avaliar a coordenação grafomotora, velocidade psicomotora e habilidade para formular planos ou metas. Assim, Memória, Capucho e Yassuda (2014) sugerem o subteste cubos da WAIS III e a Figura Complexa de Rey, que aqui será substituída pela de Taylor. Nesse viés, é imprescindível considerar a baixa clareza da visão, que é comum com o processo de envelhecimento, e a baixa capacidade de abstração, as quais podem influenciar na aplicação dos testes citados acima.

¹¹ A MTL exige no mínimo 5 anos de educação formal para que a avaliação seja precisa.

A cognição social diz respeito aos “processos psicológicos que capacitam o indivíduo a interagir com outras pessoas e a participar de um grupo social”, segundo Memória, Capucho e Yassuda (2014, p. 105). Desse modo, a cognição social abrange percepção de sinais sociais e emocionais, processamento das intenções dos demais, avaliação da relevância de informações, adesão a normas sociais e geração de respostas comportamentais. Assim, os autores indicam o Teste de Faux Pas (Baron-Cohen *et al.*, 1999; Stone *et al.*, 1998 apud Memória; Capucho; Yassuda, 2014), o qual pode ser interessante por não exigir da percepção visual do idoso, mas, ao mesmo tempo, pode ser muito cansativo, já que ele é composto por 20 histórias. Outra sugestão é o *Reading the Mind in the Eyes* (Baron-Cohen; Jolliffe; Martimire; Robertson, 1997 apud Memória; Capucho; Yassuda, 2014), que é de simples aplicação e não tem limitação máxima de idade, o que é positivo. Contudo, embora visualmente simples, problemas de visão não corrigidos, lentidão cognitiva ou fadiga podem impactar negativamente o desempenho.

Por fim, em relação ao humor, é interessante a aplicação de testes relacionados à depressão, por ser uma manifestação comum na terceira idade, o que será discutido posteriormente. Além disso, como algumas doenças neurodegenerativas podem apresentar apatia, é importante diferenciar tais sintomas de um Transtorno Depressivo Maior. Para isso, a Escala Baptista de Depressão Idosa (Baptista, 2013) pode ser muito útil, uma vez que pode ser lida para o idoso, o que anula empecilhos visuais e de analfabetismo, mas pode ser cansativa por ser composta por 20 itens.

Além da análise dos instrumentos avaliativos em si feita anteriormente, é importante também ponderar o impacto de condições clínicas e psicossociais no desempenho do idoso durante a avaliação neuropsicológica, tópico que será discutido no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2. INFLUÊNCIAS NEURODEGENERATIVAS, AFETIVAS E SOCIAIS NA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DO IDOSO

2.1. Doenças neurodegenerativas no idoso

Ainda que considerar o histórico de saúde seja importante em qualquer faixa etária, em pacientes idosos a necessidade do acompanhamento médico e o uso de medicações são muito mais comuns, sendo indispensável a análise dos fatores neurodegenerativos. Logo, é naturalmente esperado que, com o envelhecimento, haja mudanças na motricidade, memória, funções executivas, percepção, dentre outros, pela própria deterioração fisiológica devido ao avanço do tempo (Porto; Nitrini, 2014). Contudo, algumas doenças neurodegenerativas podem influenciar diretamente no processo da avaliação neuropsicológica, tais como doença de Alzheimer, doença de Parkinson, demência com corpos de Lewy, demência frontotemporal, dentre outras. Nessa lógica, doenças neurodegenerativas são aquelas resultantes da morte progressiva de neurônios, normalmente não têm cura e pioram com o passar do tempo.

Na doença de Alzheimer, o acometimento da memória é um dos principais sintomas observados, em especial da de curto prazo, resultando na repetição de informações em um período reduzido (Caixeta *et al.*, 2014). Ademais, por ser uma doença neurodegenerativa, a diferenciação entre os estágios da doença, especialmente nos estágios iniciais, pode ser um desafio, já que os sintomas podem ser sutis e confundidos com o envelhecimento normal. Assim, o RAVLT é sugerido como boa opção para detecção de tais déficits, e os testes de memória visual podem ser mais adequados para pacientes com baixa escolaridade, o que é muito comum no Brasil. Desse modo, Caixeta *et al.* (2014, p.155) explicam:

Nos testes de memória (seja verbal ou visual) aplicados em indivíduos com DA, a curva de aprendizado é praticamente plana (p. ex., muitos ensaios são necessários para se aprender uma nova informação), erros de intrusão são comuns (p. ex., evocar palavras que não estão na lista a serem lembradas, apesar de serem semanticamente relacionadas) e paradigmas de reconhecimento são pouco melhores que os de resgate. Pode haver uma taxa acelerada de esquecimento.

No que diz respeito à atenção, observa-se que a seletiva e a dividida¹² apresentam maior comprometimento, enquanto em relação ao QI, normalmente há um comprometimento maior do de execução que do verbal. Além disso, déficits de linguagem variam com o estadiamento da doença, sendo que dificuldades de evocar algumas palavras específicas são comuns na fase inicial. Dessa maneira, o prejuízo na comunicação do avaliador com o idoso portador da doença de Alzheimer pode ser desafiador para o processo avaliativo, já que o paciente “inicialmente preserva o discurso fluente, com predomínio de déficits léxico-semânticos, mas eventualmente evolui para afasia global” (Caixeta *et al.*, 2014, p.156). Por fim, em relação às funções executivas, podem ocorrer danos precoces no julgamento, tomadas de decisão, raciocínio abstrato, planejamento, organização e resolução de problemas (Caixeta *et al.*, 2014).

Já a doença de Parkinson está para além de um transtorno motor, afetando aspectos cognitivos, podendo avançar até a demência (DDP). Nessa lógica, uma característica desafiadora dessa doença para a avaliação neuropsicológica é esclarecida por Caixeta *et al.* (2014, p. 167):

O principal elemento da DDP é a apatia associada à lentidão do processamento cognitivo e disfunção executiva. Portanto, alguns pacientes podem se mostrar muito apáticos durante a testagem, o que pode ser confundido com comportamento depressivo ou de economia de esforço. O examinador deverá ter paciência, pois em geral as respostas são demoradas (daí a necessidade de se valorizar o tempo de resposta cronometrado), não obstante muitas vezes estarem corretas.

Outra doença neurodegenerativa que se relaciona com o Mal de Parkinson é a demência com corpos de Lewy, mas elas se diferenciam com base na temporalidade dos sintomas motores e cognitivos. Normalmente, na doença de Parkinson, os sintomas motores precedem os cognitivos, sendo que esses aparecem depois de um ano ou mais desde o surgimento daqueles. Por outro lado, na demência com corpos de Lewy, os prejuízos cognitivos surgem dentro de um ano do desenvolvimento de sintomas motores (Parmera *et al.*, 2022). Neste sentido, tal critério diagnóstico é nomeado como “regra de um ano”, e “embora de certa forma arbitrária, trata-se de uma abordagem empírica que evita erros na prática clínica e esclarece a distinção em pesquisas e estudos clínicos” (Parmera *et al.*, 2022, p.74).

¹² A atenção seletiva é a capacidade cognitiva de focar em informações relevantes num ambiente com múltiplos estímulos, ignorando distrações. Por outro lado, a atenção dividida é um tipo de atenção simultânea que nos permite processar diferentes fontes de informação e realizar com sucesso várias tarefas ao mesmo tempo.

É importante pontuar que, devido aos impactos motores da doença de Parkinson, pode haver comprometimento na execução de alguns testes que se apoiam nessas habilidades, como escrita, produção gráfica, coordenação fina, etc. Outro desafio se relaciona à consciência flutuante, que é uma das principais características da demência com corpos de Lewy, a qual pode ocasionar uma variabilidade expressiva no desempenho de testes durante a avaliação neuropsicológica (Caixeta *et al.*, 2014).

No que diz respeito ao QI, o de execução normalmente apresenta maiores prejuízos do que o verbal em ambas as demências, possivelmente devido à disfunção motora. Em relação à atenção, há menor resistência às interferências, havendo maior dispersão. Somado a isso, a função executiva também é comprometida em ambas as doenças, já que há muitas dificuldades no controle mental, na tomada de decisões e na memória de trabalho. Na memória, o reconhecimento é melhor do que a evocação, já que o paciente se beneficia mais de pistas do que se recorda livremente de informações. Além disso, nota-se déficits visuoperceptivos e visuespaciais (Caixeta *et al.*, 2014).

Sobre a demência frontotemporal (DFT), os principais aspectos envolvem transformações na personalidade, as quais podem se manifestar como apatia ou desinibição, além de mudanças no comportamento. Os pacientes tendem a apresentar piora na forma como interagem socialmente, podendo violar normas sociais, agir de maneira inadequada ou até cometer atos ilegais. Também há prejuízos na autorregulação, como descuido com a higiene pessoal, além de um empobrecimento das respostas emocionais e perda da capacidade de assimilar suas próprias alterações (Caixeta *et al.*, 2014). Nessa lógica, Caixeta *et al.* (2014, p. 158 - 159) explicam:

Também são observadas rigidez mental e inflexibilidade (grande adesão a rotinas, rituais, observação de relógio) de um lado e, paradoxalmente, impersistência de outro. Além disso, podem-se observar mudanças em hábitos dietéticos com hiperoralidade (eventualmente com aumento da ingestão de álcool e uma predileção por doces e carboidratos), perseverações motoras e verbais, desinibição e inércia comportamental, além de transtorno de controle dos impulsos: cleptomania, jogo patológico.

A demência frontotemporal não é homogênea, podendo ser classificada de acordo com as características motoras e comportamentais. Ademais, o diagnóstico precoce é um desafio, uma vez que testes neuropsicológicos e alguns exames de neuroimagem podem não identificar alterações precoces da doença, as quais podem estar associadas a outras enfermidades (Caixeta *et al.*, 2014).

A avaliação de pacientes com demência frontotemporal costuma ser desafiadora, principalmente devido à conhecida dificuldade desses indivíduos em colaborar e se envolver emocionalmente. Além disso, alterações comportamentais como agressividade, agitação intensa ou apatia podem, em certos casos, tornar a aplicação dos testes inviável. A falta de engajamento tende a ser comum, especialmente em atividades que exigem esforço cognitivo, refletindo uma falta de empenho mental ou uma tendência a poupar esforço (Caixeta *et al.*, 2014).

Na demência frontotemporal, o QI pode estar normal ou com índices reduzidos devido à falta de engajamento. As funções executivas são as mais afetadas pela doença, com ausência de *insight*¹³, comprometimentos no planejamento, julgamento, abstração, organização, resolução de problemas, presença de perseveração comportamental e incapacidade de inibir respostas inapropriadas. Em relação à atenção, devido à apatia, impulsividade, ou agitação motora, nota-se falta de precisão e distração frequentes. A memória do dia a dia e a episódica não são alteradas normalmente, mas há dificuldades de evocação, com aproveitamento de pistas para o reconhecimento (Caixeta *et al.*, 2014).

Sobre a linguagem do paciente com demência frontotemporal, alguns pontos merecem melhor detalhamento. É possível observar a ocorrência de palilalia e ecolalia¹⁴, sendo seguida pela progressiva redução verbal, passando de uma comunicação lacônica para monossilábica, até chegar no mutismo completo. Nesse sentido, o indivíduo perde a capacidade de produzir linguagem de forma eficaz, com aparente dificuldade de criar, estruturar e planejar novas respostas, recorrendo, em vez disso, a expressões automáticas ou já muito conhecidas. Somado a isso, pacientes com demência frontotemporal apresentam problemas no uso da linguagem dentro de contextos sociais, visto que eles não monitoram adequadamente o que dizem, desrespeitam normas básicas de conversação e têm dificuldade em ajustar sua fala com base no que o outro já disse. Além disso, aqueles que apresentam predomínio de apatia mostram pouco ou nenhum interesse em se comunicar, enquanto os que sofrem de uma forma desinibida da doença tendem a falar em excesso, de maneira desorganizada (Caixeta *et al.*, 2014). Sob essa ótica, Caixeta *et al.* (2014, p. 161 - 162) esclarecem:

Palavras ou frases estereotipadas (bordões) e perseverações verbais podem estar evidentes e a repetição é relativamente preservada. A fala é fluente,

¹³ Capacidade de uma pessoa perceber, reconhecer e entender suas próprias alterações mentais, comportamentais ou emocionais.

¹⁴ Palilalia é a repetição automática das próprias palavras ou frases, enquanto a ecolalia é a repetição automática de sons ou palavras ditas por outras pessoas.

mas a prosódia pode estar perdida. A nomeação de objetos é geralmente preservada, em contraste com dificuldades com fluência verbal, tanto no quesito letras (FAS) como no quesito categoria (p. ex., animais).

2.2. Ansiedade e depressão na terceira idade

Ainda que quadros de ansiedade e depressão sejam muito comuns em idosos, eles não são resultados naturais do envelhecimento, mas de fatores biopsicossociais. Em relação à ansiedade, sua incidência é menor em idosos do que em jovens adultos, o que pode indicar redução dos níveis de ansiedade ou modificação na sua manifestação com o envelhecimento (Diniz; Teixeira, 2014). Por outro lado, diversos fatores de risco para o surgimento de transtornos depressivos em idosos são amplamente reconhecidos, abrangendo aspectos biopsicossociais. Entre estes fatores estão o isolamento social, a redução da rede de apoio, mudanças nos papéis sociais e familiares, como a diminuição da produtividade laboral ou a aposentadoria, além de acontecimentos marcantes como luto, ocorrência de doenças clínicas e o uso de algumas medicações. A presença isolada de um destes fatores, por si só, geralmente não é suficiente para desencadear um transtorno depressivo. No entanto, o acúmulo destes elementos e a forma como interagem aumentam significativamente a vulnerabilidade do idoso ao desenvolvimento da depressão (Diniz; Teixeira, 2014).

A depressão se apresenta de forma mais heterogênea no idoso do que em jovens adultos, o que, conseqüentemente, torna sua sistematização e seu diagnóstico possíveis desafios para a prática clínica. Segundo Diniz e Teixeira (2014), se os sintomas depressivos fossem classificados de acordo com manifestações psíquicas e somáticas, o idoso tende a apresentar mais sintomas somáticos, como dor crônica, cansaço, alteração de apetite, dentre outros. Contudo, Diniz e Teixeira (2014, p.258) também explicam:

No entanto, os sintomas psíquicos são priorizados na definição diagnóstica das síndromes depressivas de acordo com os sistemas diagnósticos vigentes, o DSM-IV-TR e a CID-10, que se baseiam principalmente nas características de pacientes adultos. Assim, além da dificuldade relacionada à própria heterogeneidade da depressão no idoso, as classificações diagnósticas atuais não são estruturadas para auxiliar a identificação desses quadros em indivíduos senis, tornando o diagnóstico clínico da depressão nesse grupo populacional bastante complexo.

Indivíduos idosos, com depressão, frequentemente apresentam dificuldades de memória episódica, funções executivas e velocidade de processamento. Além disso, muitas vezes os déficits cognitivos associados à depressão se sobressaem tanto, que é necessário um diagnóstico diferencial com demências, sendo classificada, nesse

caso, como “pseudodemência depressiva”. Ademais, reconhecer alterações cognitivas na depressão em idosos é fundamental, considerando suas implicações prognósticas, como a tendência à diminuição da resposta ao tratamento antidepressivo e o maior risco de evolução para síndromes demenciais. Embora o nível de evidência seja mais limitado, conclusões semelhantes podem ser estendidas aos transtornos de ansiedade (Diniz; Teixeira, 2014). A partir de um estudo revisional sobre os efeitos cognitivos da ansiedade no idoso, Sternieri *et al.* (2022) relatam que uma limitação encontrada para a construção do trabalho foi a escassez de materiais experimentais envolvendo a temática, sugerindo maiores investigações sobre o assunto e reforçando o que foi escrito por Diniz e Teixeira (2014).

2.3. Relação da rede de apoio ao idoso e do cuidador com a avaliação neuropsicológica

A rede de apoio ao idoso consiste no conjunto de relações, comunidades e serviços que oferecem suporte físico, emocional e social para a pessoa idosa, promovendo seu bem-estar e integração social. Esta rede divide-se em informal, composta por família e amigos, e formal, com profissionais de saúde e serviços sociais. Nesse sentido, muitas vezes há um cuidador principal, que assume a responsabilidade dos cuidados de modo regular. Pesquisas apontam que, na maioria dos casos, os responsáveis por tais cuidados são os próprios familiares, que não possuem preparo técnico nem recebem pagamento por essa atividade. Logo, esta situação pode resultar em sobrecarga, já que o cuidador não tem tal função como profissão, enfrentando falta de tempo para o descanso e para cuidar de si mesmo, o que pode comprometer sua qualidade de vida e também o próprio cuidado destinado ao idoso (Kobayasi *et al.*, 2019).

Para Conceição e Bernardo (2024), com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, a necessidade de suporte também cresce e, conseqüentemente, há um maior número de pessoas envolvidas como cuidadores principais. Todavia, embora possa haver mais indivíduos cuidando de maneira regular do idoso, o que teoricamente poderia contribuir para a divisão de tarefas, na prática isso não acontece, sendo observado, como resultado, uma concentração de demandas em um único cuidador. Conceição e Bernardo (2024) alegam que é de extrema importância, para os cuidadores e para o idoso, o acompanhamento psicológico, ações psicoeducativas e o aumento da rede de apoio, tendo em vista o trabalho excessivo, situações de vulnerabilidade, condições socioeconômicas desfavoráveis, desconhecimento sobre demências, dentre outros.

Ademais, segundo Kobayasi *et al.* (2019), observou-se que a maior parte dos idosos apresentou algum nível de déficit cognitivo e que a redução da velocidade de processamento cerebral favorece o avanço de quadros demenciais, resultando em uma perda gradual de autonomia nas atividades diárias e, conseqüentemente, em uma maior necessidade de cuidados. Logo, quanto maiores os declínios cognitivos, maior será a necessidade de cuidado e, possivelmente, maior a sobrecarga do cuidador principal. Nesse sentido, a rede de apoio é extremamente importante para o processo avaliativo, uma vez que podem auxiliar o cuidador, que na maioria das vezes se encontra em situação de esgotamento, a perceber declínios cognitivos que merecem avaliação neuropsicológica. Por outro lado, o contrário também se confirma, visto que a avaliação neuropsicológica pode ser muito benéfica para o próprio cuidador ao identificar os déficits cognitivos e auxiliar em diagnósticos, podendo ajudar a pensar em estratégias cotidianas para tornar o cuidado menos árduo e com maior qualidade, tendo em vista as limitações cognitivas específicas de cada idoso.

Além de ouvir o idoso sobre suas próprias demandas, é indispensável entrevistar um cuidador ou familiar, uma vez que por causa das limitações cognitivas comuns com o envelhecimento, as informações repassadas apenas pelo idoso podem não ser exatas. Por isso, Ferreira e Ferreira (2014, p. 69) afirmam:

Outro fator pertinente na realização da avaliação neuropsicológica em idosos é a escuta das queixas, tanto as do examinando como as dos familiares ou cuidadores próximos. A identificação das observações dos familiares e/ou cuidadores é imprescindível, uma vez que o paciente idoso pode não detectar suas falhas cognitivas, apresentando um quadro de anosognosia ou mesmo não conseguindo se lembrar, no momento da entrevista, de suas dificuldades cognitivas. As queixas podem ser supervalorizadas, minimizadas ou mesmo não coincidentes entre o ponto de vista do idoso e dos familiares e/ou cuidadores, mas, de qualquer forma, elas nortearão a escolha dos instrumentos a serem utilizados na avaliação.

2.4. Fatores socioeconômicos, vulnerabilidades e o processo avaliativo neuropsicológico na terceira idade

É imprescindível um olhar integralizado durante o processo de avaliação neuropsicológica, uma vez que, antes de tudo, o avaliador é um psicólogo, sendo impossível pensar em psicologia sem considerar fatores socioeconômicos. Dessa maneira, caso tais fatores não sejam incluídos, o avaliador estaria apenas reproduzindo um modelo biomédico, assim como desigualdades e sofrimentos. Nessa lógica, Ferreira *et al.* (2025, p. 500) entendem que “a interação entre biologia, psicologia e ciências sociais é essencial para oferecer uma visão mais completa do envelhecimento e atender melhor às necessidades dessa população”.

Do ponto de vista social, os idosos enfrentam diversas formas de vulnerabilidade. Apesar de avanços legais, como o Estatuto do Idoso, muitos ainda vivem em condições precárias, com acesso limitado à saúde, moradia adequada e segurança social. A dependência econômica, muitas vezes associada à aposentadoria como única fonte de renda, acarreta dificuldades para garantir uma vida digna. Além disso, o isolamento social e a solidão são questões frequentes, agravadas pela desvalorização do idoso na cultura contemporânea, que tende a privilegiar a juventude e a produtividade. Outro ponto alarmante é a violência contra o idoso, que vai desde o abandono e negligência até agressões físicas e psicológicas, frequentemente ocorrendo dentro do ambiente familiar. Essa realidade revela não só uma falha de proteção social, mas também um reflexo da exclusão dessa população.

Conforme discutido anteriormente, a rede de apoio é extremamente importante, sendo que Silva *et al.* (2025) enfatizam como ela é essencial para a promoção da saúde física e mental do idoso, prevenindo os sentimentos de solidão, depressão e isolamento. Enquanto estes autores explicam como a ausência da rede de apoio pode agravar situações geradoras de vulnerabilidade, Ferreira *et al.* (2025) argumentam sobre como essa rede pode ser um risco ou uma vantagem. No estudo de Ferreira *et al.* (2025), alguns idosos retratam a família, que compõe a rede de apoio na grande maioria das vezes, tanto como uma fonte de apoio e cuidado quanto como motivo de preocupação, sobretudo pela necessidade constante de reafirmação da autonomia diante de atitudes familiares que restringem ou negam suas liberdades individuais. Assim, conforme explicado por Matos *et al.* (2022 apud Ferreira *et al.*, 2025, p. 505):

[...] o paternalismo se opõe ao cuidado, pois não favorece a criação de cenários que protejam as capacidades autônomas do indivíduo. Isso implica que a família pode ser ao mesmo tempo uma fonte de apoio e um risco para a autonomia das pessoas idosas. Nesse contexto, as relações familiares surgem como um fator relevante a ser investigado no cuidado em saúde mental dessa população, podendo atuar como uma potencialidade ou como um risco. Esse aspecto também se reflete na frustração do reconhecimento da potencialidade, frequentemente associada a uma visão capacitista do sujeito [...]. É crucial destacar que a vulnerabilidade social, especialmente no que se refere às implicações para a autonomia, envolve também os profissionais dos serviços de saúde.

Outro aspecto relevante é discutido por Penido (2018), segundo o qual cerca de 75% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do Sistema Unificado de Saúde (SUS), fato que demonstra como a oportunidade de realizar uma avaliação neuropsicológica pode ser mais difícil para a maioria dos idosos. Apesar das inúmeras vantagens do SUS, muitos locais da rede não contam com neuropsicólogos

(Ribeiro, 2018), sendo necessários vários encaminhamentos, processos burocráticos e um tempo de espera maior do que se esses idosos tivessem condições de pagar pela avaliação.

Desse modo, fica claro que o neuropsicólogo deve considerar a história do idoso em sua completude e não apenas olhar para os resultados dos testes. Por isso, o profissional precisa sair de uma posição de comodidade e atentar-se criticamente aos obstáculos que a maioria dos idosos, no Brasil, enfrentam para ter acesso à avaliação neuropsicológica, entendendo suas limitações, inclusive de se deslocarem aos poucos locais da rede que contam com atendimento neuropsicológico. Além disso, ainda que haja necessidade de outros informantes devido às possíveis limitações cognitivas do idoso, é imprescindível que durante o processo avaliativo, o indivíduo tenha sua autonomia reafirmada.

CAPÍTULO 3. ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS, BARREIRAS SENSORIAIS E PERSPECTIVAS DE REABILITAÇÃO NA NEUROPSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

3.1. Adaptações transculturais para o contexto brasileiro

Considerando a importância da avaliação neuropsicológica para o paciente idoso, alguns testes usados na avaliação neuropsicológica deste público não são oriundos do Brasil, o que, conseqüentemente, exige adaptações transculturais para que os instrumentos se adequem a uma nova realidade sociocultural, sem que percam a fidedignidade de mensuração. Neste sentido, ao se tratar de adaptações transculturais, é preciso pensar em equivalências semântica, conceitual, operacional, de itens, dentre outras. Ademais, o aumento de pesquisas e estudos relacionados ao assunto evidencia a atual preocupação em compreender e atender as demandas da população idosa em sua multiplicidade e complexidade (Maia *et al.*, 2014). Embora tais ajustes possam ser vistos como desafios, eles podem ser compreendidos também como uma possibilidade de aprimorar as avaliações neuropsicológicas, tornando-as mais abrangentes e precisas, já que haveria um número maior de instrumentos disponíveis.

Como todas as adaptações transculturais, aquelas relacionadas aos instrumentos destinados à população idosa também devem seguir um rigor psicométrico. Nesta lógica, é necessário propor crivos de correção e pontos de corte condizentes com a cultura para a qual o teste é adaptado, assim como comparações entre os dados psicométricos dos instrumentos originais e dos adaptados (Maia *et al.*, 2014). Além disso, ao lidar com o idoso, é necessário um olhar mais atento para evitar desconforto e incômodo aos sujeitos de quem as informações serão coletadas, por isso, Maia *et al.* (2014, p. 370) acrescentam:

Diante dos valores referentes às médias e medianas verificadas, assinala-se que o número de itens do instrumento reflete uma tendência contemporânea que se preocupa não com a quantidade de dados encontrados, mas sim com a qualidade das informações colhidas junto ao idoso. De modo geral, a prática clínica e a pesquisa com idosos têm mostrado preocupação quanto ao método de investigação utilizado junto a esta população.

Por fim, nota-se que a adaptação de instrumentos oriundos de outros países para o contexto brasileiro deve ser realizada com prudência, devido às significativas disparidades sociais, econômicas e culturais presentes no Brasil (Maia *et al.*, 2014). O

Brasil é marcado por elevados índices de desigualdade social, diferenças acentuadas no acesso à educação, além de variações significativas no nível de letramento entre regiões e grupos populacionais. Essas condições podem impactar diretamente a forma como indivíduos compreendem, interpretam e respondem aos itens de um instrumento neuropsicológico. Além disso, o país abriga uma pluralidade de identidades, idiomas, expressões simbólicas e modos de vida, que variam entre regiões, uma vez que o Brasil possui uma extensão territorial imensa. Esta diversidade impõe desafios adicionais à adaptação de instrumentos, uma vez que conceitos, exemplos e referências culturalmente situados precisam ser considerados.

3.2. Avaliação neuropsicológica e limitações sensoriais do idoso

Como discutido anteriormente no presente trabalho, muitos instrumentos utilizados no processo avaliativo do idoso possuem suas vantagens e desvantagens, mas ao se tratar de limitações sensoriais, características da terceira idade, há possibilidades de estratégias adaptativas tentando preservar a validade do teste. É imprescindível considerar tais limitações para diferenciar influências nos resultados a partir de sintomas cognitivos reais ou de reduções de habilidades sensoriais e, conseqüentemente, chegar a conclusões apropriadas (Dumassais *et al.*, 2024).

Nesse sentido, não se trata apenas de mudar a forma de aplicar um teste para que o mesmo se torne adaptado, uma vez que a validade do instrumento também se baseia nas instruções de como ele deve ser administrado, mas é possível realizar uma avaliação neuropsicológica que abrace as limitações físicas do idoso, sem que se perca a credibilidade. Assim, Schlindwein-Zanini *et al.* (2013, p. 38) explicam:

Para aplicação da testagem em pacientes com limitações auditivas, visuais e psicomotoras, é necessário que o profissional esteja preparado, aptidão esta que possibilita que baterias flexíveis de avaliação neuropsicológica sejam montadas ou adaptadas na prática clínica. Além disso, é preciso profissionais capacitados clínica e eticamente para trabalharem com pessoas com essas limitações. O atendimento neuropsicológico a indivíduos com necessidades especiais requer, ainda mais, além de capacidade técnica, compreensão, ética e respeito a eles e a suas famílias. Nesse âmbito, o profissional deve estar consciente de suas próprias dificuldades.

Ainda que existam muitos instrumentos neuropsicológicos disponíveis, a maioria não é viável para pessoas com limitações físicas/sensoriais da forma que foram planejados originalmente (Schlindwein-Zanini *et al.*, 2013). Dessa maneira, a partir de tal desafio, novas possibilidades avaliativas devem ser pensadas e, ao se tratar de estratégias adaptativas, pode-se usar uma comunicação alternativa,

modificações ambientais, testes sem itens visuais e/ou auditivos, dentre outros (Dumassais *et al.*, 2024).

Em geral, os instrumentos neuropsicológicos orientam como a instrução deve ser dita para se chegar a resultados imparciais e fidedignos. Todavia, alterar a forma como o comando é dado, sem ofertar dicas, é claro, pode viabilizar uma aplicação mais compreensível ao examinando. Deste modo, o idoso, por estar em um contexto avaliativo, pode se sentir ansioso e não entender claramente a instrução original; por não possuir nível de escolaridade alto, fato comum na realidade socioeconômica brasileira, pode ter dificuldades de compreender o que é para ser feito a partir das palavras usadas no comando primordial; por ter um rebaixamento de outras funções cognitivas por causa da idade, pode não entender a orientação original, situação que também fornece dados qualitativos.

Somado a isso, mudanças no ambiente podem ser feitas para tentar compensar limitações físicas do idoso durante o processo avaliativo. Logo, Memória, Capucho e Yassuda (2014, p. 96) acrescentam:

Ao avaliar o idoso, algumas cautelas devem ser adotadas, como: ambiente com poucos estímulos distratores, iluminação adequada, sessões de no máximo 90 minutos de duração (para minimizar efeito de fadiga) e utilização de materiais de fácil visualização. Destaca-se ainda a necessidade de garantir a compensação de déficits sensoriais, que podem influenciar a percepção dos estímulos e a compreensão das instruções, por meio de óculos, lentes de contato e aparelhos auditivos.

Outra possibilidade para tentar compensar as dificuldades sensoriais do idoso seria usar testes/subtestes coerentes com as limitações específicas de cada paciente. Por exemplo, Schlindwein-Zanini *et al.* (2013) trazem o RAVLT como uma opção para pacientes com limitações visuais muito severas, já que se trata de um teste que avalia memória auditiva; o subteste “cubos” da WASI e da WAIS III para pessoas com limitações auditivas, mas não para pessoas com perdas visuais ou motoras, por não conseguirem ver claramente as figuras apresentadas e manusear com precisão os cubos; e o Teste Wisconsin e as Figuras Complexas de Rey para pacientes com perdas auditivas, mas é importante ressaltar que este último está desfavorável pelo SATEPSI no momento do presente escrito. Essa estratégia compensatória seria uma possibilidade do neuropsicólogo conseguir realizar uma avaliação no idoso com limitações sensoriais, com a ressalva de que o entendimento de certas funções cognitivas poderia ser superficial. Logo, é clara a escassez de instrumentos que

levem em consideração questões físicas, fazendo-se necessário maior aprofundamento científico neste tópico (Schlindwein-Zanini *et al.*, 2013).

3.3. Avaliação neuropsicológica no idoso e reabilitação neuropsicológica/cognitiva

Uma vez que a avaliação neuropsicológica permite identificar quais funções cognitivas estão preservadas e quais estão comprometidas, ela pode ser um meio de orientar intervenções individualizadas e adaptadas, auxiliando na criação de um projeto de reabilitação personalizado de acordo com as necessidades e possibilidades de cada idoso. Além disso, os resultados fornecidos pela avaliação neuropsicológica são fundamentais para a comunicação entre profissionais (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros), promovendo uma abordagem interdisciplinar coerente e centrada no paciente.

No que se refere à reabilitação neuropsicológica ou cognitiva, não há um consenso na literatura a respeito da diferenciação entre os dois termos, sendo inclusive uma dificuldade encontrada no presente trabalho. Desse modo, serão trazidos pontos de intersecção e distinção entre esses termos, encontrados em escritos científicos e considerando diferentes autores.

Há pelo menos duas décadas, a literatura discute as diferenças entre reabilitação neuropsicológica e reabilitação cognitiva. Coltheart, Brunsdon e Nickels (2005) propuseram essa distinção considerando três aspectos principais: as bases teóricas de cada abordagem, seus objetivos terapêuticos e o tipo de população a que se destinam. Segundo eles, a reabilitação neuropsicológica apoia-se em modelos cognitivos estruturados, que descrevem como os sistemas de processamento mental operam e onde ocorrem as disfunções. Essa base teórica possibilita identificar com maior precisão os mecanismos cognitivos prejudicados e, a partir disso, desenvolver intervenções específicas para esses processos. Por sua vez, a reabilitação cognitiva adota uma perspectiva mais pragmática e funcional, voltada para o desempenho do indivíduo em atividades diárias. Nesta abordagem, busca-se favorecer a adaptação e o funcionamento prático, sem a necessidade de recorrer, de modo estrito, a modelos cognitivos detalhados para orientar as estratégias terapêuticas. No que diz respeito à finalidade de cada uma, a primeira enfatiza a restauração da função, enquanto a segunda ensinaria o sujeito a contornar suas limitações com novas ferramentas ou

adaptações ambientais. Por fim, os pacientes alvo da reabilitação cognitiva normalmente possuem distúrbios adquiridos como acidente vascular cerebral, por exemplo, enquanto a reabilitação neuropsicológica também se estende a transtornos do neurodesenvolvimento.

Entretanto, como dito anteriormente, a distinção entre os dois tipos de reabilitação não é um consenso na literatura. De acordo com Carvalho, Machado e Caramelli (2014), que discorrem apenas sobre a reabilitação cognitiva, essa abordagem seria mais personalizada e trabalhada junto com o paciente e a família. Segundo eles, o objetivo seria melhorar o funcionamento do indivíduo em seu dia a dia, e não apenas nas tarefas aplicadas. Para isso, a reabilitação cognitiva tentaria fortalecer as funções preservadas, assim como compensar as que estão em declínio

Por outra ótica, Sá *et al.* (2019) entendem a reabilitação cognitiva como uma subcategoria da neuropsicológica. Assim, a reabilitação neuropsicológica visa explorar as habilidades cognitivas ainda preservadas, mas também tentar tornar hábeis novamente as que estão prejudicadas, a partir do envolvimento do sujeito e sua rede de apoio. Já a reabilitação cognitiva tenta aproveitar as funções ainda preservadas por meio de estratégias compensatórias e de treinos que simulem o cotidiano do paciente. Os autores ainda destacam que a reabilitação cognitiva possui um viés mais individualizado, uma vez que considera as preferências do paciente.

Alvares (2019) também considera a reabilitação cognitiva como componente da reabilitação neuropsicológica. No caso desta última, ela abrange desde lesões adquiridas até transtornos do neurodesenvolvimento e neuropsiquiátricos. De acordo com Alvares (2019), a reabilitação cognitiva objetiva capacitar o sujeito e sua rede de apoio a conviverem melhor com os declínios através de treinos cognitivos¹⁵, os quais são distantes do contexto ocupacional, segundo a autora. Já a reabilitação neuropsicológica requer uma avaliação neuropsicológica e engloba a psicoterapia e o trabalho com os familiares no âmbito terapêutico. Para Alvares (2019), é a reabilitação neuropsicológica que intervém no cotidiano do paciente, e não a cognitiva.

Gomez e Silva (2016) entendem que a reabilitação cognitiva pode contar com três técnicas: restauração, compensação e reestruturação, sendo a primeira

¹⁵ Atividades que estimulam e exercitam as funções cerebrais, como memória, atenção, raciocínio e linguagem. Elas podem incluir jogos de tabuleiro e quebra-cabeças, exercícios de memória, leitura, aplicativos de treino cerebral e até mesmo atividades físicas que desafiam a coordenação motora e o raciocínio

caracterizada pela recuperação da função (que não estaria sendo usada em sua plena capacidade); a segunda, pelo uso de estratégias compensatórias para adaptação de déficits que não podem ser restaurados, e a última por mudanças no ambiente a fim de permitir melhor desempenho do paciente. No que diz respeito à reabilitação neuropsicológica, ela é precedida por uma avaliação neuropsicológica, podendo haver, inclusive, reavaliação para acompanhamento das possíveis evoluções. As autoras ainda subdividem a avaliação neuropsicológica em combinada e holística, mas por não ser o foco do presente escrito, tal diferenciação não será discutido. Importante ressaltar, porém, que ambas contam com equipes multidisciplinares e integram a parte social ao processo de reabilitação.

Considerando o exposto até o presente momento, é possível afirmar que para Sá *et al.* (2019) e Alvares (2019), a reabilitação cognitiva seria uma subcategoria ou componente da reabilitação neuropsicológica. Por sua vez, Coltheart, Brunson e Nickels (2005) sugerem diferenças entre as duas reabilitações, discorrendo sobre as estratégias de intervenção usadas em cada uma delas. Mais recentemente, Sá *et al.* (2019) afirmam que a reabilitação neuropsicológica foca em recuperar as funções cognitivas em declínio. Somado a isso, Coltheart, Brunson e Nickels (2005), Carvalho, Machado e Caramelli (2014) e Sá *et al.* (2019) entendem que a reabilitação cognitiva é voltada para o contexto cotidiano individual, buscando objetivos realistas através de estratégias compensatórias. Logo, a reabilitação cognitiva visa o aproveitamento das funções ainda preservadas e a diminuição das limitações do paciente. Todavia, Wilson (1997 apud Gomez; Silva, 2016, p. 242) questionam o uso do termo reabilitação em alguns casos:

Diversas discussões são descritas na literatura em relação ao uso do termo "reabilitação cognitiva" iniciando pela origem da palavra "reabilitação", derivada de "habilitação", que significa "tornar-se hábil"; então, "reabilitação" seria "tornar-se hábil novamente". A polêmica reside nos resultados da intervenção, que nem sempre representam o significado da palavra propriamente dita. É plenamente reconhecido pelos profissionais que trabalham nessa área que é quase impossível tornar as pessoas com deficiência cerebral (moderada ou grave) capazes novamente se, por essa expressão, entendemos "retorná-las à situação anterior", conforme cita a palavra "reabilitação".

Outros aspectos podem ser apontados ao compararmos os diversos autores. Coltheart, Brunson e Nickels (2005) diferenciavam o tipo de demanda atendida por

cada tipo de reabilitação, apontando que a reabilitação cognitiva é mais frequentemente aplicada em casos de lesões adquiridas. Quase quinze anos depois, Alvares (2019) concorda sobre o foco da reabilitação neuropsicológica, que abrange um espectro mais amplo, incluindo condições decorrentes do neurodesenvolvimento e de transtornos neuropsiquiátricos para além de distúrbios adquiridos.

Apesar de não haver consenso no uso dos termos discutidos acima, é indiscutível que a avaliação neuropsicológica é a base que possibilita a orientação do processo de reabilitação em idosos. Ela permite identificar quais funções cognitivas estão preservadas, quais estão comprometidas e como esses déficits se refletem no funcionamento cotidiano. A partir dessa análise detalhada, é possível definir objetivos terapêuticos realistas, assim como selecionar intervenções adequadas. Em idosos, essa relação torna-se ainda mais relevante devido às particularidades do envelhecimento, como o declínio cognitivo esperado, prevalência de transtornos neurocognitivos, alterações sensoriais e maior impacto na autonomia e independência. Dessa maneira, a avaliação neuropsicológica representa uma possibilidade de melhora ao idoso, uma vez que norteia a reabilitação, assegurando um cuidado mais preciso, individualizado e eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho evidencia que a avaliação neuropsicológica na terceira idade é um processo complexo, que demanda não apenas rigor técnico, mas também sensibilidade para compreender a pluralidade de fatores que atravessam o envelhecimento no Brasil. A partir da revisão bibliográfica realizada, observou-se que o envelhecimento humano é um fenômeno multidimensional, marcado por alterações cognitivas, emocionais, biológicas e sociais que se expressam de maneira distinta em cada indivíduo. Compreender essa diversidade é fundamental para que a avaliação neuropsicológica seja conduzida de forma precisa, ética e contextualizada.

Ao longo do estudo, verificou-se que a neuropsicologia desempenha um papel essencial na identificação de declínios cognitivos, no diagnóstico diferencial entre envelhecimento típico e quadros patológicos, bem como na orientação de intervenções e estratégias de cuidado. Somado a isso, ficou claro que quadros emocionais podem simular ou agravar déficits cognitivos, tornando o diagnóstico ainda mais desafiador.

Um ponto fundamental destacado neste trabalho refere-se às disparidades socioculturais e socioeconômicas do Brasil. Os aspectos citados, a vulnerabilidade social, a baixa escolaridade típica da população idosa brasileira e a sobrecarga da rede de apoio exercem influência direta nas possibilidades de acesso a avaliações e tratamentos especializados. Somado a isso, o país apresenta uma população idosa marcada por diferentes níveis de escolaridade e amplo repertório cultural, o que reforça a necessidade de adaptações transculturais criteriosas, que respeitem as especificidades da população brasileira e reduzam vieses avaliativos que possam comprometer diagnósticos e intervenções.

Também foi possível observar que limitações sensoriais, especialmente déficits visuais, auditivos e motores, desempenham um papel central na avaliação do idoso. Essas barreiras podem prejudicar diretamente a aplicação de instrumentos, influenciar no desempenho do paciente e gerar interpretações inadequadas caso não sejam devidamente ajustadas. Assim, o profissional pode adotar estratégias compensatórias, adaptar formatos de aplicação e garantir condições adequadas para que a avaliação seja possível e se mantenha válida, a partir das especificidades de cada caso.

Por fim, verificou-se que a avaliação neuropsicológica representa elemento central não apenas para diagnóstico, mas também para o planejamento de estratégias de reabilitação neuropsicológica e cognitiva, especialmente quando orientadas por equipes interdisciplinares. Ademais, é clara a escassez de trabalhos que diferenciam a reabilitação cognitiva da reabilitação neuropsicológica, o que pode ser visto como uma limitação para o presente escrito. Assim, conclui-se que uma prática avaliativa ética, contextualizada e sensível às particularidades biopsicossociais do idoso é indispensável para promover intervenções mais humanas, precisas e eficazes, contribuindo significativamente para a qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARES, M. Reabilitação cognitiva ou neuropsicológica, o que o terapeuta ocupacional faz? *In:* **Reab.me**, 2019. Disponível em: <https://www.reab.me/a-polemica-t-o-psico-cognicao/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. rev. (Texto revisado). Porto Alegre: Artmed, 2022.

BANHATO, E. F. C.; GUEDES, D. V. Cognição e hipertensão: influência da escolaridade. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n.2, p. 143-151, abr.- jun. 2011.

BAPTISTA, M. N.; EBADEP-ID: **Escala Baptista de Depressão: versão idosos: manual**. São Paulo: Vetor, 2013.

CAIXETA, L. *et al.* Neuropsicologia das doenças degenerativas mais comuns. *In:* CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (orgs). **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014, cap. 13, p. 153-170.

CARVALHO, V., A.; MACHADO, T., H.; CARAMELLI, P. Reabilitação da memória no idoso. *In:* CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (orgs). **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014, cap. 26, p. 301-310.

CASTRO, A. Senado se prepara para atender desafios do aumento acelerado de idosos no país. **Senado notícias**, Brasília, 26 jan. 2024. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/01/26/senado-se-prepara-para-atender-desafios-do-aumento-acelerado-de-idosos-no-pais>. Acesso em: 05 jun. 2025.

COLTHEART, M.; BRUNSDON, R.; NICKELS, L.; D. T. Wade (Eds.). Cognitive

rehabilitation and its relationship to cognitive-neuropsychological rehabilitation. *In*: HALLIGAN, P. W. **The Effectiveness of Rehabilitation for Cognitive Deficits**, 1st ed., [S. l.] Oxford University Press, 2005, cap. 2, p.11-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198526544.003.0002>.

CONCEIÇÃO, L. M.; BERNADO, K. J. Acompanhamento de cuidadores de idosos: relato de experiência de estágio em psicologia. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 13, e5482, 2024.

DINIZ, B. S.; TEIXEIRA, A. L. Neuropsicologia da depressão e dos transtornos de ansiedade do idoso. *In*: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (orgs). **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014, cap. 22, p. 257-263.

DUMASSAIS, S. *et al.* Strategies used during the cognitive evaluation of older adults with dual sensory impairment: a scoping review. **Age and Ageing**, [Canada], v. 53, afae051, 2024.

FERREIRA, R. J.; FERREIRA, S. B. Particularidades da avaliação neuropsiológica do idoso. *In*: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (orgs). **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014, cap. 5, p. 67-74.

FERREIRA, T. S. *et al.* O envelhecer sob a ótica de pessoas idosas: desafios, vulnerabilidades, e mecanismos de resiliência. **Interfaces Científicas**, Aracaju, v.12, v. 3, p. 497-511, 2025.

FRAGA, V. F. **Avaliação neuropsicológica em idosos**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Avaliação Psicológica) - [S. l.], 2018. Disponível em: https://ava.fcm.uerj.br/pluginfile.php/73959/mod_resource/content/1/AVALIA%C3%87%C3%83O%20NEUROPSICOL%C3%93GICA.pdf. Acesso em: 15 jun. 2025.

GARCIA, D.; MENDONÇA, L. (ed.). Artigo: Um olhar atento às pessoas da terceira idade. **Correio do Povo**, [Porto Alegre], 29 set. 2022. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/smel/noticias/artigo-um-olhar-atento-pessoas-da-terceira-idade>. Acesso em: 05 jun. 2025.

GOMEZ, J. A.; SILVA, K. K. Fundamentos da reabilitação cognitiva. *In*:

MALLOY-DINIZ, L. F. *et al* (orgs.). **Neuropsicologia: aplicações clínicas**. Porto Alegre: Artmed, 2016, cap. 15, p. 241-260.

HAZIN, I. *et al*. Neuropsicologia no Brasil: passado, presente e futuro. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p. 1137-1154, 2018.

HUANG, J. Demência. **Manual MSD – Versão Profissional**. Merck & Co., 2023. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/distúrbios-neurológicos/delirium-e-demência/demência>. Acesso em: 10 jun. 2025.

KOBAYASI, D. Y. *et al*. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v.37, n.2, p. 140-148, 2019.

MAIA, R. S. *et al*. Adaptação transcultural de instrumentos para idosos no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v.19, n.2, p. 359-376, 2014.

MEMÓRIA, C. M.; CAPUCHO, P. H.; YASSUDA, M. S. Testes neuropsicológicos no idoso. *In*: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (orgs.). **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014, cap. 8, p. 95-113.

PARENTE, M. A. *et al*. **Bateria Montreal-Toulouse de Avaliação da Linguagem (MTL-Brasil): manual**. São Paulo: Vetor, v.1, 2016.

PARMERA, J. B. *et al*. Diagnóstico e manejo da demência da doença de Parkinson e demência com corpos de Lewy: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dement Neuropsychol**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 73-87, set. 2022.

PAULA, J. J. *et al*. Validity and reliability of a “simplified” version of the Taylor Complex Figure Test for the assessment of older adults with low formal education. **Dement Neuropsychol**, [Belo Horizonte], v. 10, n.1, p. 52-57, mar. 2016.

PENIDO, A. **Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS**. [S. l.]: FioCruz, 2018; Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2018/10/estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam- apenas-o-sus?>. Acesso em: 20 out. 2025.

PORTO, F. H.; NITRINI, R. Neuropsicologia do envelhecimento normal e do comprometimento cognitivo leve. *In*: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (orgs). **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014, cap. 12, p. 141-152.

RIBEIRO, F. J. Neuropsicologia aplicada no sistema único de saúde SUS. **Anuário Pesquisa E Extensão Unoesc São Miguel Do Oeste**, v. 3, e19722, 2018. Recuperado de <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/19722>.

RUEDA, F. J. **BPA-2: Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção - 2: Livro de Instruções**. São Paulo: Vetor, v. 1, 2022

SÁ, C. C. *et al.* Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura. **J. Bras. Psiquiatr.**, [São Paulo], v. 68, n.3, p. 153-160, 2019.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. *et al.* Avaliação neuropsicológica e deficiências físicas: revisão de instrumentos viáveis no Brasil. **Contextos Clínicos**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 33-40, 2013.

SILVA, C. A. *et al.* A influência da rede de apoio na qualidade de vida da pessoa idosa: uma revisão integrativa. **Revista Foco**, [S. l.], v. 18, n. 7, p. 01-18, 2025.

SOUZA, L. C.; TEIXEIRA, A. L. Rastreio cognitivo em idosos na prática clínica. *In*: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (orgs). **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014, cap. 7, p. 85-94.

STERNIERI, C. C. *et al.* Efeitos cognitivos da ansiedade em idosos: um estudo de revisão. **ULAKES J Med**, [S. l.], v. 2, n. 3, p.173-182, 2022.

TAYLOR, L. B. Taylor Complex Figure Test, 1969. **PsycTESTS**. Disponível em: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t27194-000>. Acesso em: 15 jun. 2025.

WAJMAN, J. R. Neuropsicologia Clínica: Notas Históricas, Fundamentos Teórico-Methodológicos e Diretrizes para Formação Profissional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 37, e37215, 2021.