www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Documento produzido em 05.04.2015



# UM ESTUDO COM OS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DO MUNICÍPIO DE DRACENA-SP QUE APRESENTAM ALTERAÇÕES DE MEMÓRIA

2015

**Cristilene Fernandes Gastaldi**
Fonoaudióloga. Aluna do Curso de Especialização
Lato Sensu em Neuropsicologia e Interfaces com Neurociências da Unifadra-Faculdades
Dracena (SP), Brasil

**Lucia Helena Tiosso Moretti**
Doutora em Psicologia Clínica. Docente do Curso de Especialização Lato Sensu em Neuopsicologia e
Interfaces com as Neurociências da UNIFADRA – Faculdades Dracena S.P. (Brasil)

E-mail de contato:
baby.cristilene@hotmail.com

---

## RESUMO

A memória é uma das mais importantes funções cognitivas do homem. A memória é esta incrível habilidade que possuímos de armazenar informações e conhecimentos sobre nós mesmos e o mundo que nos cerca. Ela é a base para o desenvolvimento da linguagem, do reconhecimento das pessoas e dos objetos que encontramos todos os dias, para sabermos quem somos e para termos a consciência da continuidade de nossas vidas. Sem a memória, a cada dia, ou mesmo a cada momento, estaríamos começando uma vida nova, sem podermos nos valer do que aprendemos anteriormente. Infelizmente essa angústia faz parte da experiência diária das pessoas que convivem com as doenças que afetam a memória, como as demências, derrames cerebrais ou, mesmo, a depressão agravada. O objetivo deste estudo foi avaliar o nível de perda da memória de idosos institucionalizados. Foram avaliados 20 pacientes com média de idade de 47 anos a 91 anos, dos 33 institucionalizados, pois nem todos tinham condições físicas e cognitivas de responder. O método de avaliação foi à aplicação de questionário adaptado e testes de memória, onde se obtêm uma pontuação e através disto, decorre a avaliação. Os resultados mostraram um alto índice de perda da memória para todos os pacientes institucionalizados avaliados. O estudo mostra que posturas devem ser tomadas no sentido de melhorar a qualidade



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

de vida desses pacientes institucionalizados que embora tenham média de idade igual, apresentaram uma perda de memória mais significativa.

**Palavras-chave:** Memória, depressão, transtornos mentais, demência, idosos.

---

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

"Uma definição simples de "memória" que faça sentido aos pacientes, familiares e profissionais de saúde é "a capacidade de adquirir, armazenar e evocar informações". A memória não é uma única habilidade ou função, porém um acordo intrincado de subsistemas mnemônicos (BRADLEY, 1992, p.5). A falta de memória é uma das faculdades mentais de que pessoas mais frequentemente se queixam ao longo da vida. Na infância e na juventude as queixas sobre falhas na memória não costumam ser demasiado valorizadas, mas o mesmo já não acontece a partir da meia idade e, sobretudo, entre os idosos. Para muitos idosos a memória já não é o que era. É mais lenta, mais incerta e mais vulnerável. Os idosos podem ser mais sábios e experientes do que os jovens, mas em questões de recordação e memória, o desempenho dos idosos é em geral significativamente pior (PINTO, 1999).

Para Godoy (2010), o cérebro humano está sujeito a estímulos externos através dos sentidos, a estímulos internos advindos do organismo e a estímulos de ordem emocional. Há quem acredite que o ser humano só consegue pensar porque há uma interação desses estímulos.

Com a atenção e o poder de concentração não é diferente. Assim, há fatores externos e internos que facilitam ou dificultam a atenção. O interesse pessoal sobre determinado assunto faz com que certas pessoas possam quase que decorar informações com uma única e simples leitura. É de conhecimento geral que quanto maior o interesse mais facilmente se aprende. A vivência de fatos com alta carga emocional faz com que os mesmos permaneçam para sempre na memória. São os chamados fatos marcantes na vida de uma pessoa que, mesmo ocorrendo uma única vez, não são jamais esquecidos. Por outro lado, as preocupações com os problemas diários, a ansiedade e, em muitos casos, a depressão, são fatores que turvam a atenção e, como consequências impedem a retenção de informações novas, gerando a impressão de que a "memória está falhando" (GODOY, 2010, p. 5).

Esses fatores normalmente não afetam diretamente a memória, mas sim a atenção e a concentração. No entanto, quando muito intensos podem provocar alterações temporárias da memória. É o caso dos conhecidos "brancos" que ocorrem em situações de ansiedade intensa (GODOY, 2010, p. 5).


Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

O processo de envelhecimento é acompanhado de declínio em algumas habilidades cognitivas, como a memória episódica e as funções executivas. Entretanto, apenas em alguns casos o declínio cognitivo evolui para a demência. O idoso que apresenta algum prejuízo mnemônico, mesmo que não patológico, em tese, pode queixar-se da memória com maior frequência (VIANNA; YASSUDA 2010).

As queixas de memória também podem ser consideradas parte do conceito de metamemória, visto que refletem percepções e auto avaliações da memória. Têm sido utilizadas, por alguns autores, como um dos critérios para a identificação de prejuízos cognitivos em idosos. Estudos apontam que as queixas podem indicar uma real dificuldade cognitiva, entretanto, outros sugerem que as queixas estão mais associadas a fatores psicológicos, como ansiedade, depressão e alta exigência pessoal (VIANNA; YASSUDA, 2010).

Para Santos (2009), o envelhecimento não é um processo unitário, não acontece de modo simultâneo em todo o organismo nem está associado à existência de uma doença. De fato, envolve múltiplos fatores endógenos e exógenos, os quais devem ser considerados de forma integrada, sobretudo, em situações diagnósticas.

Estima-se que o ser humano "esteja programado" para viver entre 110 e 120 anos. Seu ciclo vital atinge maturidade biológica, o ápice da vitalidade, por volta dos 25, 30 anos. Dos 25 até os 40 o indivíduo pode ser considerado um adulto inicial; até 65 anos, adulto médio ou de meia idade, dos 65 até 75 anos, adulto tardio na velhice precoce, e desta idade em diante, vem à chamada velhice tardia (ANDRADE, 2009).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1994; 2002) estimam que o percentual de brasileiros com mais de 60 anos de idade até o ano 2025 passará de 8,9% para 18,8%. Entre os idosos, o segmento que mais cresce é o dos mais velhos: no grupo com 75 anos ou mais, o crescimento foi de 49,3% entre 1991 e 2000. Andrade (2009) ressalta que a população idosa, no Brasil, apresenta uma taxa de crescimento maior do que a da população total e daquela abaixo de 15 anos. Assim, o Brasil está se tornando um país da terceira idade e precisa voltar suas atenções para as necessidades dos senescentes (BUENO, 2009).

Ao que parece, ocorre uma deterioração geneticamente programada, posto que há um envelhecimento celular e uma finitude na capacidade das células de se dividir,se renovar e se regenerar. Este tipo de decrepitude é inevitável e ditado por regras biológicas não totalmente esclarecidas, como os processos primários (quando e como o envelhecimento e inicia na vida de um indivíduo) e secundários (qualidade e estilo de vida, dieta calórica, atividades físicas), vinculados ao aumento da idade e ao controle pessoal (ANDRADE, 2009).

Défices físicos, cognitivos e comportamentais observados no envelhecimento resultam de um conjunto de alterações biológicas que desencadeiam cascatas de eventos moleculares e celulares as quais geram apoptose, radicais livres, mudanças protéicas e outros danos



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

secundários. No cérebro ocorrem mudanças em diversos âmbitos neurobiológicos e neurofisiológicos (sinapses diminuídas, lentidão do fluxo axoplasmático, decréscimo na plasticidade), neuroquímicos (alterações na circuitária colinérgica; ao nível das monoaminas) e estruturais (neocórtex, complexo hipocampal, núcleos da base) (ANDRADE, 2009, p. 5).

Do ponto de vista morfológico, o cérebro do indivíduo idoso diferencia-se do cérebro da pessoa jovem (redução do tamanho e do peso cerebral), particularmente daquele idoso que sofreu um envelhecimento patológico (alargamento ventricular e dos sulcos e afinamento dos giros). Nestes últimos é evidenciada, por meio de estudo post-mortem, a presença de placas senis e de produtos de degeneração celular não absorvida (ANDRADE, 2009, p. 6).

Fatores neuropsiquiátricos como depressão e demência estão entre os transtornos médicos que mais comprometem a qualidade de vida dos idosos. Alguns estudos, porém, ressaltam que os sintomas de ansiedade e depressão podem ser muito similares e até coexistir (FORLENZA; ALMEIDA, 1997).

A idade avançada não é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão, mas ser viúvo ou viúva e ter uma doença crônica estão associados com vulnerabilidade aos transtornos depressivos. A depressão que inicia nessa faixa etária é caracterizada por vários episódios repetidos (GALVÃO; ABUCHAIM, 2001).

De acordo com os autores nominados acima, os sintomas incluem redução da energia e concentração, problemas com o sono especialmente despertar precoce pela manhã e múltiplos despertares, diminuição do apetite, perda de peso e queixas somáticas (como dores pelo corpo). Um aspecto importante no quadro de pessoas idosas é a ênfase aumentada sobre as queixas somáticas. Além disso, pode haver dificuldades de memória em idosos deprimidos que é chamado de síndrome demencial da depressão que pode ser confundida com a verdadeira demência. Além disso, a depressão pode estar associada com uma doença física e com uso de medicamentos (GALVÃO; ABUCHAIM, 2001, p. 10).

Segundo Papaleo Netto e Carvalho Filho (2002), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, onde ocorrerá alteração morfológica, funcional e bioquímica que vão alterando progressivamente o organismo, tornando mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas, culminando em demência.

Inerente a qualquer organismo, a memória vem fascinando vários pesquisadores. Ao mesmo tempo em que são feitas novas descobertas, mais nos questionamos sobre o funcionamento dessa atividade tão fundamental para adaptação do indivíduo ao ambiente que o cerca (VIUDE; TAMAI; BORSOI, 2003).

Para Allegri et al (2001), as síndromes demenciais podem ser classificadas basicamente em duas categorias etiológicas, a saber: degenerativas e não-degenerativas. As degenerativas podem ter origem predominantemente cortical, como Alzheimer, por exemplo. Já as síndromes não



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

degenerativas decorrem de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, contaminações tóxicas, tumores e outros.

A demência é caracterizada como uma síndrome de disfunção adquirida e persistente das funções intelectuais comprometendo pelo menos três das seguintes atividades mentais: linguagem, memória, capacidade visoespacial, personalidade, cognição, julgamento e solução de problemas; percebendo-se o comprometimento de múltiplas áreas cerebrais na demência (DUARTE; DIOGO, 2000).

As síndromes demenciais podem ser classificadas basicamente em duas categorias etiológicas: degenerativas e não degenerativas. As não degenerativas decorrem de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismo, deficiências nutricionais, contaminações tóxicas, tumores ou outros. Os processos demenciais degenerativos, por sua vez, podem ter uma origem predominantemente cortical, como a enfermidade de Alzheimer, ou subcortical, como a enfermidade de Huntington. Esta divisão entre demências corticais e subcorticais baseia-se na localização lesional predominantemente da enfermidade em questão e implica padrões específicos de transtorno cognitivo (ALLEGRI et al., 2001).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Segundo o autor Dalgalarrondo (2008), a memória é a capacidade de registrar, manter e evocar as experiências e os fatos já ocorridos. A capacidade de memorizar relaciona-se intimamente com nível de consciência, com atenção e com interesse afetivo. Tudo o que uma pessoa aprende em sua vida depende intimamente da capacidade de memorização. Além disso, todos os processos relacionados com a memória são altamente contextualizados. De modo geral, recordamos e aprendemos elementos provenientes de experiências vivenciadas em bloco, nas quais diversas modalidades sensoriais interagem, em contexto emocional determinado e com significações pessoais e sociais especificadas.

Alguns dos principais pesquisadores atuais em neurociências e comportamento atribuem papel central da memória na própria definição e na constituição do ser humano. Para Izquierdo (2002, p. 137), “somos aquilo que recordamos (ou que, de um modo ou de outro, resolvemos esquecer)”.

“Perder a memória, segundo Squire e Kandel leva a perda de si mesmo, à perda da história de uma vida e das interações duradouras com outros seres humanos” (2003, p. 138).

No campo de estudo da memória biológica e humana, podem-se distinguir, de modo genérico, os seguintes tipos de memória:


Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

Memória Cognitiva (psicológica) – atividade altamente diferenciada do sistema nervoso, que permite ao individuo registrar, conservar e evocar a qualquer momento, os dados aprendidos da experiência.

Memória Genética (genótipo) – conteúdo de informações biológicas adquiridas ao longo da história filogenética da espécie, contidas no material genético (DNA, RNA, cromossomos, mitocôndrias) dos seres vivos.

Memória Imunológica – informações registradas e potencialmente recuperáveis pelo sistema imunológico de um ser vivo.

Memória Coletiva ou Cultural – conhecimentos e práticas culturais (costumes, valores, habilidades artísticas e estéticas, preconceitos, ideologias, estilo de vida) produzidos, acumulados e mantidos por um grupo social minimamente estável:

A memória cognitiva ou psicológica é composta por três fases ou elementos básicos:

Fase de registro (percepção, gerenciamento e início da fixação) – nível de consciência e estado geral do organismo (o indivíduo deve estar desperto, não muito cansado, bem nutrido e calmo). Atenção global e capacidade de manutenção de atenção concentrada sobre o conteúdo a ser fixado (capacidade do indivíduo de concentrar-se);

Fase de conservação (retenção) – repetição (pois, de modo geral, quanto mais se repete um conteúdo, mais facilmente este se conserva). Associação com outros elementos;

Fase de evocação (também denominada de lembranças, recordações ou recuperação) – capacidade de recuperar e atualizar os dados fixados. Esquecimento por sua vez, é a denominação que se dá à impossibilidade de evocar e recordar. O reconhecimento é a capacidade de identificar o conteúdo como lembrança e diferenciá-la da imaginação e de representações atuais.

Dalgalarrondo (2008) ressalta que, em relação ao processo temporal de aquisição e evocação de elementos mnêmicos, a neuropsicologia moderna divide a memória em várias fases ou tipos:

Memória Imediata ou de Curtíssimo Prazo (de poucos segundos até 1 a 3 minutos) – confunde-se com a atenção e com a memória de trabalho (que será vista adiante), pois é a capacidade de reter o material imediato (palavras, números, imagens, etc.), tem capacidade limitada e depende da concentração, da fatigabilidade e de certo treino. As memórias imediatas e de trabalho dependem, sobretudo da integridade das áreas pré-frontais (IZQUIERDO, 2002).

Memória Recente ou de Curto Prazo (de poucos minutos até 3 a 6 horas) – capacidade de reter a informação por curto período. Também é um tipo de memória de capacidade limitada. A memória recente depende de estruturas cerebrais das partes mediais dos lobos temporais, como a



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

região CA1 do hipocampo, do córtex entorrinal, assim como do córtex parietal posterior (IZQUIERDO, 2002).

Memória Remota ou de Longo Prazo (de 6 meses até muitos anos) –capacidade de evocação e informações e acontecimentos ocorridos no passado, geralmente após muito tempo do evento (pode durar por toda a vida). É um tipo de memória de capacidade bem mais ampla que a imediata e a recente. Acredita-se que a memória remota relaciona-se tanto ao hipocampo (no processo de transferência de memórias recentes para remotas) como as amplas e difusas áreas corticais, principalmente frontais, incluindo todos os outros lobos cerebrais, sobretudo em suas áreas corticais de associação (KROLL et al., 1997).

O termo *priming* diz respeito a um fenômeno normal e importante do processo de recordação ou evocação. Fragmentos de um conteúdo mnêmico amplo são evocados e, a partir deles, todo o resto é gradativamente recuperado. Assim, um músico toca ou ouve os primeiros dois ou três acordes de uma canção aparentemente esquecida, e, de forma gradativa, a canção toda (e sua sequência de acordes e melodias) começa a surgir para o sujeito. O *priming* pode ser traduzido como dicas evocadas de lembranças mais amplas. Ele sugere que a lembrança de alguns fragmentos da memória e conjuntos mnêmicos maiores seria armazenada de forma parcialmente independente. O *priming* é um fenômeno predominantemente neocortical, participando dele as áreas pré-frontais e corticais associativas temporoparietoccipitais (IZQUIERDO, 2002).

O esquecimento (oposto da evocação) ocorre por três vias:

1ª – Esquecimento normal, fisiológico – por desinteresse do indivíduo ou por desuso.

2ª - Esquecimento por repressão (FREUD [1915], 1974) – quando se trata de um conteúdo desagradável ou pouco importante para o indivíduo, podendo, no entanto, o sujeito, por esforço próprio, voltar a recordar certos conteúdos reprimidos (que ficam estocados no pré-consciente).

3ª – Esquecimento por recalque (FREUD [1915], 1974) – certos conteúdos mnêmicos, devido ao fato de serem emocionalmente insuportáveis, são banidos da consciência, podendo ser recuperados apenas em circunstâncias especiais (ficam estocados no inconsciente).

Apesar de ter sido formulada há mais de 120 anos, a "Lei da regressão mnêmica", de Théodule Ribot (1881), continua válida. Segundo a Lei de Ribot, o indivíduo sofre uma lesão ou doença cerebral sempre que esse processo patológico atinge seus mecanismos mnêmicos de registro e recordação, tende a perder os conteúdos da memória (esquecimento) seguindo algumas regularidades, como:

– O sujeito perde as lembranças e seus conteúdos na ordem e no sentido inverso que os adquiriu.

– Consequência do item anterior, ele perde primeiro elementos recentemente adquiridos e, depois, os elementos mais antigos.

– Perde, inicialmente, os elementos mais complexos e, depois, os mais simples.

– Primeiramente perde as informações menos habituais e, só posteriormente, as mais familiares.

– Basicamente não tem mais os conteúdos neutros, depois, perdem os elementos afetivos e, apenas no fim, os hábitos e os comportamentos costumeiros mais profundamente enraizados no repertório comportamental e mental.

Tipos Específicos de Memória

Atualmente não se fala mais em memória, mas sim em lembranças ou tipos específicos de memória, segundo estudos na área de neurociências. Distinguem-se os modelos de memória de acordo com o caráter consciente ou não consciente do processamento do conteúdo mnêmico e, principalmente, segundo as estruturas cerebrais envolvidas (KANDEL; SCHWARTZ, JESSEL, 1995; MIOTTO et al., 1996; DALLA BARBA, 1998; IZQUIERDO, 2002; BUDSON; PRICE, 2005).

Segundo o caráter consciente ou não consciente do processo mnêmico têm-se as seguintes memórias:

A memória explícita é adquirida de forma plenamente consciente, sendo também a mais relevante do ponto de vista clínico (aqui estão incluídas as lembranças de fatos autobiográficos).

A memória implícita é adquirida de forma mais ou menos automática, o indivíduo não se dá conta de que esta aprendendo esta ou aquela habilidade (aqui estão incluídos os aprendizados de habilidades motoras, por exemplo, andar de bicicleta, aquisições linguísticas, como aprender a língua materna).

A Memória declarativa diz respeito a fatos, eventos e conhecimentos que são memorizados, sendo possível, inclusive, declarar verbalmente de que forma foram memorizados. A memória declarativa é sempre explícita (plenamente consciente) e diz respeito, com mais frequência, a eventos autobiográficos e conhecimentos gerais.

A Memória não declarativa refere-se a hábitos e capacidades, em geral motores, sensoriais, sensório-motores ou eventualmente linguísticos (como nadar, andar de bicicleta, tocar violão, soletrar), sobre os quais é difícil declarar como são lembrados, deve-se agir nadar um pouco, pegar o violão e tocar uma música, para demonstrar (inclusive para si mesmo) que tais coisas são lembradas.



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

São quatro os principais tipos de memória que correspondem a estruturas cerebrais diversas. Esses moldes são, atualmente, as principais formas de memória de interesse à semiologia neurológica, psiquiátrica e neuropsicológica (IZQUIERDO, 2002; BUDSON; PRICE, 2005). São os tipos:

A Memória de trabalho (workingmemory) é, na verdade, a combinação de habilidades de atenção (capacidade de prestar atenção e concentração) e da memória imediata. São exemplos de memória de trabalho o ouvir de um número de telefone, retê-lo na mente, para, em seguida, discar, assim como, quando ao dirigir em uma cidade desconhecida, perguntar sobre um endereço, receber a informação e a sugestão do trajeto e, mentalmente, executar o itinerário de forma progressiva. A memória de trabalho é, de modo geral, explícita e declarativa.

Assim, esse tipo de memória diz respeito a um amplo conjunto de habilidades que permite manter e manipular informações novas (acessando-as em face às antigas). Tais informações (verbais ou visuoespaciais) são mantidas ativas geralmente por curto período (poucos segundos até, no máximo, 1 a 3 minutos), a fim de serem manipuladas, com o objetivo de selecionar um plano de ação e realizar determinada tarefa. O conteúdo mnêmico deve ser utilizado imediatamente sob alguma forma de resposta.

A memória de trabalho também é vista como um gerenciador da memória. Seu papel não é formar arquivos, mas, antes, o de analisar e selecionar as informações que chegam constantemente e compará-las com as existentes nas demais memórias, de curta ou de longa duração. Esse processo requer mecanismos neurais adequados à seleção de informações pertinentes, mantendo-as on-line por breve período, até que a decisão e a resposta adequada sejam tomadas.

As regiões corticais pré-frontais são importantes para a integridade da memória de trabalho. Nas tarefas verbais, há maior envolvimento das áreas pré-frontais esquerdas, assim como, das áreas de Broca (frontal esquerda inferior) e de Wernicke (temporal esquerda superior). Nas tarefas visuoespaciais (seguir mapas mentalmente, sair de labirintos gráficos e montar quebra-cabeças), há maior implicação das áreas pré-frontais direitas, assim como de zonas visuais de associação do córtex temporoparietoccipital direito.

Observa-se, cuidadosamente, o grau de habilidade do paciente em prestar atenção e se concentrar. Particularmente importante é a dificuldade em realizar novas tarefas que incluam a execução de várias etapas distintas em uma sequência após instrução. Um teste simples é aquele incluído no minimental, quando se solicita ao paciente que realize a tarefa: “Veja esta folha de papel em minha mão, quero que pegue este papel com sua mão direita, que o dobre no meio e, depois, o coloque no chão” (LEZAK; HOWIESON; LORING, 2004, p. 142). Também são formas de testar a memória de trabalho solicitar que uma pessoa repita números em sequências direta (a pessoa sem alterações repete de 5 a 8 dígitos, 4 dígitos é resultado limítrofe, e 3 ou



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

menos dígitos resultado alterado) e inversa (normal de 4 a 5 dígitos, 3 resultado limítrofe e 2 ou menos dígitos resultado alterado). Pode se igualmente testar a memória de trabalho de natureza visuoespacial, utilizando-se labirintos gráficos e quebra-cabeças.

De modo geral, todas as condições que afetam as regiões pré-frontais causam alteração da memória de trabalho. As alterações da memória de trabalho ocorrem em distintas condições clínicas, em ordem de frequência: nas demências vasculares e na subforma ou variante frontal da demência frontotemporal. Podem ocorrer também na demência de Alzheimer, na DCL, na esclerose múltipla e no traumatismo craniano. Nos quadros psiquiátricos primários, como esquizofrenia, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno obsessivo-compulsivo, também se verificam alterações da memória de trabalho. No envelhecimento normal, é possível notar dificuldades leves (até, eventualmente, moderadas) na memória de trabalho.

A Memória episódica é a forma mais relevante de memória para a clínica neurológica, psiquiátrica e neuropsicológica. Trata-se de uma forma de memória explícita e declarativa relacionada a eventos específicos da experiência pessoal do indivíduo, ocorridos em determinado contexto. Relatar o que foi feito na noite anterior é um típico exemplo de memória episódica. Esta corresponde a eventos concretos, comumente autobiográficos, bem-circunscritos em determinado momento e local. Refere-se, assim a recordação consciente de fatos reais. A perda da memória episódica, em geral, se evidencia para eventos autobiográficos recentes, mas com o evoluir da doença, pode incluir elementos mais antigos. Nesse sentido, a perda de memória episódica obedece à lei de Ribot (perdem-se primeiro os elementos recentemente adquiridos e, depois, os mais antigos).

Esse tipo de memória depende, em essência, de mecanismos relacionados às regiões da face medial dos lobos temporais, particularmente o hipocampo e os córtices entorrinal e perirrinal. Quando tais áreas lesadas ou se deterioram (como na síndrome de Wernicke-Korsakoff ou com o avançar da demência de Alzheimer), o paciente perde totalmente a capacidade de fixar e lembrar eventos ocorridos há poucos minutos, incluindo situações marcantes e significativas para ele. Respeitando a lei de Ribot, a memória remota de eventos antigos permanece por muito tempo sem alterações. O hipocampo é, de fato, um depósito transitório de memórias, uma estação de transferência de elementos recentemente registrados para um arquivo mais permanente de lembranças, arquivo este localizado presumivelmente de modo difuso em amplas áreas do córtex dos distintos lobos cerebrais.

Suspeita-se de alterações da memória episódica quando se nota que o sujeito vai se tornando incapaz de reter e lembrar informações e experiências recentes de maneira correta e acurada. Um modo de testar a memória episódica e contar uma pequena história para o paciente e, alguns minutos após, pedir que ele a reconte. Deve-se entrevistar o paciente investigando a evolução temporal das falhas de memória. Nesse sentido, o relato dos parentes próximos e cuidadores são essenciais, pois o paciente, geralmente, não tem senso crítico acurado de seu

estado cognitivo e não se recorda de sua perda. Um modo prático de inquirir aos parentes e cuidadores é perguntar se, em comparação há cinco ou 10 anos, o paciente tem dificuldade em se lembrar de coisas que aconteceram recentemente ou se tem dificuldade em se lembrar de onde os objetos de sua casa ou local de trabalho costumam ser guardados.

É necessário, para avaliar o significado da alteração de memória episódica (por exemplo, associá-la ou não à demência), que sejam investigadas outras áreas cognitivas, além da memória (como linguagem, atenção, habilidade visuoespaciais e executivas). Finalmente, é importante que sinais neurológicos focais e alterações de possíveis doenças físicas sistêmicas sejam pesquisados.

As perdas de memória episódica ocorrem, principalmente, nas demências degenerativas, como a demência de Alzheimer, a DCL e a demência frontotemporal. Nesses casos, os déficits de memória instalam-se de forma lenta e progressiva. Também se perde a memória episódica nas demências vasculares e em algumas formas de esclerose múltipla, mas, nessas condições, a perda geralmente se dá em forma de degraus (perda mais ou menos abruptas seguidas de períodos de estagnação que, posteriormente, são seguidos por novos danos abruptos).

A Memória semântica diz respeito ao registro e a retenção de conteúdos em função do significado que tem. Ela é um componente da memória de longo prazo que inclui os conhecimentos de objetos, fatos, operações matemáticas, assim como das palavras e seu uso. A memória semântica é, de modo geral, compartilhada socialmente, reaprendida de forma constante, não sendo temporalmente específica (DALLA BARBA et al., 1998).

Esse tipo de memória se refere a aprendizado, conservação e utilização de algo que pode ser designado como o arquivo geral de conceitos e conhecimentos factuais o indivíduo. Assim como conhecimentos, como a cor de um leão (marrom) ou de um papagaio (verde) ou quem foi o maior jogador de futebol (Pelé), por exemplo, são de caráter geral e se cristalizam por meio da linguagem, ou seja, também são de caráter semântico. Assim como a memória episódica, a memória semântica é sempre explícita e declarativa.

A contraposição desses dois tipos de memória (episódica e semântica) exemplifica-se da seguinte forma: lembrar como foi um almoço com os avós, em Belo Horizonte, durante as férias do mês passado, depende do sistema de memória episódica. Já o conhecimento do significado das palavras “almoço”, “Belo Horizonte”, “férias”, “avós”, etc., depende da memória semântica. Esses dois tipos de memória parecem ter certa independência. A memória semântica previamente adquirida é muitas vezes, preservada em pacientes que apresentam graves alterações no sistema de memória episódica. Indivíduos com síndrome de Wernicke-Korsakoff têm, por exemplo, grave déficit de memória episódica, mas podem ter memória semântica bem preservada.

A memória semântica, em acepção restrita, corresponde às capacidades de nomeação e categorização, depende, de forma estreita, das regiões inferiores e laterais dos lobos temporais,



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

sobretudo no hemisfério esquerdo (diferentemente da memória episódica que depende das regiões mediais desses lobos).

Há pesquisas sobre as alterações de memória semântica verificando-se a dificuldade do paciente em tarefas como nomear itens cujos nomes previamente sabiam (mostrar um relógio, uma caneta e uma régua e pedir que o paciente os nomeie). Devem-se diferenciar as dificuldades leves e benignas, como lembrar os nomes das pessoas ou outros nomes próprios (muito comum em adultos de meia idade e idosos), da verdadeira capacidade de lidar com informação semântica pacientes com disfunções leves na memória semântica têm capacidade reduzida em testes de geração de palavras (por exemplo, solicitar ao paciente que nomeie o maior número possível de animais em um minuto).

Pacientes com alterações mais avançadas na memória semântica tipicamente revelam déficits de duas vias na nomeação, isto é, são capazes de dizer o nome de um item quando este lhes é descrito; e de descrever um item cujo nome lhes é apresentado. Os pacientes com déficits de memória semântica mais avançada também apresentam empobrecimento marcante de conhecimentos gerais (não são capazes de citar alguns times de futebol, dizer quem é o presidente da república atual, a cor do papagaio etc.).

A demência de Alzheimer é a condição clínica que, mais frequentemente, altera a memória semântica (devido à deterioração das regiões ínfero-laterais dos lobos temporais ou de patologia no córtex frontal). Qualquer processo patológico que atinja áreas temporais ínfero-laterais (traumatismo craniano, acidentes vasculares, encefalites ou lesões cirúrgicas) pode produzir alteração da memória semântica. A subforma ou variante de lobo temporal da demência frontotemporal altera gravemente a memória semântica, produzindo dificuldades significativas nas tarefas de nomeação, compreensão de palavras isoladas, além de empobrecimento dos conhecimentos gerais (condição descrita como demência semântica).

A Memória de procedimentos trata da memória automática, geralmente, não consciente. Exemplos desse tipo de memória são as habilidades motoras e perceptuais mais ou menos complexas (andar de bicicleta, digitar no computador, tocar um instrumento musical, bordar etc.), habilidade visuoespaciais (como a capacidade de aprender soluções de labirintos e quebra-cabeças) e habilidades automáticas relacionadas ao aprendizado de línguas (regras gramaticais incorporadas na fala automaticamente, decorar a conjunção de verbos de uma língua estrangeira).

A memória de procedimento, de modo geral, é implícita e não declarativa, mas durante a aquisição da habilidade, pode ser explicita (como quando se aprende a dirigir um carro seguindo orientações verbais) ou implícita (como quando se aprende sem dificuldades a sequência de números em um teclado telefônico, sem que se perceba o que está fazendo). A memória de procedimentos é, portanto, quase sempre implícita, pois se manifesta tipicamente por ações



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

motoras e de desempenho de atividades e não pode ser expressa por palavras (tornando-se consciente apenas com esforço).

Aqui a memorização ocorre de forma lenta, por meio de repetições e múltiplas tentativas. A localização da memória de procedimentos está relacionada com o sistema motor e/ou sensorial específico envolvido na tarefa. As principais áreas envolvidas são a área motor suplementar (lobos frontais), os gânglios da base e o cerebelo.

Suspeita-se da presença de alterações da memória de procedimentos quando o paciente apresenta ou perda de habilidades motoras ou visuoespaciais previamente aprendidas ou grande dificuldade em aprender novas habilidades. Por exemplo, o paciente pode perder a habilidade de escrever à mão ou de digitar um teclado, de tocar um instrumento musical, de pregar um botão ou de chutar uma bola. Eventualmente pode reaprender essas habilidades, mas, para isso, necessita de ordens explicitas (verbais conscientes) para realizar cada etapa da habilidade.

Em consequência, um paciente com lesão no sistema de memória de procedimentos pode nunca mais readquirir as habilidades motoras automáticas e sem esforço que pessoas saudáveis realizam como que sem perceba. Por fim, pacientes cuja memória episódica foi praticamente devastada (quadros graves de demência de Alzheimer ou Síndrome de Wernicke Karsokoff após encefalite) podem ter ganhos relativos em um processo de reabilitação que lance mão do sistema de memória de procedimentos preservada e, assim, aprender novas habilidades.

De modo geral, esse tipo de memória não fica gravemente prejudicado na demência de Alzheimer, apresentando-se mais deteriorado (sobretudo como perda da capacidade de aprendizado motor) em outras doenças degenerativas que envolvem habilidades psicomotoras. A doença de Parkinson (assim como a Síndrome de Parkinson por causas vasculares, tumorais etc.) é a condição mais frequente em que se observa perda da memória de procedimentos. Outras doenças que comprometem a maioria de procedimentos são: Coréia de Huntington, Paralisia Supranuclear Progressiva e Degeneração Olivopontocerebelar. Também os tumores, os acidentes vasculares, as hemorragias e outras lesões nos núcleos da base ou no cerebelo podem prejudicar a memória de procedimentos. Pacientes nas fases iniciais da doença de Parkinson e da Coréia de Huntington (assim como na degeneração olivopontocerebelar e paralisia supranuclear progressiva) apresentam desempenho quase normal em testes de memória episódica, mas revelam acentuada incapacidade para aprender novas habilidades motoras, visuoespaciais e linguísticas.



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

## 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 3.1. Delineamento da Pesquisa

A presente pesquisa trata-se de um estudo de caso e foi realizada numa abordagem qualitativa, com objetivo de estudar a perda de memória em idosos institucionalizados.

Uma característica do Estudo de Caso em uma pesquisa qualitativa é a maneira específica de coletar, organizar e analisar dados com a finalidade de agrupar informações compreensivas, sistemáticas e em profundidade sobre o caso de interesse. (MINAYO, 2007).

### 3.2 – Sujeitos da Pesquisa

Para a realização da pesquisa foram avaliados 20 idosos dos 33 institucionalizados, numa faixa etária de 47 a 91 anos, de ambos os sexos, ou seja, 15 homens e 5 mulheres.

### 3.3 – Local de Realização da Pesquisa

Esse estudo foi realizado na Casa dos Velhos no município de Dracena, Estado de São Paulo.

É uma organização beneficente de assistência social, fundada em 13/10/1968, um estabelecimento para abrigo, sustento ou educação de pessoas com dificuldade de se manter e vitimadas pelo abandono, como: dependentes químicos, idosos ou órfãos. Os asilos podem ter outros nomes, como: casa de repouso, casa dos velhos, clínica geriátrica e ancionato.

#### 3.3.1- Infraestrutura da Casa dos Velhos

O quadro de funcionários da Casa dos Velhos é composto por profissionais da área da saúde, como: auxiliar de enfermagem (2), nutricionista (1), fisioterapeuta (1), psicóloga (1). Outros profissionais, como: diretor (1) assistente social (1), assistente administrativo (1), cozinheira (2), auxiliar de limpeza (3), telemarketing (3), alguns voluntários.

### 3.4- Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

#### 3.4.1 - Instrumentos de Coleta de Dados

A aplicação da entrevista e dos testes ocorreu durante o mês de Setembro de 2014, aos sábados e domingos sempre no período da manhã, das 8h até as 11h, depois do café da manhã e antes do almoço, porque os idosos sempre dormem após almoçarem.

Os instrumentos utilizados na presente pesquisa foram: entrevista e aplicação dos testes. A pesquisadora chegava ao local da pesquisa sempre no período da manhã, pedia para a Assistente



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

Social chamar um de cada vez, para ser avaliado, às vezes, era rápida a avaliação, dependia muito do idoso, alguns tinham muita dificuldade outros não, e tinham também, aqueles que se recusavam a participar da pesquisa, ficavam só observando.

Na mesma ocasião, foram aplicados o questionário e vários testes de memória, isto é, teste de memória recente, remota, verbal simples, visual, verbal por associação de palavras, memória lógica (repetição imediata de uma história), e tendo como uma das referencias o livro de Paulo Dalgalarrondo, Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais, 2ª edição, 2008. E o objetivo foi avaliar alterações neurológicas e principalmente alterações nos tipos de memória dos idosos.

3.4.2 - Caminho Percorrido

O primeiro contato com a Casa dos Velhos foi em 05/08/2014, quando iniciamos pedindo autorização ao Diretor da Instituição para a realização da pesquisa. Nesse encontro apresentou-se o projeto de pesquisa.

Em um segundo momento, após o consentimento do Diretor houve a entrega dos documentos necessários para assinatura que seriam encaminhados para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Coordenadoria Central de Pesquisa da UNIFADRA.

Após a anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi realizado o primeiro contato pessoal com os participantes da pesquisa, em 06 de Setembro de 2014.

Na ocasião, cada um dos participantes foi entrevistado individualmente no próprio ambiente residencial. Os idosos responderam ao questionário, contendo questões fechadas que foi aplicado pela pesquisadora in loco.

As respostas dos questionários e dos testes foram analisadas de acordo com os critérios do CID-10 (WHO, 1992 e DSM-V (APA, 1994) do Ministério da Saúde, sendo esses requisitos considerados como: Memória Normal, Alteração de Memória Leve, Alteração de Memória Moderada, Alteração de Memória Grave.

## 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o número de idosos que residem na Instituição, Casa dos Velhos. Ao todo são 33 pessoas. Os caracterizados com (*) foram participantes da pesquisa.

| **Identificação dos idosos institucionalizados** | | |
|---|---|---|
| Quantidade | Data de Nascimento | Idade |
| 1 | 05/07/1927 | 87 |
| *2 | 27/07/1942 | 72 |


Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

| | | |
|---|---|---|
| 3 | 26/03/1929 | 85 |
| *4 | 08/06/1958 | 56 |
| 5 | 26/04/1924 | 90 |
| *6 | 14/04/1955 | 59 |
| *7 | 29/06/1964 | 50 |
| *8 | 16/08/1941 | 73 |
| *9 | 25/03/1938 | 76 |
| *10 | 28/02/1941 | 73 |
| 11 | 12/06/1924 | 90 |
| 12 | 02/09/1936 | 78 |
| 13 | 28/02/1936 | 59 |
| *14 | 25/07/1955 | 67 |
| *15 | 29/06/1947 | 68 |
| *16 | 26/10/1946 | 60 |
| *17 | 05/06/1954 | 75 |
| *18 | 11/02/1939 | 78 |
| 19 | 01/05/1936 | 63 |
| *20 | 12/03/1951 | 70 |
| *21 | 24/08/1944 | 61 |
| *22 | 03/04/1953 | 78 |
| 23 | 14/09/1936 | 74 |
| *24 | 05/05/1940 | 47 |
| *25 | 18/01/1967 | 82 |
| 26 | 12/04/1932 | 91 |
| 27 | 17/05/1923 | 62 |
| *28 | 25/01/1952 | 68 |
| *29 | 20/04/1946 | 68 |
| 30 | 20/01/1932 | 82 |
| *31 | 24/07/1935 | 79 |
| 32 | 00/00/0000 | 0 |
| 33 | 00/00/0000 | 0 |

Tabela 1 - Identificação da População Institucionalizada

A Tabela 2 abaixo aponta os respectivos períodos de entrada e o tempo de permanência dos idosos na instituição.

| **Período de entrada e permanência dos idosos na instituição** | |
|---|---|
| Data de Entrada | Tempo de Permanência |
| 05/11/2002 | 12 ANOS |
| 28/10/2009 | 5 ANOS |
| 04/07/2014 | 5 MESES |


Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

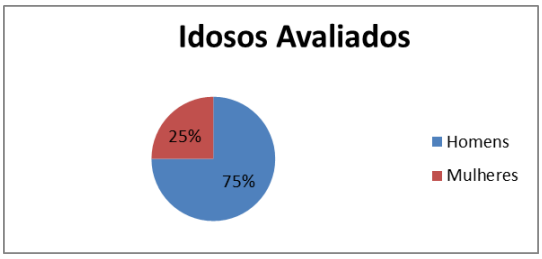
| | |
|---|---|
| 06/07/2012 | 2 ANOS |
| 22/04/2014 | 8 MESES |
| 14/09/2006 | 8 ANOS |
| 01/06/2011 | 3 ANOS |
| 03/09/2014 | 3 MESES |
| 22/11/2011 | 3 ANOS |
| 29/11/2013 | 1 ANO |
| 13/06/2014 | 6 MESES |
| 18/03/2010 | 4 ANOS |
| 10/12/2010 | 4 ANOS |
| 03/08/2000 | 14 ANOS |
| 14/11/2007 | 7 ANOS |
| 24/11/2004 | 10 ANOS |
| 24/12/2012 | 2 ANOS |
| 17/10/2005 | 9 ANOS |
| 05/07/2012 | 2 ANOS |
| 31/10/2013 | 1 ANO |
| 10/05/2005 | 9 ANOS |
| 12/03/2007 | 7 ANOS |
| 15/04/2014 | 8 MESES |
| 04/07/2014 | 5 MESES |
| 23/12/2012 | 2 ANOS |
| 25/11/1996 | 18 ANOS |
| 11/02/2011 | 3 ANOS |
| 15/12/2011 | 3 ANOS |
| 06/11/2013 | 1 ANO |
| 23/12/2012 | 2 ANOS |
| 28/10/2009 | 5 ANOS |
| 08/04/2009 | 5 ANOS |
| 05/08/2014 | 4 MESES |

Tabela 2 - Período de entrada e permanência dos idosos na instituição

Observamos na Tabela 2 que dos 33 idosos, 10 deles têm um tempo de permanência na Instituição de zero a 12 meses; 14 deles estão lá no período de dois a cinco anos; 5 já residem lá no espaço de seis a nove anos; no espaço de dez a treze anos, existem 2 deles e acima de treze anos, também 2 idosos.

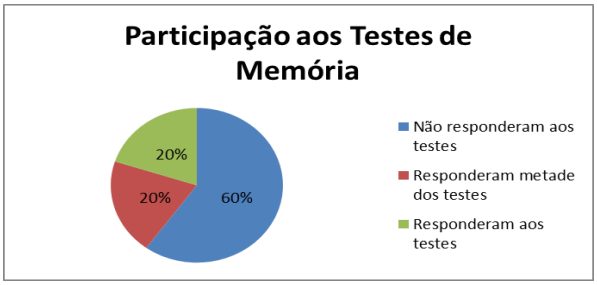

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

Gráfico 1 – Idosos Avaliados




O Gráfico 1 acima apresenta o índice de participação dos colaboradores, 15 homens e 5 mulheres.

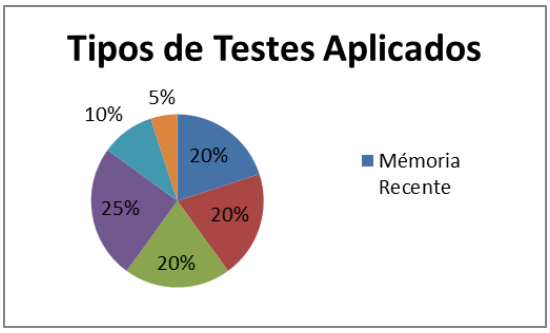
Gráfico 2 – Índice de Participação aos Testes de Memória




O Gráfico 2 sugere que 12 colaboradores não responderam aos testes; 4 deles responderam e 4 completaram a metade das provas.

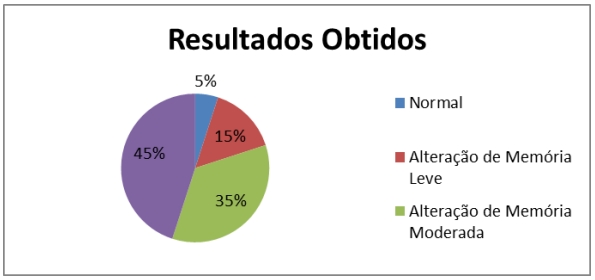
Em relação às respostas, a maioria dos entrevistados respondeu quase as mesmas coisas. O tempo de permanência já está na Tabela. Mulheres e homens dormem em alas diferentes, no máximo com 3 pessoas no quarto. Todos tomam medicamentos e não sabem o nome, só responderam que é para cabeça e dormir. Acordam cedo, cada um acorda em um horário diferente. Lembram-se pouco do que comeram, não sabem especificar nomes. Não fazem atividades, assistem tv e dormem após o almoço. A maioria nunca se casou e alguns são viúvos. Em relação ao conjugue, filhos, data de casamento, pais, cidade de nascimento e onde foram criados eles se lembram. Em relação à escola, não tem lembranças, a maioria são analfabetos. Durante sua infância eles moravam em zona rural e desenvolviam suas atividades. Não se lembra das eleições nem preside

Gráfico 3 – Tipologia de Testes Aplicados




O Gráfico 3 mostra os testes aplicados.

Gráfico 4 – Resultados Obtidos




O Gráfico 4 aponta os resultados obtidos nos testes.

Notamos que dos 20 participantes, 9 deles apresentaram alterações graves de memória; 7 deles confirmaram alterações moderadas na memória, 3 colaboradores demonstraram alterações de memória leve e somente 1 participante apresentou índice de normalidade de memória.

O declínio da memória nos idosos tem sido comprovado através de meios e instrumentos diversos. Essa diminuição tem sido verificada em dezenas de provas experimentais diferentes, em provas de autoobservação do funcionamento da memória a partir de questionários, nos relatos de familiares e em observações casuais.

Esse atraso refere-se a resultados médios entre amostras de grupos etários diferentes, não se trata de comparações entre este jovem e aquele idoso. Não é difícil encontrar um idoso que tenha uma memória melhor do que um jovem. O que é difícil, porém é descobrir um idoso que afirme de forma peremptória que tem uma memória melhor do que tinha quando era jovem (PINTO, 1999).

Quando os idosos se queixam do funcionamento da memória, normalmente mencionam dificuldades que têm a ver com a recordação de nomes, palavras e assuntos no âmbito de um encontro ou de uma conversa, moradas e telefones de amigos, datas de aniversários, local onde deixaram previamente um objeto que se revela difícil de encontrar, de comprar um de entre

vários artigos que tinham intenção de adquirir, do local onde inicialmente conheceram uma pessoa cujo rosto lhes parece familiar quando a encontram inesperadamente na rua, do enredo de uma história, uma peça de teatro ou um filme. Estas e outras dificuldades são ressaltadas em questionários de memória que tentam avaliar os problemas (PINTO, 1999, p.6).

Nesse estudo, a análise do questionário mostra que a maioria dos idosos relatou a existência de problemas com memória e que podem estar relacionadas à depressão, ansiedade, demência e doenças degenerativas. De acordo com Forlenza e Almeida (1997), fatores neuropsiquiátricos como depressão e demência estão entre os transtornos médicos que mais comprometem a qualidade de vida dos idosos. Alguns estudos, porém, ressaltam que os sintomas de ansiedade e depressão podem ser muito similares e até coexistir.

## 5. CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados, pode-se concluir que o nível de alterações neurológicas, principalmente a memória esta muito prejudicada devido ao uso dos medicamentos, por causa da idade, depressão, doenças outras como: Alzheimer, Parkinson e, portanto, recomenda-se um trabalho de reabilitação terapêutica e programas de prevenção com uma equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional).

Alguns desses profissionais já trabalham na Casa dos Velhos, dessa forma, mais ainda são poucos, no entanto, não são suficientes para atender a demanda. Não são contratados mais profissionais devido à falta de verbas.

O idoso institucionalizado tem um grau de depressão e ansiedade muito grande devido ao fato de estar sempre em um ambiente rotineiro, sendo que a minoria realiza alguma atividade física, mental, social, familiar, ou seja, a maioria sempre está ociosa, não desenvolve nenhum tipo de trabalho ou atividade dentro do ambiente em que vive e isso gera transtornos neuropsiquiátricos como a depressão, ansiedade e também podem desenvolver doenças neurológicas (demências, comprometimento cognitivo leve, doença de Alzheimer, Parkinson). Eles em sua maioria relataram não se lembrarem das coisas, esquecem com facilidade.

A maioria deles é analfabeta e/ou só concluíram até a 4ª série do Ensino Fundamental, portanto, com muita dificuldade em ler e escrever. Recorda de fatos da infância, adolescência e quando jovem, mas não com muita clareza, apenas episódios esporádicos, e até, às vezes sem coerência, misturando as histórias e os assuntos.

Não foi possível aplicar o questionário em todos porque o grau de comprometimento neurológico era muito grave, alguns estavam acamados, outros cadeirantes, não compreendiam e não tinham condições de responder às questões. Entretanto, seria necessário desenvolver um



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

projeto de atividades dentro desse ambiente, envolvendo vários profissionais como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, artesanato (pintura, crochê, tricô, bordado), trabalhos manuais (com jornais, caixas de madeira) trabalho com o solo (horta, jardim, rastelar), isto é, desenvolver um trabalho respeitando as limitações e o potencial de cada idoso. Por que, mesmo sendo um idoso, a pessoa tem algo que pode realizar oferecer, desenvolver, aprender, sentir-se útil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEGRI, R. F.; HARRIS, P. ; SERRANO, C.et al. Perfis Diferenciais de Perda de Memória entre a Demência Frontotemporal e a do Tipo Alzheimer. **Psicol. Reflex. Crit**. [online]. vol.14, nº 2, 2001.

BUDSON, A. E.; PRICE, B. H. Memory dysfunction. **The New England Journal of Medicine**, v. 352, n.7, p. 692-699, 2005.

BUENO, O. F. A. Envelhecimento: Um Processo Multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar., 2009.

DALLABARBA, G. et al. Cortical Networks Implicated in Semantic and Episodic Memory.Common or Unique. **Córtex**, v.34, p. 547-561,1998.

DALGALARRONDO, P.; OLIVEIRA, M. C. M. Aspectos Neuropsiquiátricos do Lobo Frontal: o Caso da Síndrome de Cotard. In: NITRINI, R.; MACHADO, L. R**. Cursos Pré-Congresso 98.** São Paulo: Academia Brasileira de Neurologia, 1998.

DALGALARRONDO, P.; FUJISAWA, G.; BANZATO, C. E. M. Capgras Syndrome and Blindness: Against the the Prosopagnosia Hypothesis. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 47, n. 4, p. 387-388, 2002.

DALGALARRONDO, P. et a. Delírio: Características Psicopatológicas e Dimensões Comportamentais em Amostras Clínicas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 523, n. 3, p. 191-199, 2003.

DALGALARRONDO, P.; JAQUES DE MORAES, M. Alterações Orgânicas e Exames Laboratoriais: Uma revisão para o Psiquiatra Clínico. In: BRASIL, M. A. A.; BOTEGA, N. J. (Ed.) **PEC:** Programa de Educação Continuada Textos de Aulas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

DALGALARRONDO, P. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed S.A., 2008.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. E. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.



Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

FORLENZA, O. V.; ALMEIDA, O. P. **Depressão e demência no Idoso**: tratamento psicológico e farmacológico. São Paulo: Lemos, 1997.

FREUD, S. [1915]. **A Repressão**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GALVÃO, A. L. & ABUCHAIM, C.M. **Transtornos Mentais em Idosos**. Médicos Psiquiatras. Revista ABC da Saúde. Artigo 423, 2001.

GODOY, R. Memória - Sociedade Brasileira de Neurociência. **Revista Saúde**. Acervo da Revista, v.17-2 Artigo 3 São Paulo Jun./Jul., 2004.

IZQUIERDO, I. **Memória**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sumários da Revista Brasileira de Estatística**, 1994 a 2002.

KANDEL, E. R.; SCHARWTZ, J. H.; JESSEL, T. M. **Essentials of neural science and behavior.** New Jersey: Aplleton and Lange, 1995.

KROLL, N. E. A. et al. Retrieval of Old Memories: The Temporofrontal Hypothesis. **Brain**, v. 120, p. 1377-1399, 1997.

LEZAK, M. D.; HOWIESON, D. B.; LORING, D. W. **Neuropsychological Assessment.** New York: Oxford University, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MIOTTO, E. C. et al. Spatial working memory and strategy formation in patints with frontal lobe excisions. **Cortex**, v. 32, p. 613-630,1996.

PAPALEO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatria**: fundamento, clínico e terapêutico. São Paulo: Atheneu, 2002.

PINTO, A.C. Problema de Memória nos Idosos, uma Revisão. Estudo realizado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e Cultura da Universidade do Porto, Portugal, no âmbito do Projeto FCT, nº 113/94.2. **Publicação** 3.2, p. 253-295, 1999.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento um Processo Multifatorial**. Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.1, p. 3-10, jan/mar. 2009.

SQUIRE, L. R.; KANDEL, E. R. **Memória da Mente às Moléculas**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

VIANNA, D. L. P.; YASSUDA, M. S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica,** vol.37, nº 1, São Paulo, Jan 2010.

VIUDE, A.; TAMAI, S.; BORSOI, S. A. T. Screening de memória. **Gerontologia**, vol. 11, nº 1-4, p.21-25, 2003.