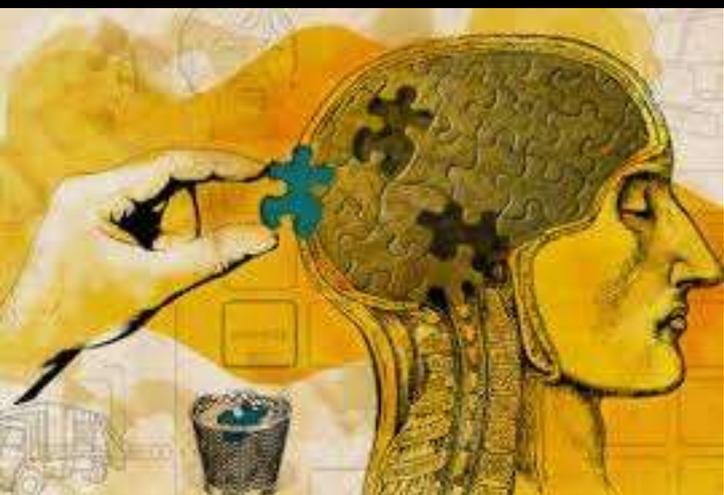


DEMÊNCIA



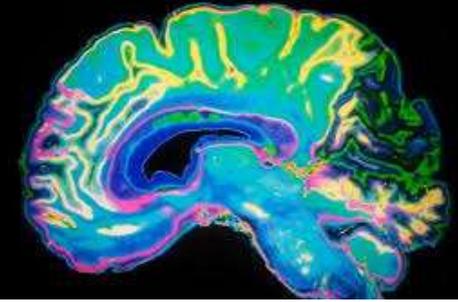
VALÉRIA TRUNKL SERRAO
DF, 2015

Epidemiologia das demências



- Latim: *dementia* + *mentia* = ausência da mente
- Conceito que vem sofrendo reformulações à luz da ciência
- Compreendida como SÍNDROME
 - Exatamente pela possibilidade de ocorrer em muitas doenças ou condições patológicas

Demência - definição



- ❑ Caracterizada por uma deficiência adquirida do funcionamento cognitivo, que limita, progressivamente, as atividades sócio familiares e profissionais do individuo. A sua evolução se dá no sentido do agravamento das perturbações cognitivas, do desenvolvimento de sintomas psicocomportamentais e neurológicos e da perda de autonomia
- ❑ Distinção realizada em função do processo causal, entre:
 - Demências Degenerativas: DA mais frequente
 - Demências Não Degenerativas: DV mais frequente
- ❑ As Demências “mistas” são definidas pela associação de um processo degenerativo com um vascular

CONCEITO



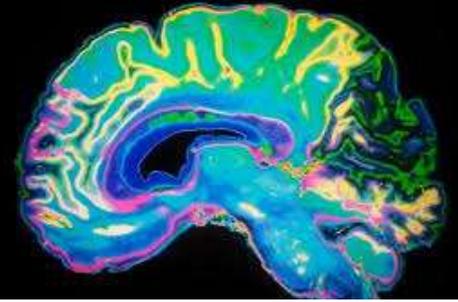
- Considerado por:
- Declínio das funções cognitivas, comparada ao seu nível pré-mórbido
- Incluindo:
 - intensidade e duração

NOTE QUE



- Embora seja muito mais frequente nos idosos, demência pode ocorrer em adultos;
- Demência não é obrigatoriamente progressiva;
- Demência não é decorrência de doença degenerativa do SNC;
- Envelhecimento não é causa de demência.

Doenças Neurodegenerativas



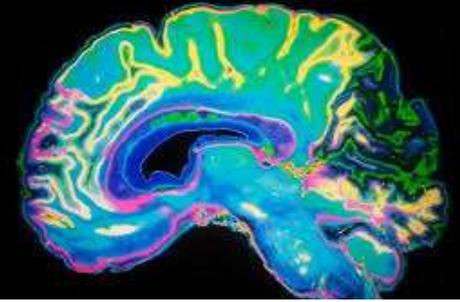
- Perda progressiva e irreversível de neurônios localizados em regiões específicas do cérebro
- Tipos:
 - Doença de Parkinson - PA
 - Doença de Huntington - DH
 - Doença de Alzheimer - DA

Degenerativas (outras)



- Corpúsculos de Lewy
- Pick
- Paralisia Supranuclear Progressiva (afeta tronco cerebral e os núcleos da base – oftalmoparesia, instabilidade postural e demência)
- Degeneração Córdico Basal (perda progressiva SN e atrofia várias áreas do cérebro – alguns sintomas semelhantes ao PA).
- Associadas à degeneração cerebelar
- Associadas à doenças do neurônio motor

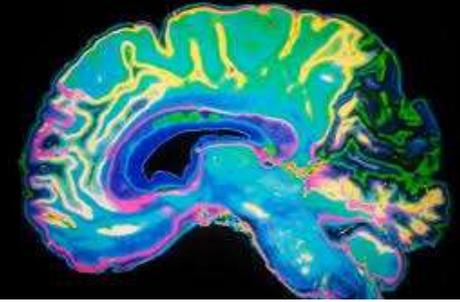
NÃO DEGENERATIVAS



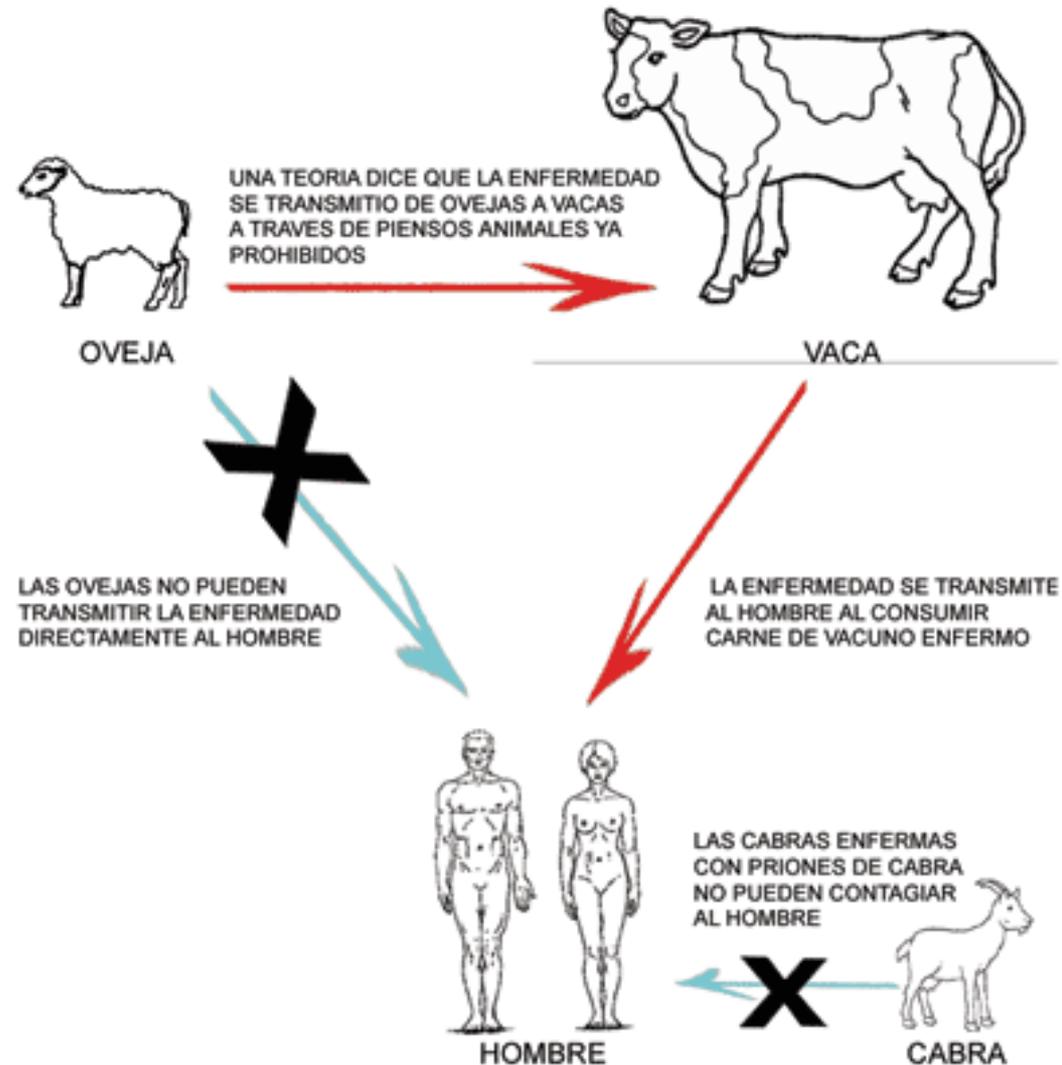
- **Demência Vascular**
 - Depressão
 - Intoxicação por medicamentos
 - Traumatismo cranioencefálico
 - Tumores cerebrais
 - Infecções do SNC
 - Alcoolismo e transtornos carenciais
 - Hipotireoidismo
 - Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)

Doença de Creutzfeldt-Jakob

Não degenerativa

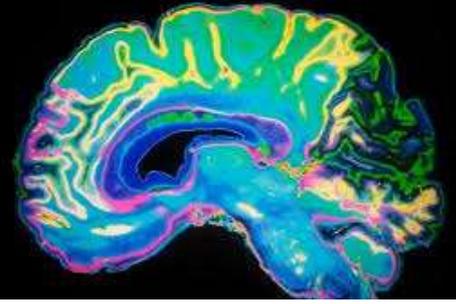


- Desordem cerebral caracterizada por perda de memória, tremores desordem na marcha, postura rígida, ataques epilépticos e paralisia facial.
- Devido a uma rápida perda de células cerebrais causada por uma proteína chamada prion.

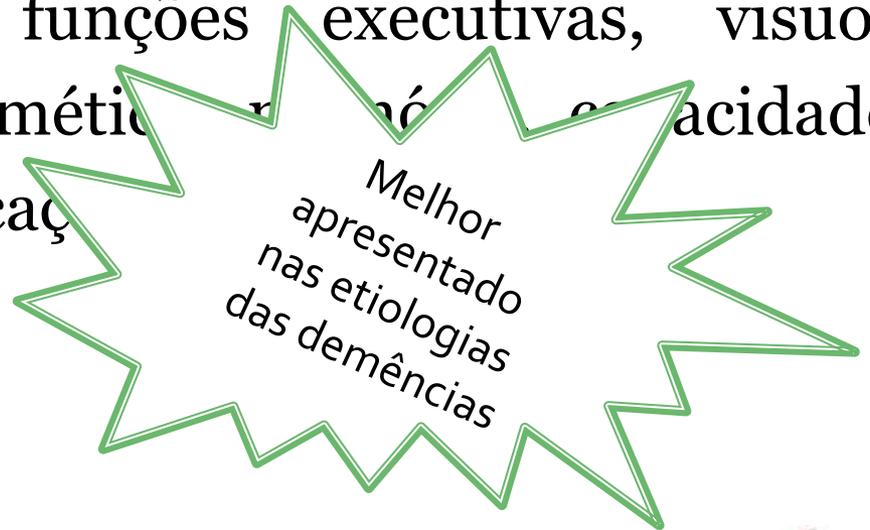


Demência

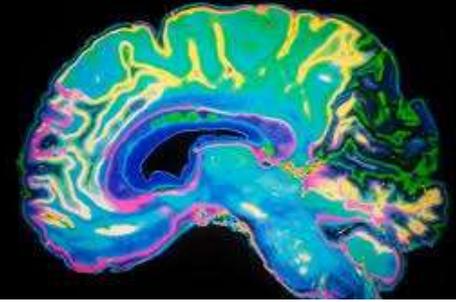
Subcortical vs Cortical



- Demências Corticais
- Considerando-se que o cortex cerebral é constituído de áreas especializadas e interligadas entre si de forma complexa, disfunções dessas áreas (em geral), levam a déficits - linguagem, funções executivas, visuo-espaciais, raciocínio aritmético, memória e capacidade de armazenamento e evocação
 - Alzheimer,
 - Frontotemporal



Demência Subcortical vs Cortical

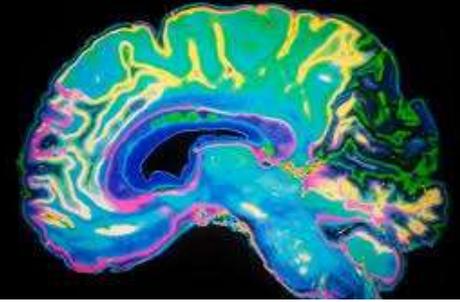


○ Demências Subcorticais

- Predominantemente o comprometimento recai na modulação do comportamento e da atenção
- Alentecimento, perseveração, e muitas vezes o funcionamento
 - Parkinson,
 - Huntington,
 - Demência Vascular (ressalta-se que pode haver a possibilidade de ser cortical e subcortical) - Capítulo V do CID10

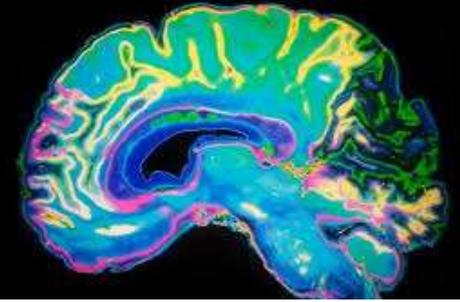
Melhor
apresentado
nas etiologias
das demências

Demência Vascular



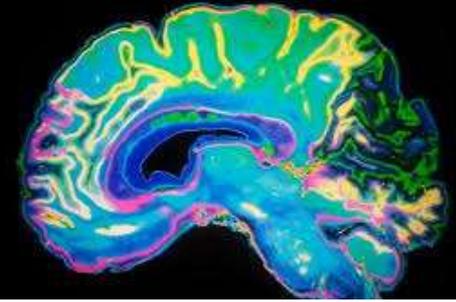
- Demência Vascular de início agudo (CID F01.0)
- Demência Vascular subcortical (CID F01.2)
- Demência Vascular mista, cortical e subcortical (CID F01.3)
- Demência Vascular (CID F01.8)
- Demência Vascular não especificada (CID F01.9)

Critérios para Demência



- Demência é diagnosticada quando há sintomas **cognitivos** ou **comportamentais** que:
 1. Interferem nas atividades habituais
 2. Representam um declínio funcional
 3. Não são explicados por delirium ou doença psiquiátrica
 4. Alteração cognitiva detectada pela história relatada pelo paciente ou informante + teste cognitivo objetivo (NPS na dúvida)

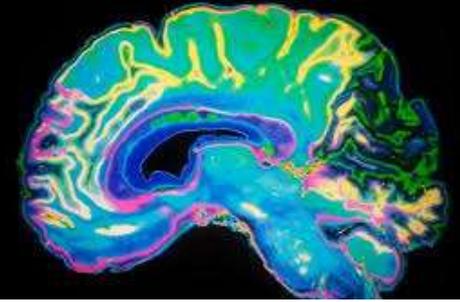
PECULIARIDADES DO DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA



- **Diagnóstico baseado fundamentalmente em entrevistas e exame clínico.**
 - **Neuroimagem**
 - Auxilia na determinação da etiologia
 - **Biomarcador**
 - Auxilia na predição risco
 - **Avaliação Neuropsicológica**
 - Dimensiona o comprometimento em cada domínio

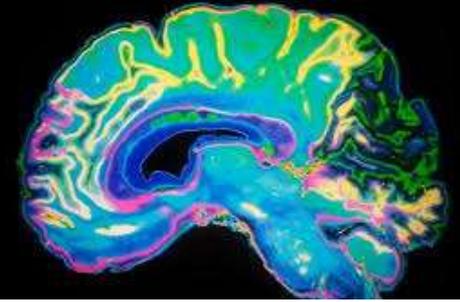
- **Necessidade de critérios diagnósticos bem definidos e com boa confiabilidade.**

DIFICULDADES



- Associação entre queixa e déficit é fraca
- Ausência de informante
- Etarismo
- Comorbidades (depressão, déficits sensoriais, déficits motores)
- Falta de preparo dos profissionais
- Uso habitual de testes cognitivos inadequados
- Ausência de normas apropriadas ao nosso contexto

COMENTÁRIOS



- A capacidade do médico em diagnosticar demência na fase leve é muito limitada.
- As hipóteses diagnósticas são realizadas com alto grau de incerteza.
- Nenhum exame subsidiário auxilia no diagnóstico de forma significativa.
- Estratégias operacionalizadas de rastreio e entrevistas estruturadas são importantes.
- **Crítérios diagnósticos** bem definidos e com boa confiabilidade são fundamentais.

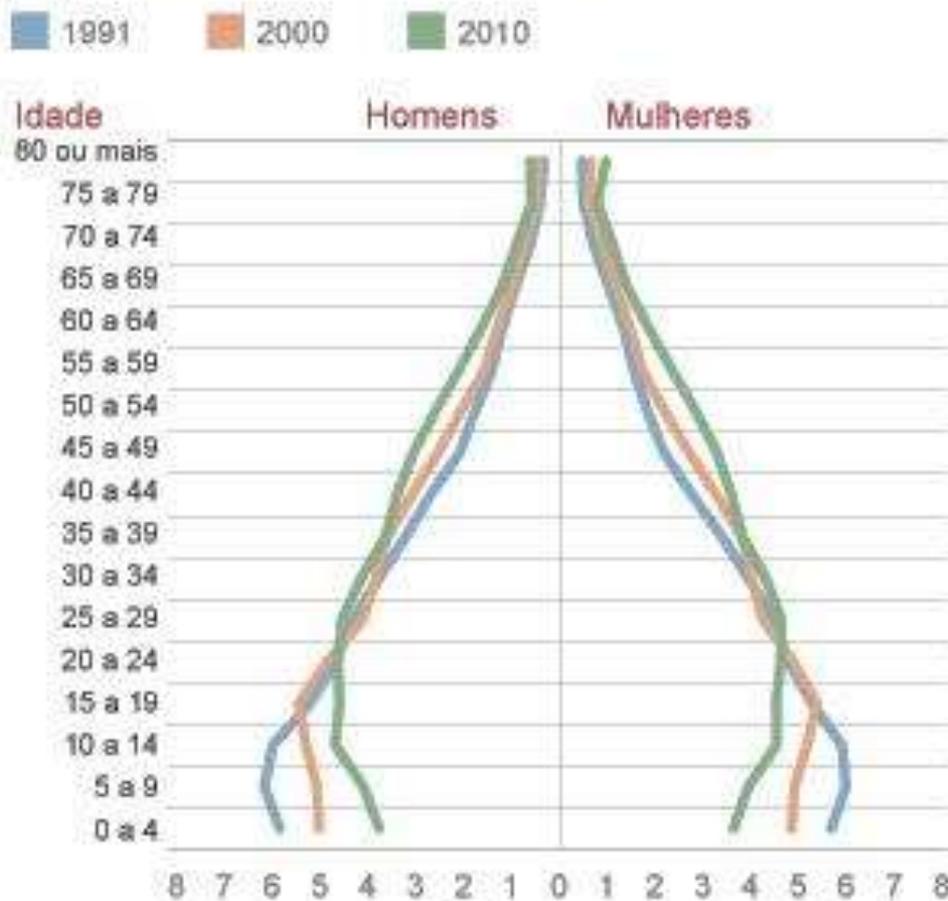
Censo 2011

O Brasil está
envelhecendo...



Existem
14
milhões
de pessoas
com mais
de 65 anos

Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade - Brasil - 1991/2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010

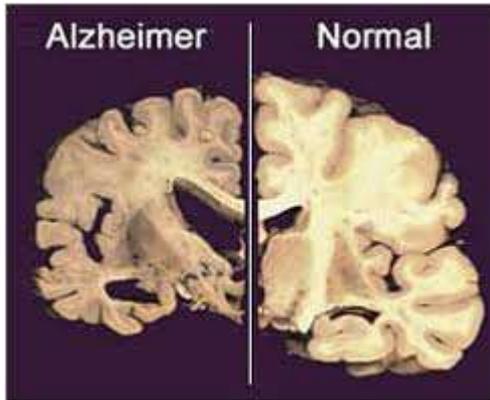
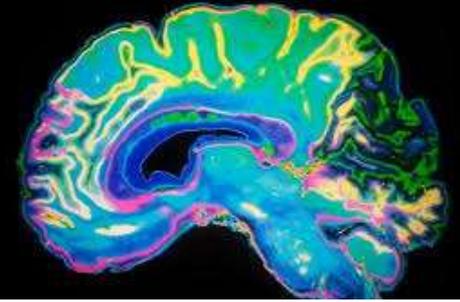
Dados Demográficos

Faixas Etárias	Número de estudos	Prevalência da demência (%) (IC 95%)	Aumento médio da prevalência
65-69	17	1,2 (0,8-1,5)	-
70-74	19	3,7 (2,6-4,7)	3,0
75-79	21	7,9 (6,2-9,5)	2,1
80-84	20	16,4 (13,8-18,9)	2,0
85-89	16	24,6 (20,5-28,6)	1,5
90-94	6	39,9 (34,4-45,3)	1,6
>95	6	54,8 (45,6-63,9)	1,3

Fonte: Extraído de Nitrini & Bottino, 2011



ETIOLOGIA DAS
DEMÊNCIAS



DEMÊNCIA DE ALZHEIMER



- Dr. Alois Alzheimer (Monique) – relatou sobre doença peculiar do córtex cerebral (1907)
Mulher de 51 anos com progressiva alteração do comportamento e cognição (1901-1906)
- Mudanças neuropatológicas induzindo de forma progressiva a degeneração neuronal e diminuição da conectividade entre as células corticais

PERDA NEURONAL

PRESENÇA DE PLACAS SENIS

PRESENÇA DE EMARANHADOS NEUROFIBRILARES

↓ DA DENSIDADE SINÁPTICA CORTICAL E SUBCORTICAL

DÉFICIT EM VÁRIOS SISTEMAS NEUROTRANSMISSOR (ACETILCOLINA, SEROTONA)

TIPO CLÍNICO PATOLÓGICO

DEMÊNCIA TIPO ALZHEIMER

50% das demências

Evolução para a morte: 8 a 10 anos

De início precoce

Abaixo de 65 anos

Transmissão monogênica

Autossômica dominante

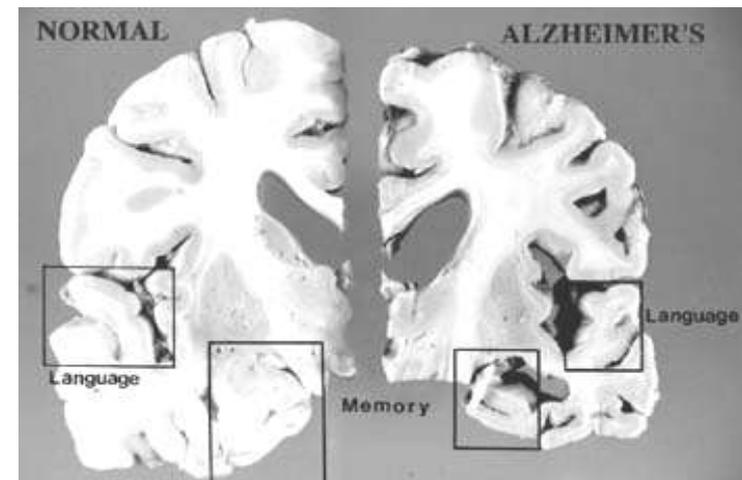
Transmissão por virus não convencional?

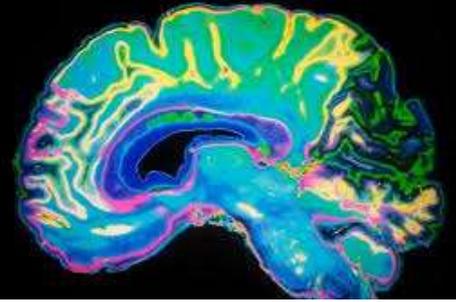
De início tardio

Usualmente acima da 8ª década

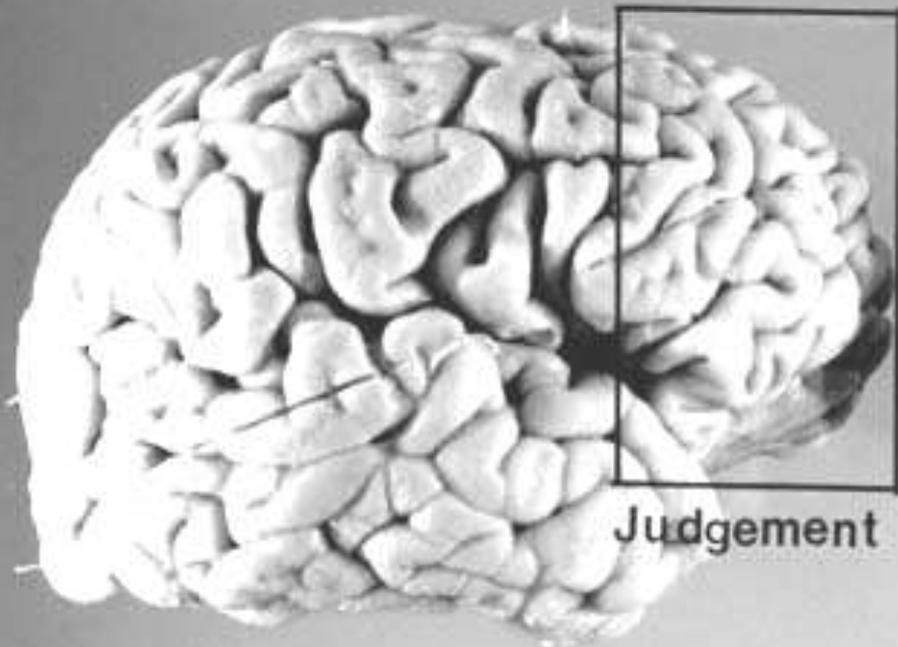


Sexo F, 60 anos



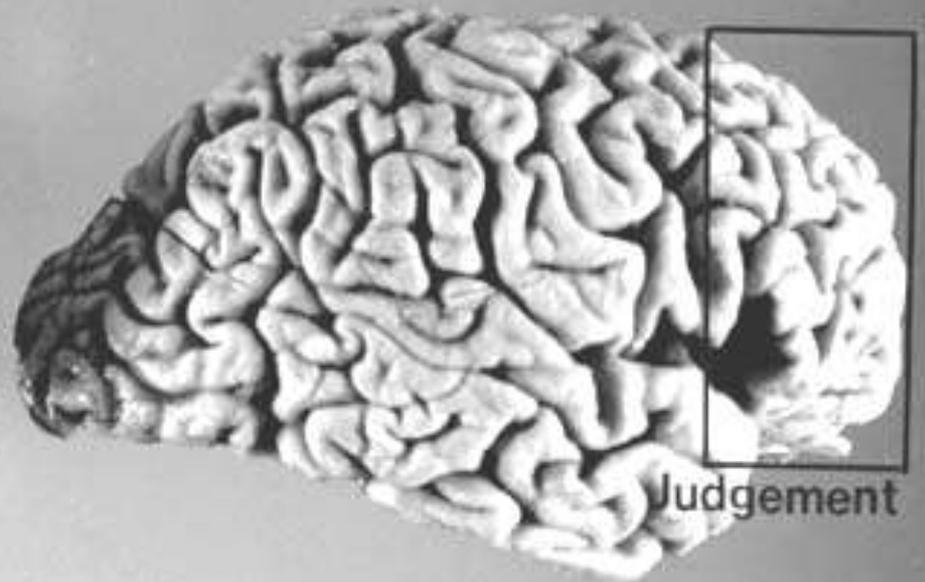


NORMAL



Judgement

ALZHEIMER'S



Judgement

DOENÇA

SINTOMAS

CONCIÊNCIA

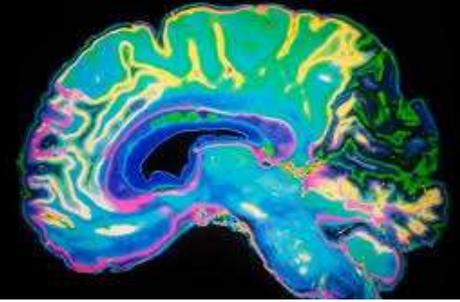
**PERDA DE
MEMÓRIA**

**ANSIEDADE
DEPRESSÃO**

**MEDO
INSEGURANÇA**

**ISOLAMENTO
SOCIAL**

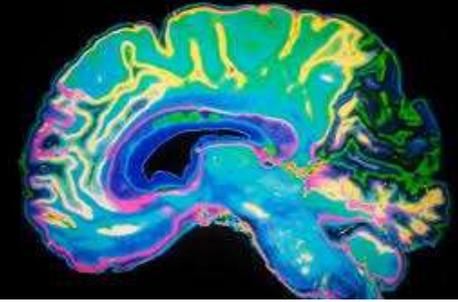
FASES da D.A.



A Doença tem quatro fases:

- ❑ Fase Inicial/Ligeira
- ❑ Fase Intermédia/Moderada
- ❑ Fase Tardia/Severa
- ❑ Fase Terminal

Evolução da D. Alzheimer – Fase Leve



FUNÇÃO

Estagio I

Memória

Alteração da memória recente

Linguagem

Dificuldade em encontrar palavras

Orientação

Desorientação em lugares não familiares

Motora/Praxis

Normal ou apraxia construtiva ligeira

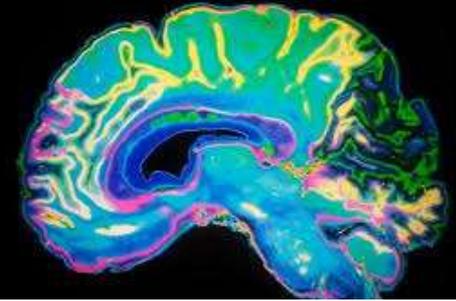
Humor e
Comportamento

Ansiedade, apatia e depressão.
Comportamento social +/- adequado

Alterações nas AVD

Ajudas em algumas atividades mais complexas (cozinhar, fazer compras, finanças)

Evolução da D. Alzheimer – Fase Moderada



FUNÇÃO

Estagio II

Memória

Agravamento da memória recente

Linguagem

Parafasias, ecolalia, afasia de expressão e de recepção

Orientação

Desorientação em lugares conhecidos;
problemas com a condução

Motora/Praxis

Movimentos repetitivos e apraxia construtiva
e ideomotora

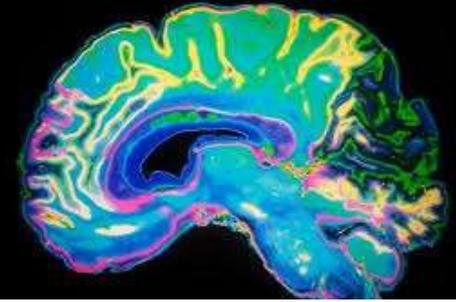
Humor e Comportamento

Psicopatologia variada - ideação paranoide,
alucinações visuais, ciúme, agressividade, etc.

Alterações nas AVD

Dependência na maior parte das AVD

Evolução da D. Alzheimer – Fase Grave



FUNÇÃO

Estagio III

Memória

Alteração das memórias recente e remota

Linguagem

Palilalia, hipofonia, linguagem pobre com poucas palavras ou mutismo; afasia de expressão e de recepção

Orientação

Desorientação têmporo-espacial

Motora/Praxis

Bradicinesia, sinais extrapiramidais e risco de quedas; alterações da marcha; apraxia do vestir

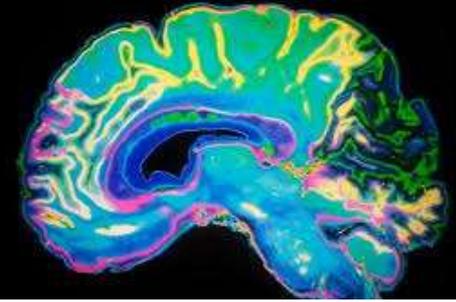
Humor e Comportamento

Psicopatologia (perturbações do sono e do comportamento)

Alterações nas AVD

Dependente em todas as AVDs, necessitando de supervisão constante

Evolução da D. Alzheimer – Fase Terminal



FUNÇÃO

Estadio IV

Memória/Orientação

Impossível de testar

Linguagem

Mutismo ou palavras soltas e incoerentes

Praxis

Impossível de testar

Motora

Poucos movimentos ativos, disfagia, convulsões; acamado; hipertonia em flexão

Humor e
Comportamento

Passividade; gritos

Alterações nas AVDS

Perda das AVDs, necessitando de cuidados totais



Dificuldades funcionais



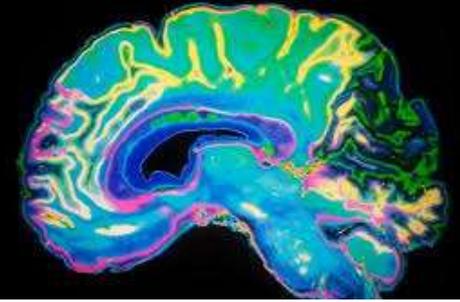
APRAXIA:

Perda da capacidade de executar gestos, que não se deve a uma paralisia, a uma perturbação sensorial, a movimentos anormais ou à perturbação da compreensão.

- Dificuldades funcionais inicialmente instrumentais
- Dificuldades nas atividades da vida diária (vestir, comer, higiene) na fase moderada
- Dependência de terceiros na fase severa e terminal



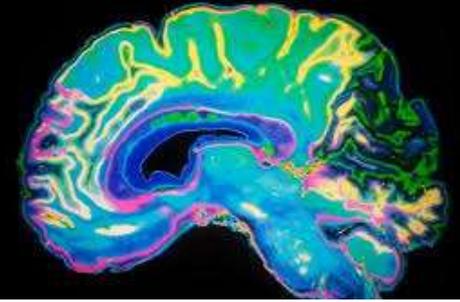
Dificuldade de comunicação



- AFASIA:
- Perda da capacidade de utilizar ou compreender a linguagem oral ou escrita, afetando, a expressão, a compreensão ou a repetição.
- Afasia anômica na fase inicial (falta isolada da palavra)
 - Afasia de expressão e de compreensão em estádios moderados.
 - Discurso muito comprometido



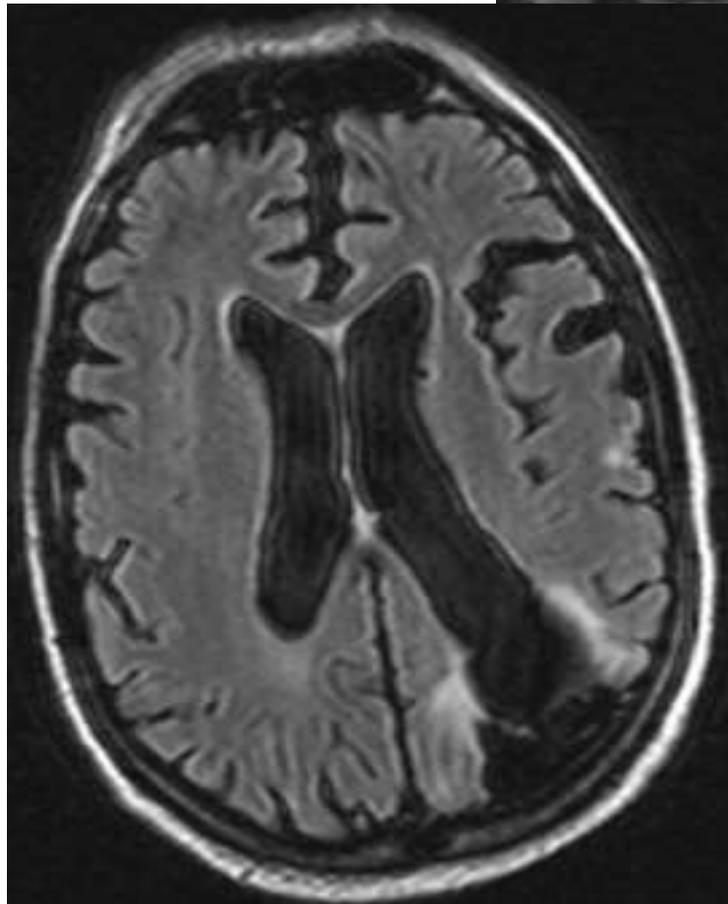
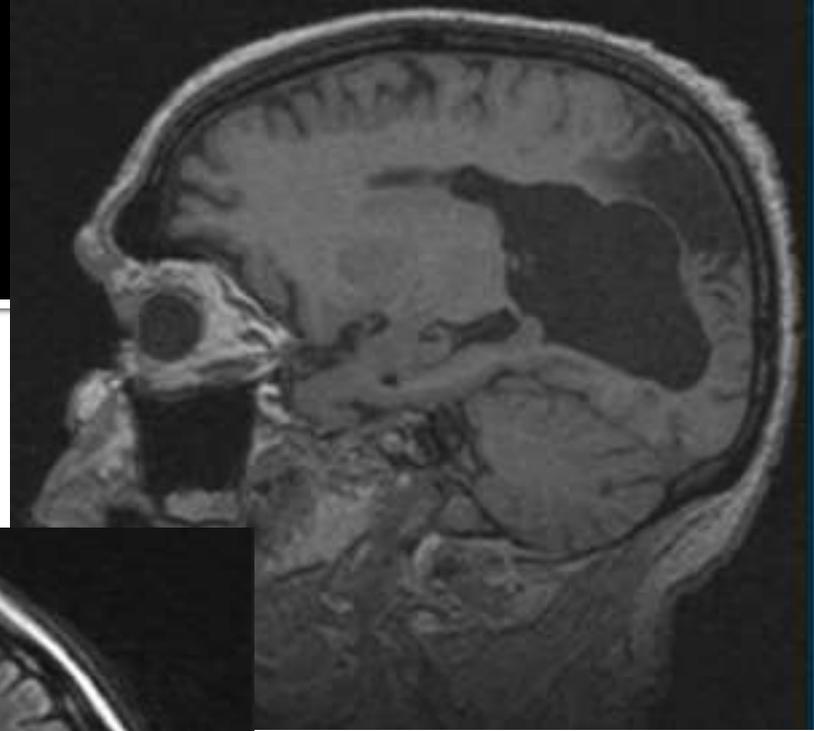
Demência Vascular (DV)



- Causa mais frequente de demência secundária
- Os achados variam de estudo para estudo
 - A DV é muito frequente em países em que o controle dos fatores de risco para doenças vasculares são precários
 - Estudo populacional brasileiro – prevalência entre idosos foi de 9,4% (Herrera e col, 1998).
- Em ambulatórios especializados sua prevalência variou de 13,4% a 24,9% (Nitrini e col., 1995; Silva e Damasceno, 2002; Tanaka e col., 2003).

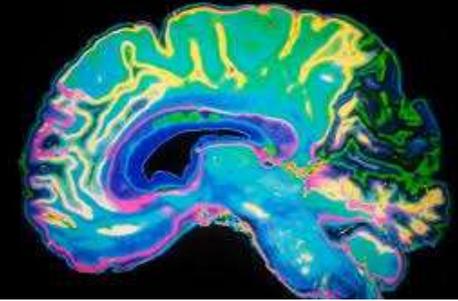
Demência Vascular

- DV por infarto único de localização estratégica



Sexo masc., 70 anos

Comprometimento cognitivo de origem vascular (CCV) e Demência Vascular (DV)



Subtipo de CCV/DV

Funções Cognitivas Comprometidas

Infartos Múltiplos

Linguagem, memória, praxia, gnosis

Estratégicos

Variável:

Giro angular: linguagem (anomia, agrafia, acalculia), gnosis (agnosia digital), orientação (desorientação D-E)

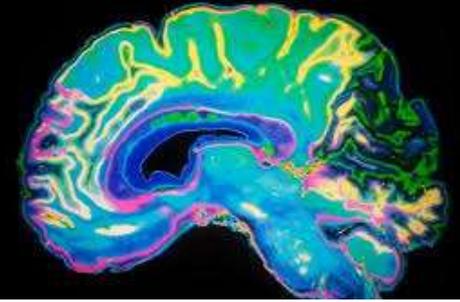
Hipocampo: Memória

Tálamo: memória, linguagem, atenção

Caudado: função executiva, memória, linguagem (redução fluência verbal), atenção, praxia, anosognosia

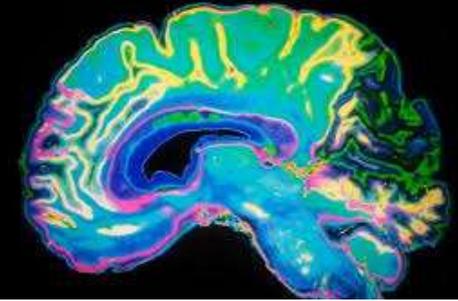
Cápsula interna: memória (verbal), linguagem (redução fluência verbal) e anomia.

Quadro Clínico – DV cortical



- DV cortical – alterações motoras e sensoriais unilaterais, afasia e início abrupto
- Alterações cognitivas – FE (dificuldade planejamento, iniciativa, organização de tarefas, pensamento abstrato)
- A progressão da DV cortical é em degraus, com períodos de platôs entre o evento e flutuações do comprometimento cognitivo.

Quadro Clínico – DV subcortical



- Mais frequente, correspondendo a 50% dos casos (Rockwood, 2002) e mais comum na população idosa.
- Início insidioso em cerca de 2:3 casos, e em 80% com evolução progressiva com ou sem déficits agudos podendo ser confundida com Doença de Alzheimer

Síndrome Cognitiva	<p>Sd Disexecutiva: prejuízo na formação de objetivos, iniciativa, planejamento, abstração, organização, sequenciamento e manutenção do foco atencional.</p> <p>Memória: prejuízo na evocação (deve ser leve), beneficia-se com pistas - reconhecimento relativamente intacto.</p> <p><u>Interferência nas atividades sociais complexas pela Função Executiva.</u></p>
Sintomas Psico e comportamentais	Depressão, alterações personalidade, incontinência emocional e retardo psicomotor
Outros Achados	Marcha de pequenos passos, assimetria reflexos, sintomas urinários e disartria.

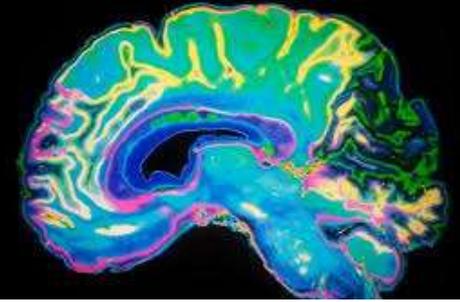
DEMÊNCIA

- Demência Vascular por doença de Binswanger



Sexo masc., 63 anos

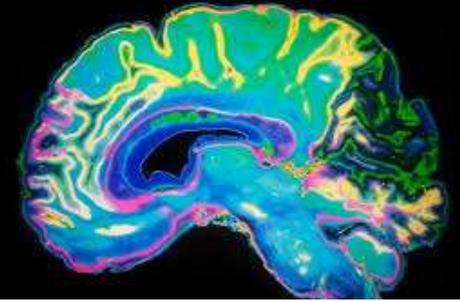
ENCEFALOPATIA VASCULAR SUBCORTICAL TIPO BINSWANGER



Infartos cumulativos nos seus efeitos.

História de ataques isquêmicos com
breve alteração de consciência, parestias
fugazes ou perda da visão.

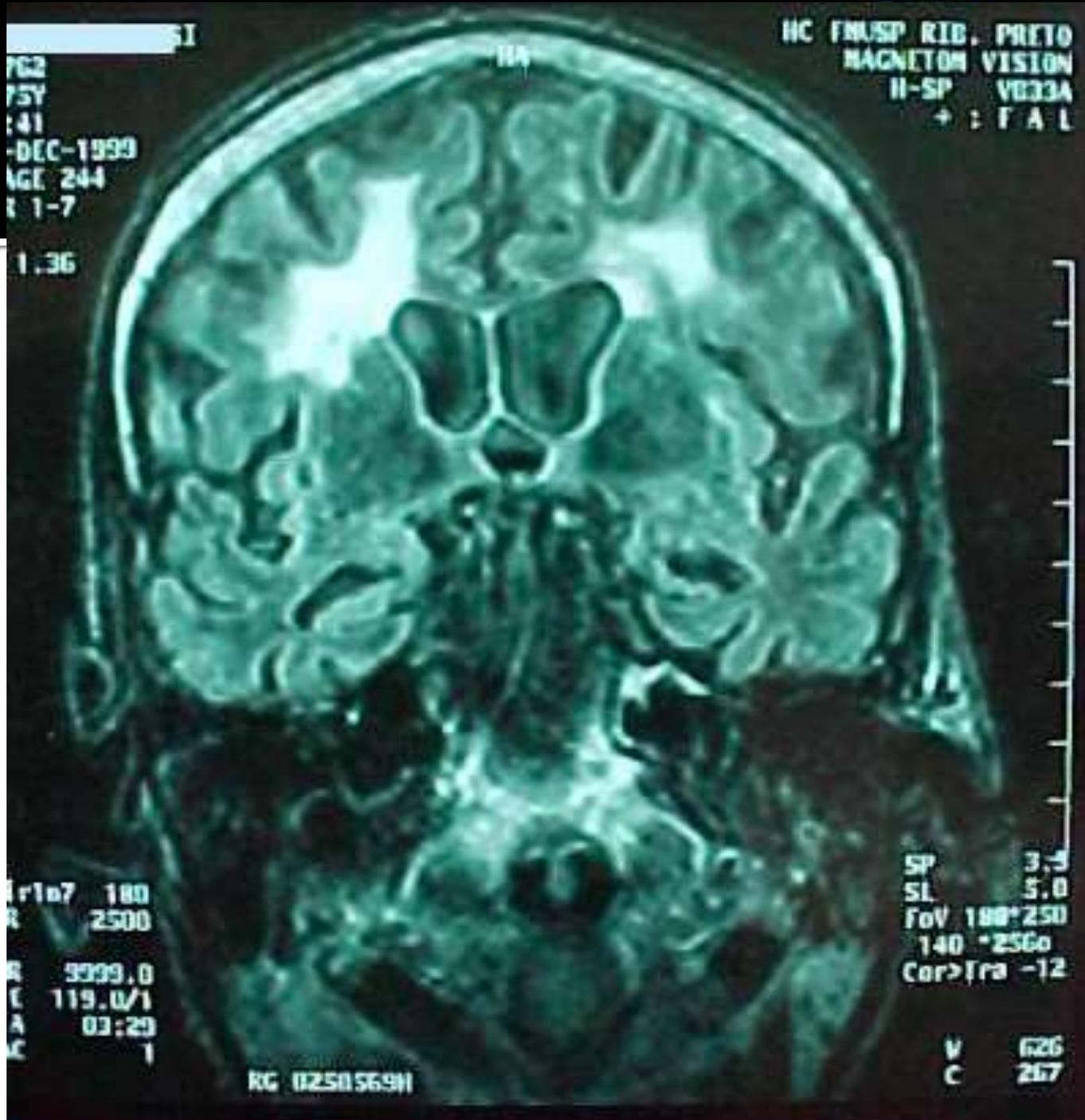
DEMÊNCIA MULTI-INFARTO (Hachinski)



- Êmbolos múltiplos desde as artérias extracranianas ou desde o coração
- Início abrupto
- Sintomas neurológicos focais

- Doença de Alzheimer associado a demência vascular (doença de Binswanger)

Sexo masc., 74 anos



Demência Frontotemporal - DFT



- Início insidioso com alteração de personalidade e distúrbios na conduta social – características predominantes no início e durante o percurso evolutivo. Diagnosticada em 5,1% dos pacientes atendidos no HC-FMUSP (Depto Cognitivo e Comportamento)

Crítérios Diagnósticos da DFT

Características Diagnósticas Centrais

- A. Início Insidioso e progressivo global
- B. Declínio precoce da conduta social interpessoal
- C. Comprometimento precoce na regulação da conduta pessoal
- D. Embotamento afetivo precoce
- E. Perda precoce do *insight*

Características Diagnósticas de Suporte

- A. Distúrbio Comportamental
 1. Descuido na higiene pessoal e nos cuidados de beleza
 2. Rigidez mental e inflexibilidade
 3. Distração e impersistência
 4. Hiperoralidade e mudança nos hábitos alimentares
 5. Perseveração e comportamento estereotipado

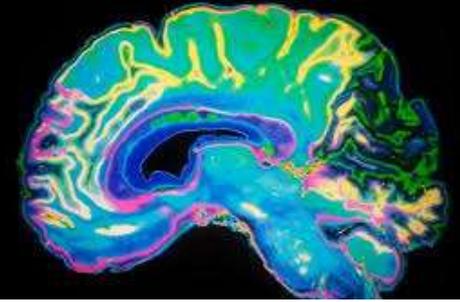
Demência – Leonardo
Caixeta, 2006

Demência Frontotemporal - DFT



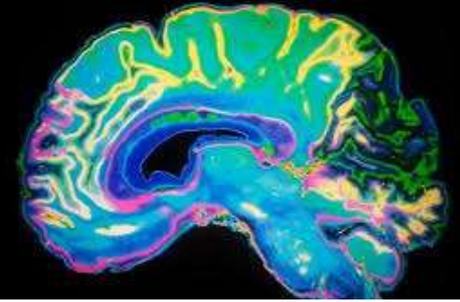
- Alteração de Personalidade :
 - direção à **apatia** e **indiferença** (perda da iniciativa / responde ao ambiente automaticamente)
 - **Infantilidade** e **Euforia** (rude, irritável, jocoso, promíscuo)
 - **As alterações de personalidade podem anteceder em até 7 anos às cognitivas** (Miller, 1991; Kaufer & Cummings, 1991)
 - Dificuldade na modulação das emoções, **mudanças rápidas de humor**, risos imotivados
- Alteração hábitos alimentares:
 - Ganho de peso (64% - DFT / 7% - DA)
 - **Preferência por carboidratos** (79% - DFT / 0% DA)

Demência Frontotemporal - DFT



- Sintomas cognitivos:
 - Linguagem – dificuldade na organização temporal da linguagem
 - Falsos reconhecimentos (presentes na DA + tb na DFT)
 - Confusão acerca de presença ou identidade de pessoa na casa;
 - Confusão acerca de si mesma (não se reconhecem no espelho);
 - Confusão acerca de televisão (presença concreta para imagens)
 - Confusão de amigo ou parente por outra

DOENÇA DE PICK



- Seu início geralmente é insidioso. Esta condição envolve a retração dos tecidos (atrofia) dos lóbulos frontal e temporal do cérebro. Os neurônios (células nervosas) das áreas afetadas contêm material anormal (corpos de Pick).
- A causa exata é desconhecida. Se teoriza que a doença de Pick é um distúrbio hereditário dominante.

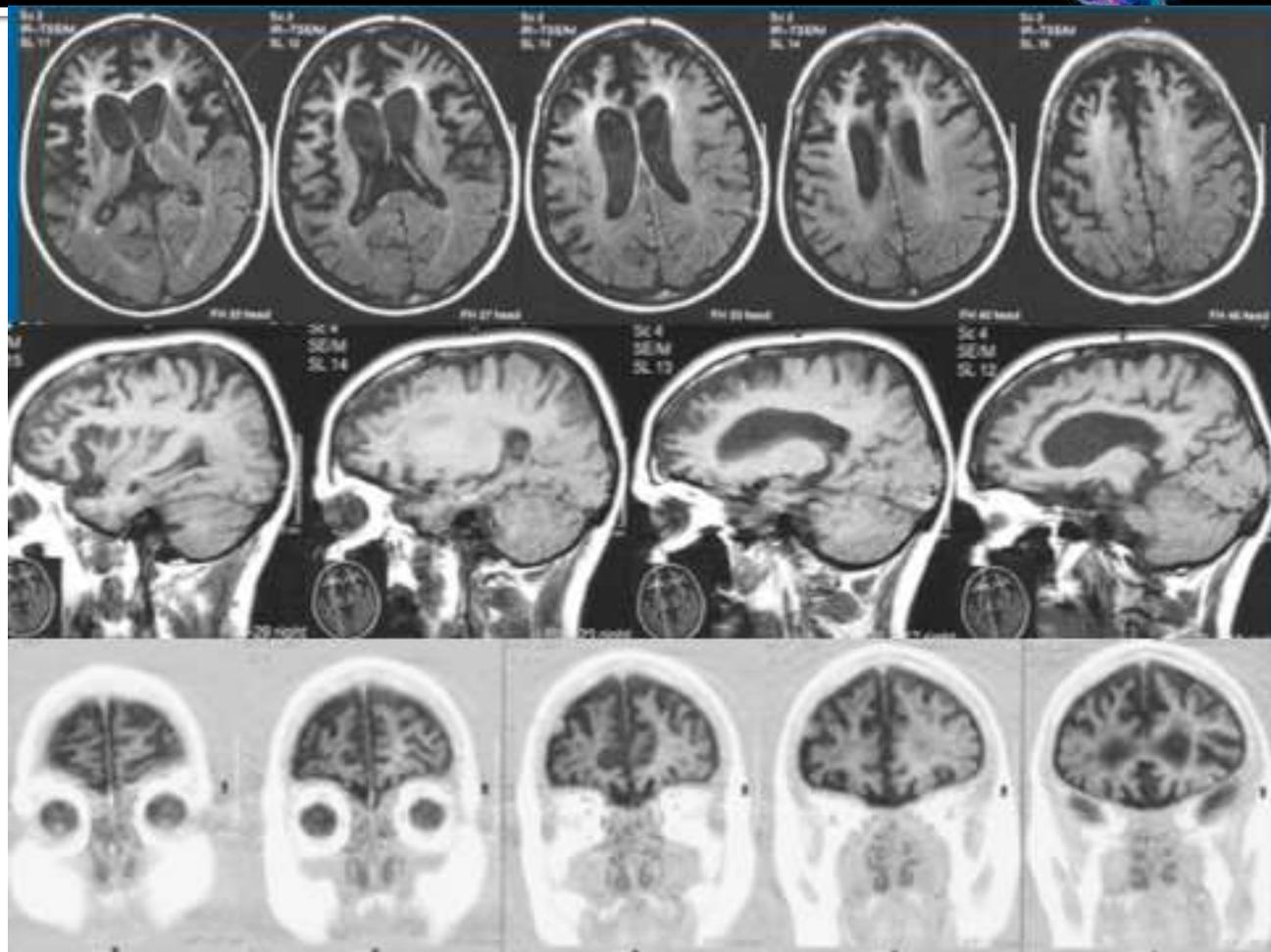
DFT - PICK



- Doença de Pick

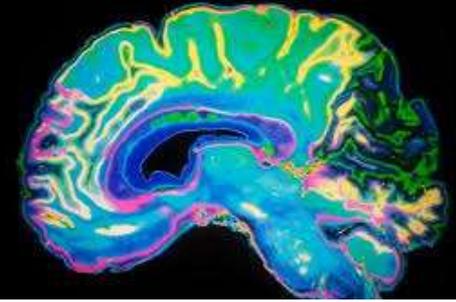
Pode ocorrer prematuramente aos 20 anos de idade, mas geralmente aparece entre os 40 e 60 anos.

A idade média de instalação é aos 54 anos.



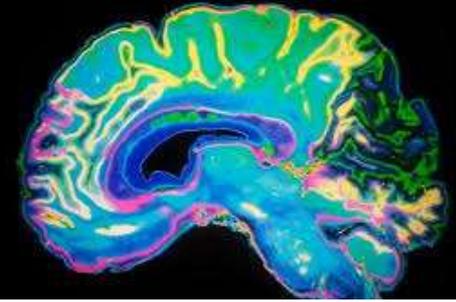
Sexo fem., 52 anos

Demência com corpos de Lewy (DCL)



- Recentemente definida como demência primária e degenerativa, e Clinicamente subdiagnosticada.
- Frequentemente classificada como delirium, doença de Alzheimer, doença de Parkinson com demência ou demência vascular.
- A definição mais usada diz respeito ao tempo de parkinsonismo, em que na DCL está presente dentro de 1 ano do quadro, diferente da doença de Parkinson com demência que a alteração motora precede (permanecer à frente) em anos o quadro cognitivo.

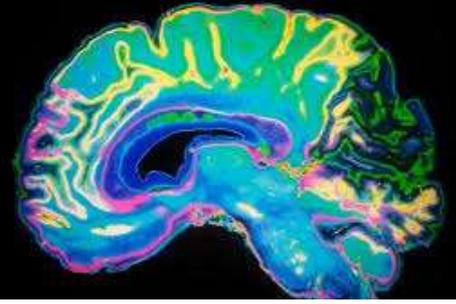
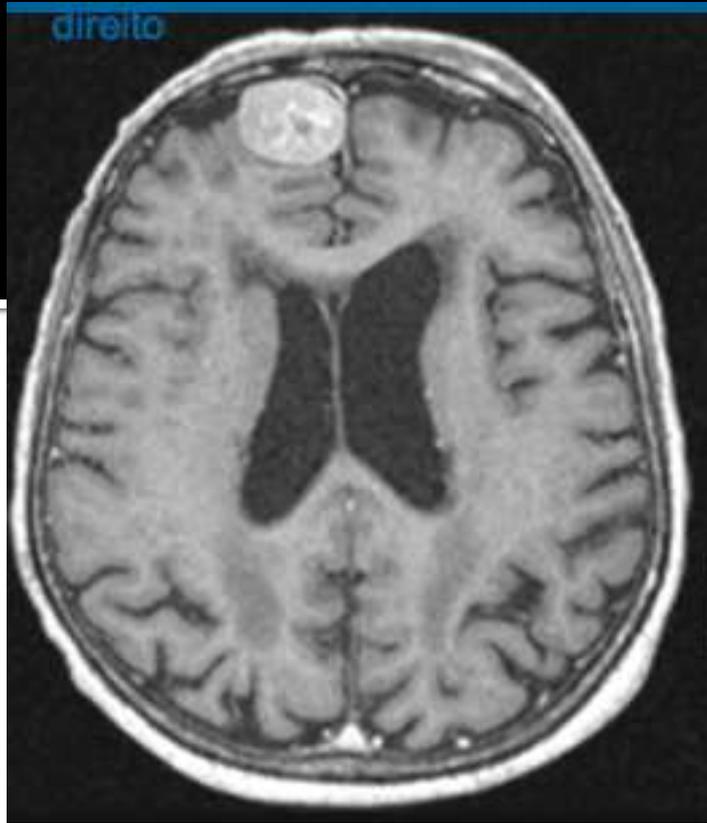
Demência com corpos de Lewy (DCL)



- Estudos neuropatológicos mostram que DCL aparece de 15% a 20% de todas as necrópsias em idosos (McKeith, 2003)
- Em estudos populacionais variam de 2,8% a 30,5% dentre as demências (Brayne, 2006)
- Nos pacientes com Doença de Parkinson, a frequência da demência aumenta com a duração da patologia (24% a 31%)

Critérios Diagnósticos (McKeith e col., 1996 e 1999)

- | | |
|----|---|
| a) | Flutuações da cognição com variações acentuadas de alerta e atenção |
| b) | Alucinações visuais recorrentes que tipicamente são bem formadas e detalhadas |
| c) | Características motoras espontâneas de parkinsonismo |



Sexo fem., 73 anos

- Demência secundária a TU frontal



HPN

- Demência por Hidrocefalia de Pressão Normal

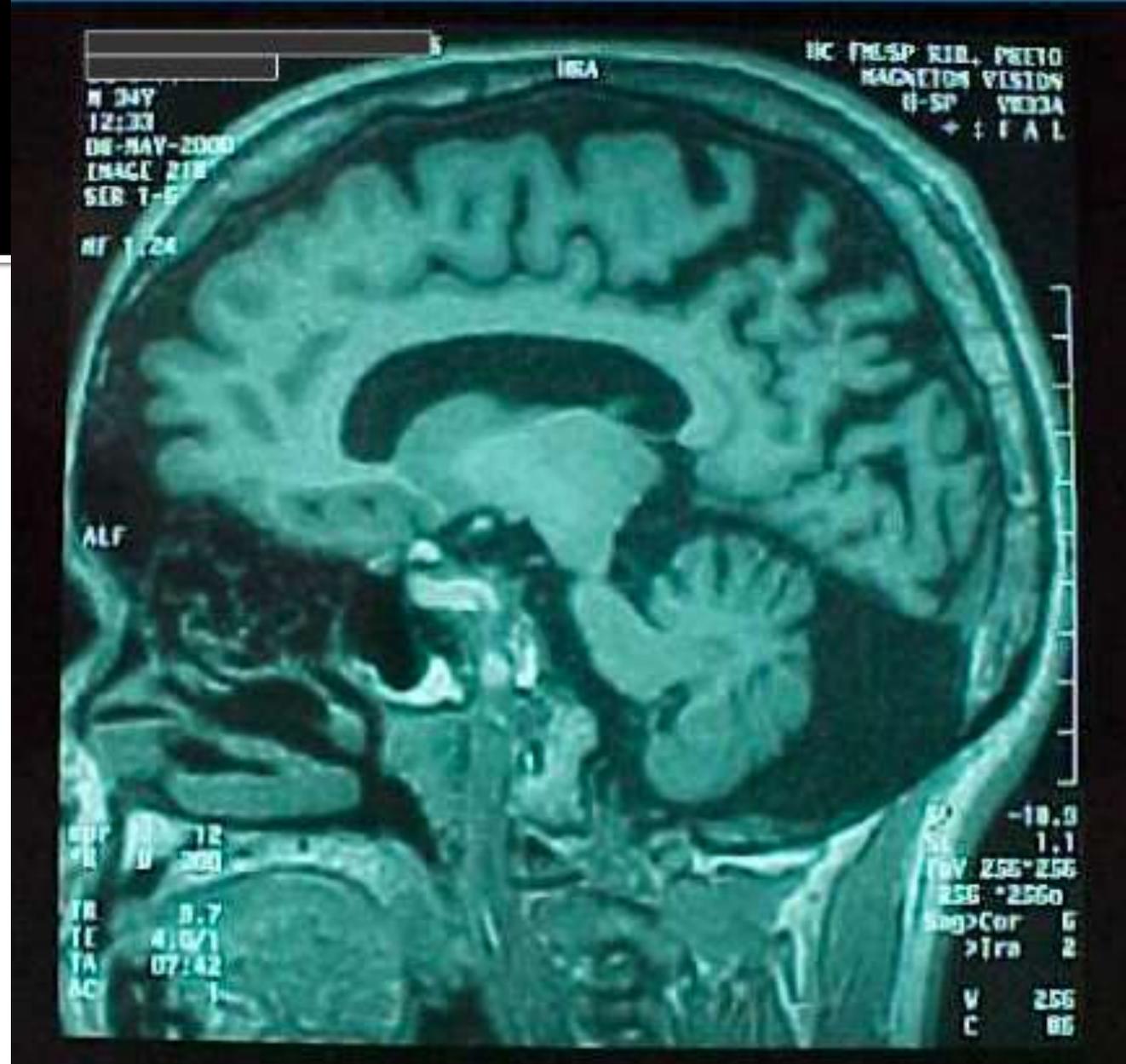
Sexo masc., 53 anos



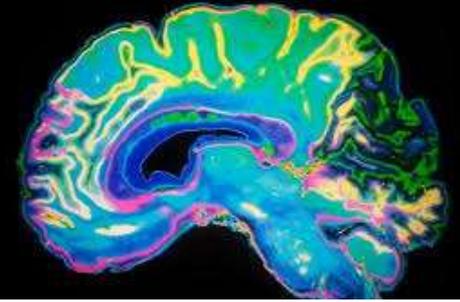
Demência

- Demência secundária ao alcoolismo

Sexo Masc., 34 anos



Afinal?

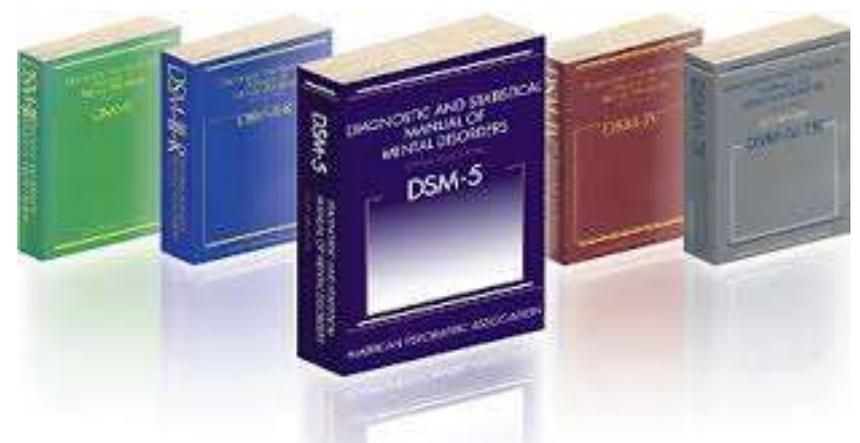


- *A demência é uma condição psiquiátrica ou neurológica?*
- *Por que os critérios diagnósticos estão em um manual de Psiquiatria?*
- *Como diagnosticar?*
- *Qual o melhor critério?*

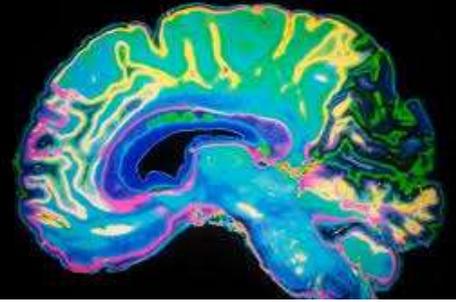


CRITÉRIO DAS
DEMÊNCIAS

Diagnostic and Statistical of Mental Disorders - DSM

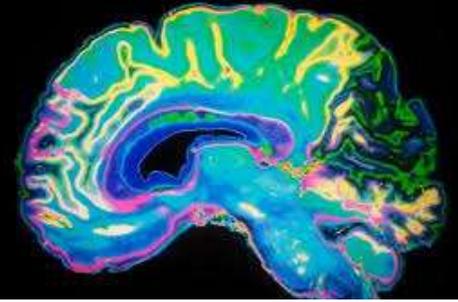


Diagnostic and Statistical of Mental Disorders - DSM



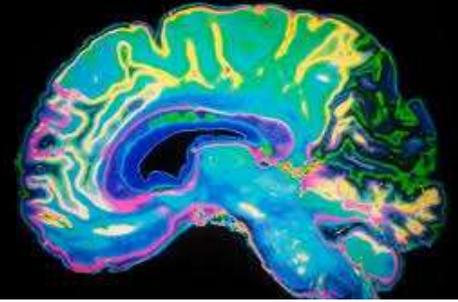
- para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association - APA*).
- É usado ao redor do mundo por clínicos e pesquisadores bem como por companhias de seguro, indústria farmacêutica e parlamentos políticos.

Diagnostic and Statistical of Mental Disorders - DSM



- Existem cinco revisões para o DSM desde sua primeira publicação em 1952.
- A maior revisão foi a DSM-IV publicada em 1994 (Editora Artes Médicas Sul, tradução de Dayse Batista), apesar de uma “revisão textual” ter sido produzida em 2000.
- O DSM-5 (anteriormente conhecido como DSM-V) foi publicado em 18 de maio de 2013 e é a versão atual do manual

Diagnostic and Statistical of Mental Disorders - DSM



- A seção de desordens mentais da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD*) é outro guia comumente usado, especialmente fora dos Estados Unidos. Entretanto, em termos de pesquisa em saúde mental, o DSM continua sendo a maior referência da atualidade.

CONCEITO DE DEMÊNCIA – DSM-IV

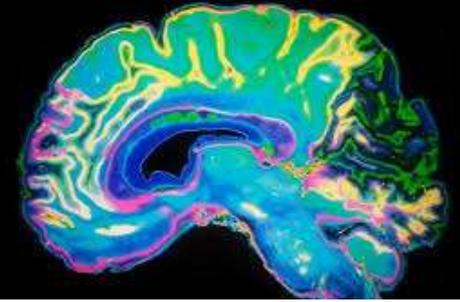


QUADRO 10 – 2: CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA DE ACORDO COM O DSM-IV-TR^{2,6}

- A. Desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos manifestados tanto por (1) quanto por (2):
- (1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas)
 - (2) uma (ou mais) das seguintes funções cognitivas:
 - (a) afasia (perturbação da linguagem com inteligência intacta);
 - (b) apraxia (capacidade de planejamento motor intacta);
 - (c) agnosia (inteligência intacta); e
 - (d) perturbação de funções executivas (incluindo planejamento, organização, abstração).
- B. Os déficits cognitivos nos Critérios A comprometem o funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação ao funcionamento anterior.
- C. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um *delirium*.
- D. Um ou vários fatores orgânicos julgados etiologicamente responsáveis pelos transtornos são evidenciados pela anamnese, exame psíquico ou exames complementares. Na ausência dessas evidências, pode-se presumir que um fator orgânico originou a síndrome se nenhum transtorno mental não orgânico pode explicar os sintomas, como, por exemplo, uma depressão maior.

Memória + 2 Funções cognitivas alteradas + comprometimento funcional

DSM-IV



Critérios para Demência DSM-IV

1. Comprometimento de memória

2. Pelo menos 1 dos seguintes:

Afasia

Apraxia

Agnosia

Comprometimento de funções executivas

3. As alterações em 1 e 2 significativamente interferem no trabalho, atividades sociais, ou relacionamento

4. Alterações não ocorrem exclusivamente em Delirium

Critérios adicionais para o tipo de Demência

Demência de Alzheimer

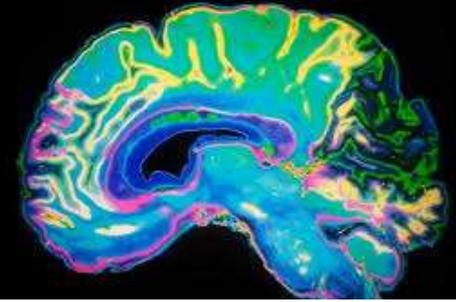
Declínio cognitivo gradual e contínuo

Não causada por condição médica, psiquiátrica, ou neurológica identificável

Demência Vascular

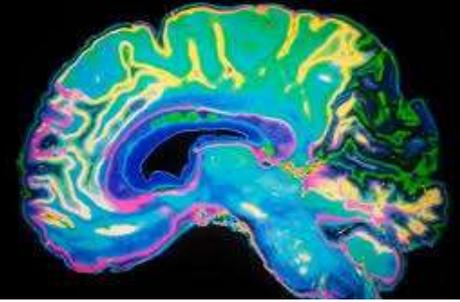
Sinais neurológicos focais ou evidência laboratorial de condição cerebrovascular

NINCDS-ADRDA



- Critérios do NINCDS-ADRDA - propostos em 1984 pelo *the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (agora conhecida como a Associação de Alzheimer) e estão entre os mais utilizados no diagnóstico da doença de Alzheimer (DA).
- presença de deficiência cognitiva e suspeita de síndrome demencial a ser confirmada por testes neuropsicológicos para o diagnóstico clínico de DA provável ou possível, enquanto que necessitam para confirmação histopatológica (exame microscópico de tecido de cérebro) para o diagnóstico definitivo.

Critérios para DA



1

**DA
Provável**

2

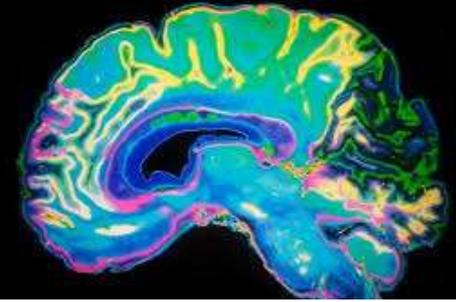
**DA
Possível**

3

**DA provável ou
possível
+
Evidência de
processo
fisiopatológico**

NINCDS-ADRDA

(McKhann et al., 1984)

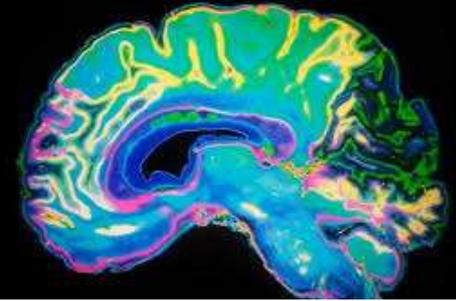


I. Doença de Alzheimer DEFINIDA:

- Critério clínico para doença de Alzheimer provável
- Evidência histopatológica obtida por biópsia ou autópsia.

NINCDS-ADRDA

(McKhann et al., 1984)

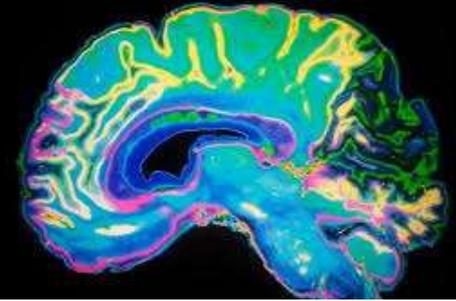


II. Doença de Alzheimer PROVÁVEL:

- Demência estabelecida por exame clínico e documentada pelo MEEM ou exame similar, e confirmada por testes neuropsicológicos;
- Déficit em 2 ou mais áreas da cognição;
- Declínio progressivo da memória e outras funções cognitivas;
- Ausência de distúrbio da consciência;
- Início entre 40 e 90 anos, mais frequentemente após 65 anos; e
- Ausência de doenças sistêmicas ou outras doenças cerebrais que, por si, poderiam ser responsáveis pelos déficits progressivos de memória e cognição.

NINCDS-ADRDA

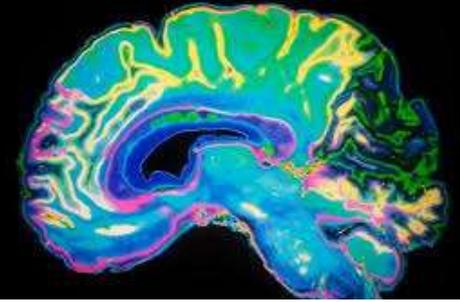
(McKhann et al., 1984)



III. Doença de Alzheimer POSSÍVEL:

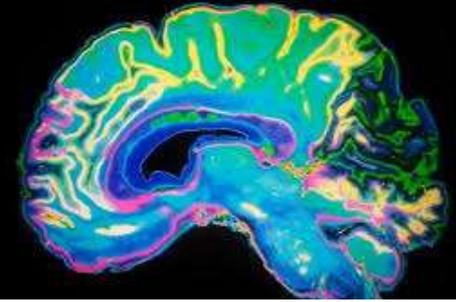
- Pode ser feito com base em síndrome demencial, na ausência de outras doenças neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas suficientes para causar demência, e na presença de variações no início, na apresentação ou no curso clínico;
- Pode ser feito na presença de uma segunda doença cerebral ou sistêmica suficiente para produzir demência, que não seja considerada causa da demência;
- Deve ser utilizado em pesquisa clínica quando déficit cognitivo único, grave e gradualmente progressivo é identificado na ausência de outra causa identificável.

DA improvável



- Evidências suficientes para um diagnóstico alternativo, como:
 - Demência por HIV
 - Demência da doença de Huntington
- Mesmo preenchendo critérios clínicos de DA possível as 2 classes de biomarcadores são negativas

Por que revisar critérios?



Por ser uma SÍNDROME clínica que ocorre em consequência de um processo fisiopatológico

Novos conhecimentos sobre outras causas de demência

Incorporação de biomarcadores no diagnóstico de DA e MCI

Apresentações não-amnésicas do processo fisiopatológico da DA

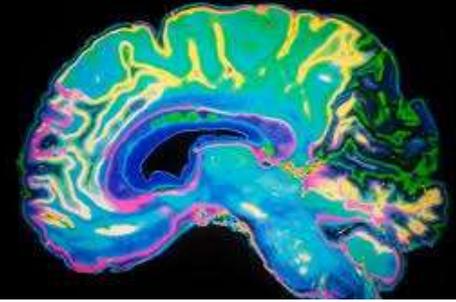
Incorporação de informações genéticas (mutação na proteína precursora amilóide, PS1 e PS2)

Idade de apresentação não difere na fisiopatologia

Heterogeneidade nos critérios de DA possível

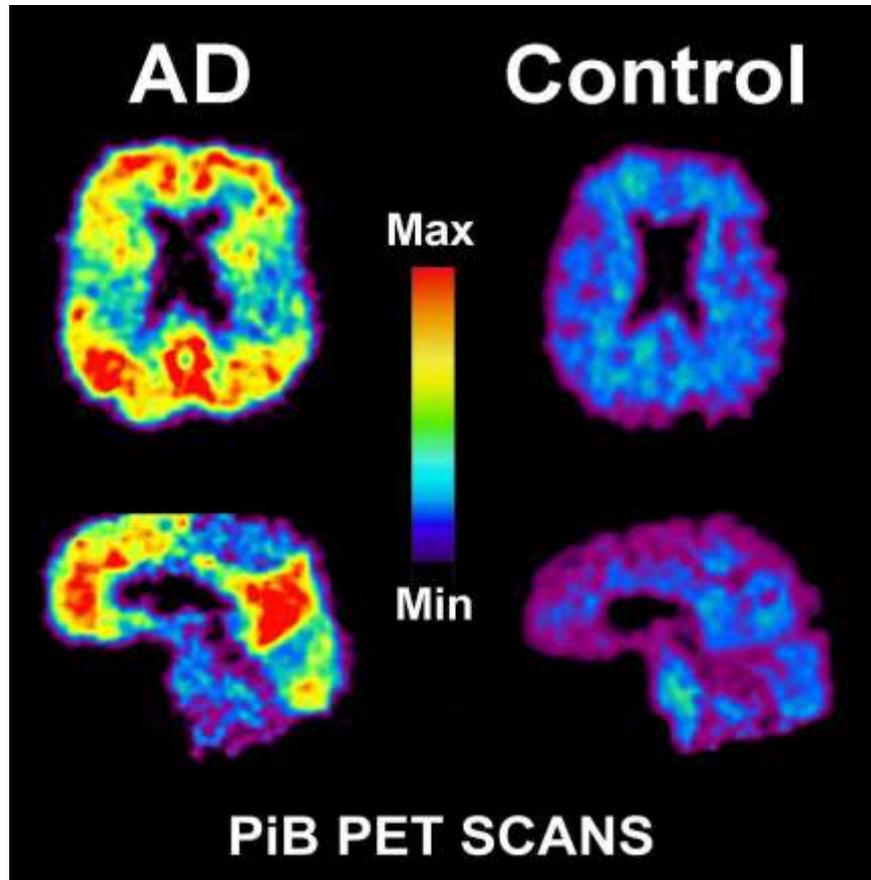
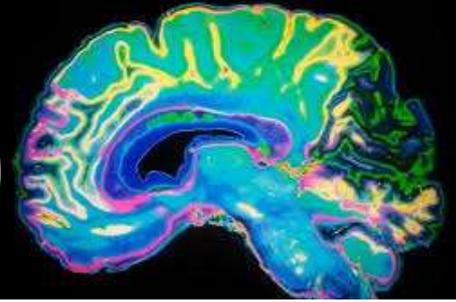


CRITÉRIOS REVISADOS

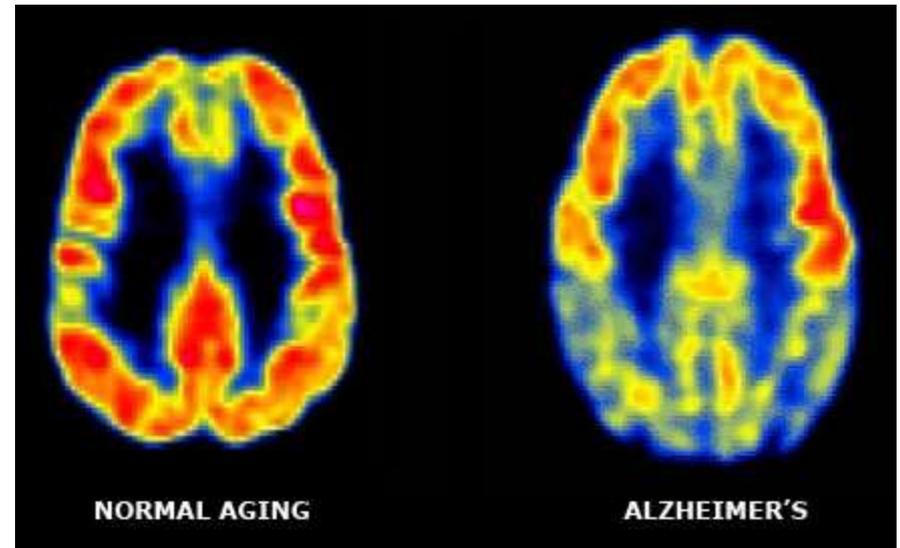


- A presença de alguns itens aumenta a confiabilidade do diagnóstico clínico da DA provável, são eles:
 - Evidência do declínio cognitivo conferido por avaliações de seguimento
 - Comprovação da presença de mutação genética
 - E a possibilidade de biomarcadores que confirmem processo patogênico (marcadores moleculares por emissão de pósitrons (PET) ou liquor ou
 - Neuroimagem (estrutural ou funcional)

Biomarcadores (imagens)



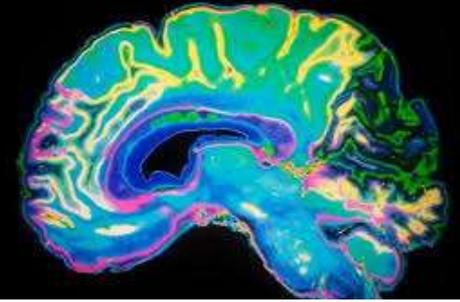
PET amiloide



FDG-PET

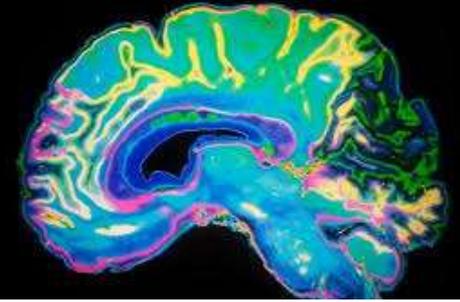
FDG=fluorodesoxiglicose

Limitações para o uso dos Biomarcadores



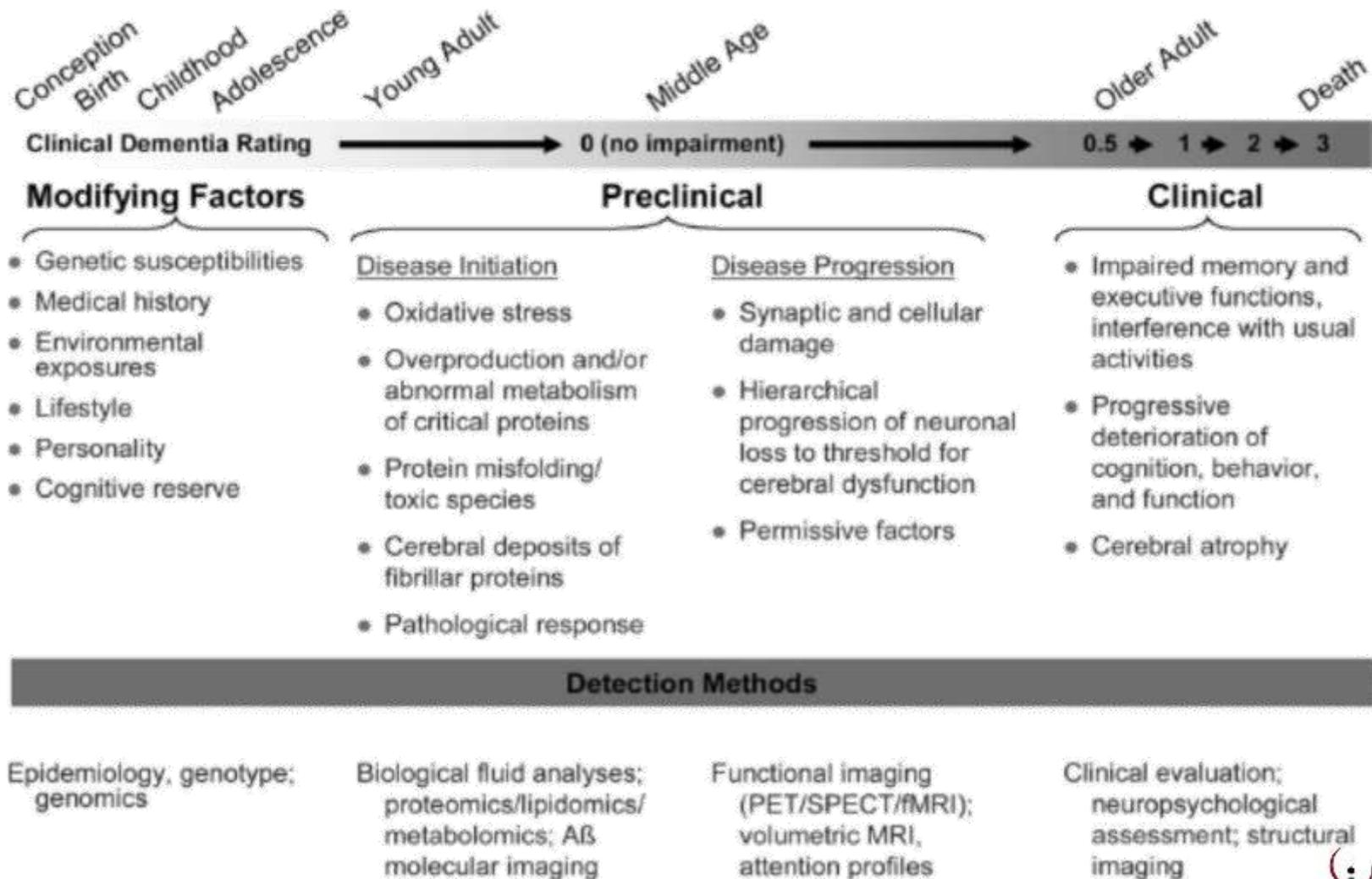
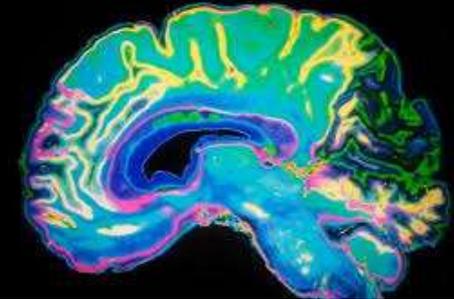
1. Os critérios clínicos têm boa acurácia e utilidade na maioria dos pacientes
2. Uma investigação mais precisa deve ser feita para garantir que os critérios de biomarcadores foram feitos adequadamente
3. Não há padronização de biomarcadores de um local para o outro
4. Acesso limitado aos biomarcadores
5. Análise qualitativa e não quantitativa

DA possível com evidência fisiopatológica

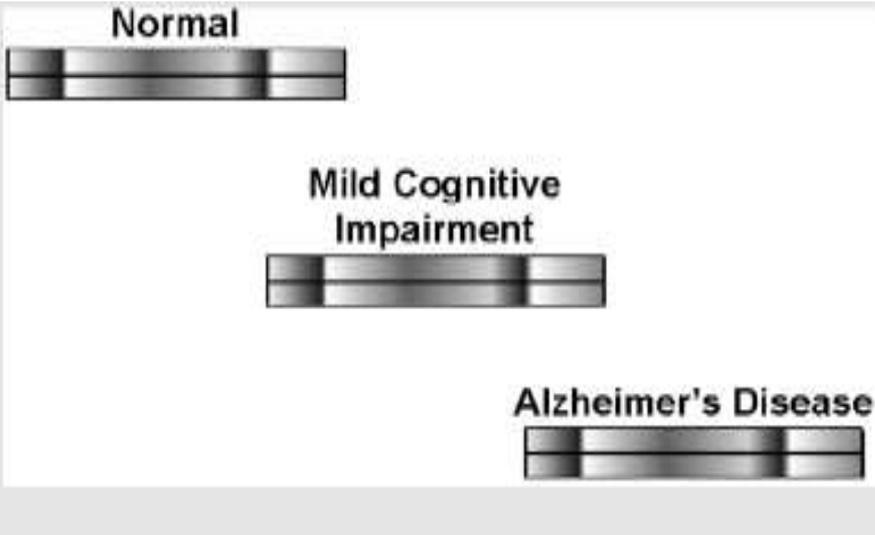
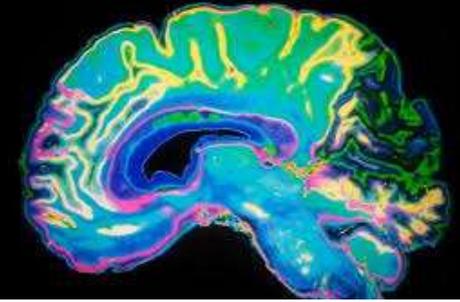


- As 2 categorias de biomarcadores deve ser POSITIVAS
- Abordagem conservadora que pode mudar com os resultados de diferentes combinações de biomarcadores
- Não exclui a possibilidade de uma segunda condição fisiopatológica

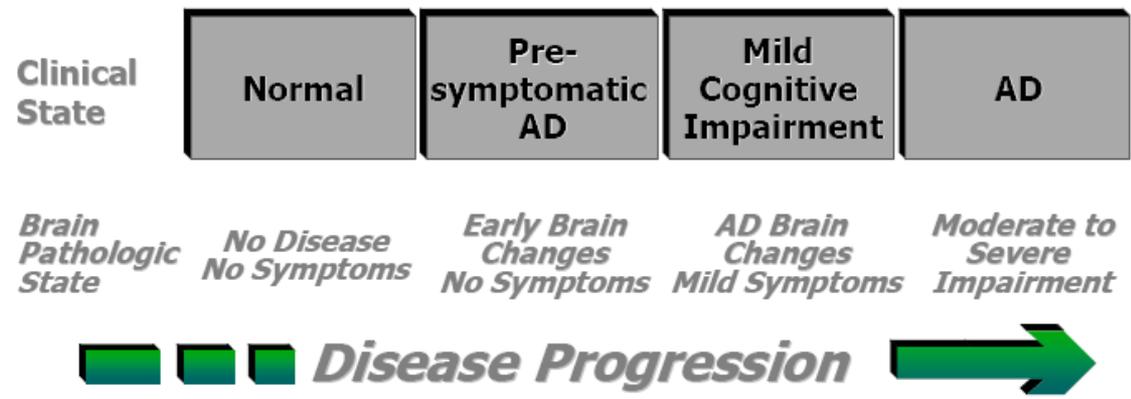
História Natural da DA



COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE



Alzheimer's Disease Course and Pathological Status



National Institute on Aging, USA.

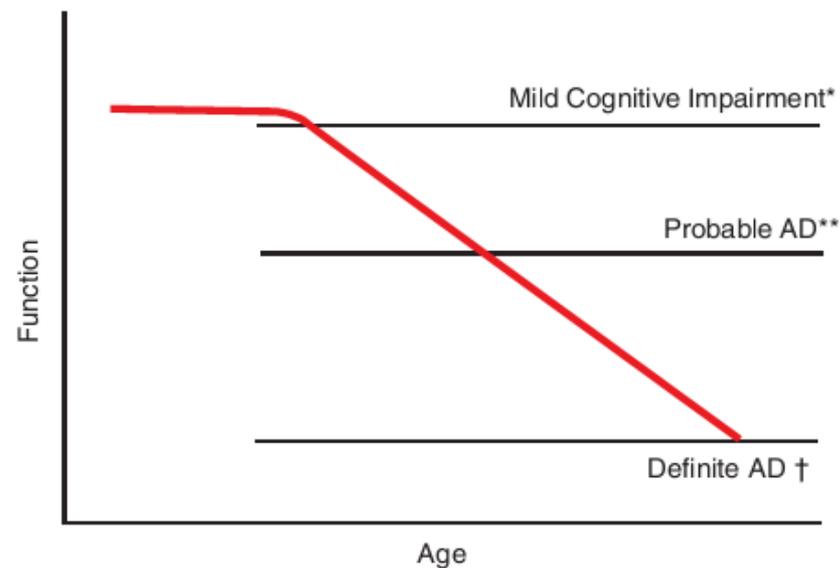
KEY SYMPOSIUM

Mild cognitive impairment as a diagnostic entity

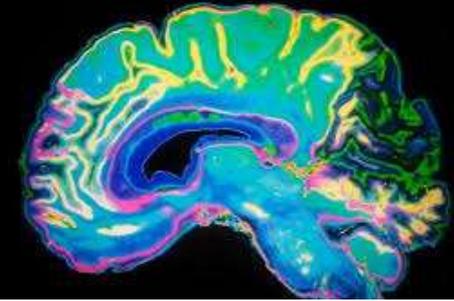
R. C. PETERSEN

From the Department of Neurology, Alzheimer's Disease Research Center, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, USA

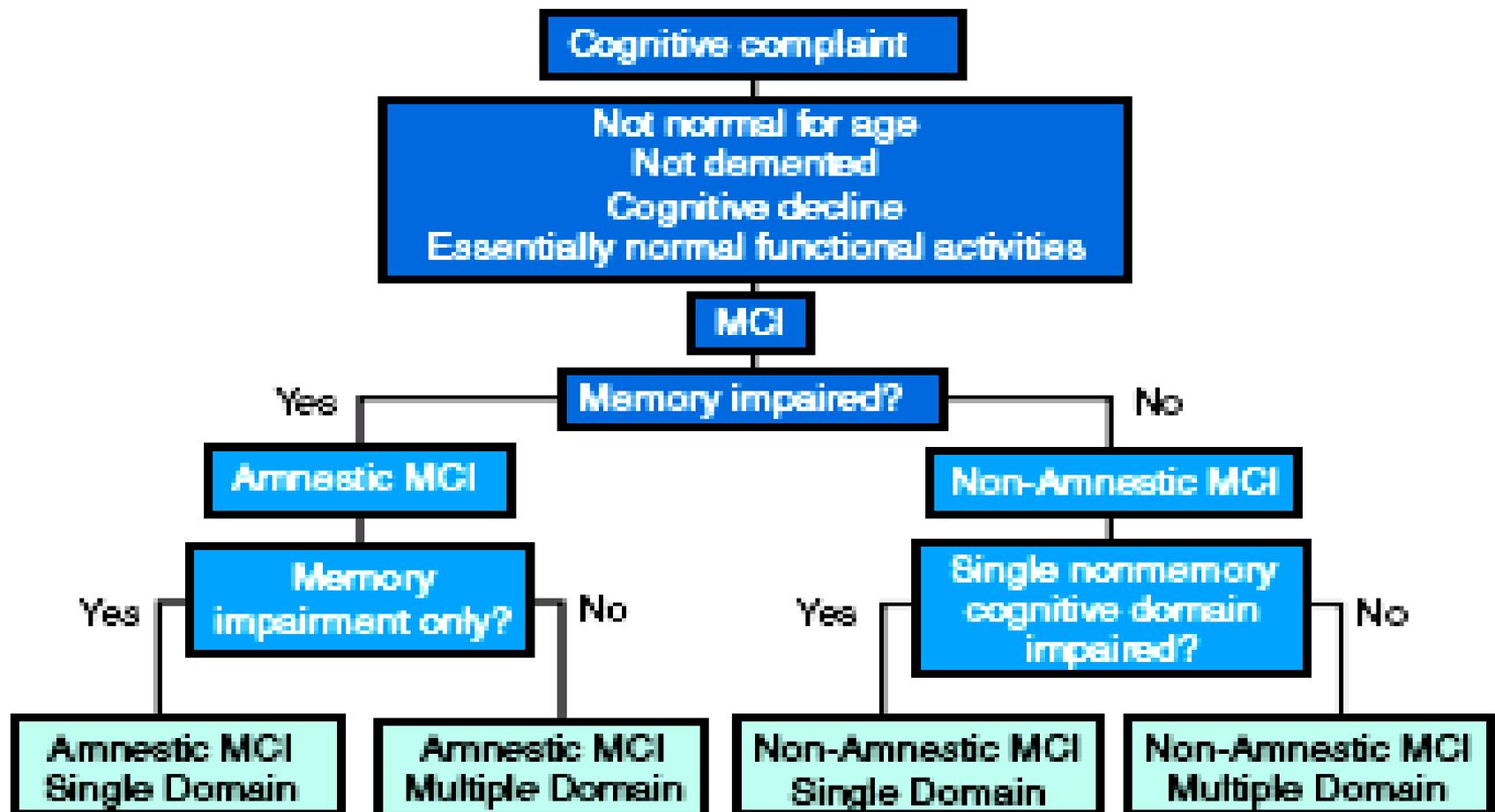
COMPROMETIMENTO COGNITIVO NOS TESTES NEUROPSICOLÓGICOS, O SUJEITO APRESENTARÁ RESULTADOS: **1,5 DESVIO PADRÃO ABAIXO DA MÉDIA PARA A IDADE**



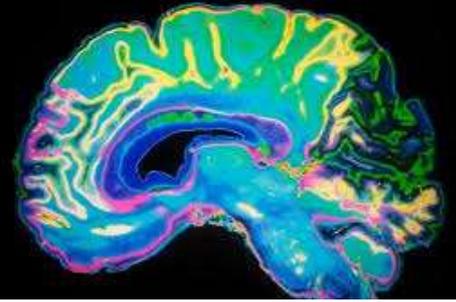
COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE



Mild Cognitive Impairment

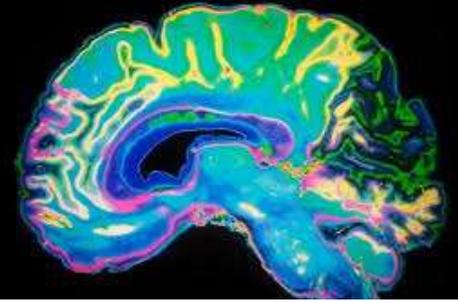


ATUALMENTE



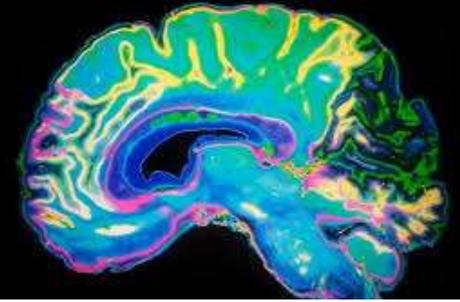
■ DMS-5

algumas mudanças



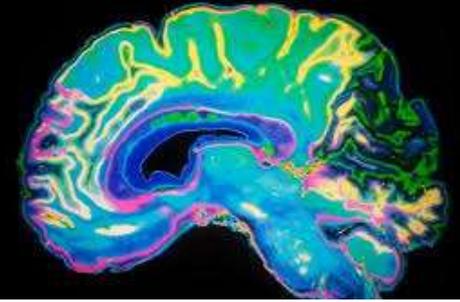
- 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-5)*
- Estabeleceu o critério no qual a categoria demência passa a ser MAIOR ou MENOR comprometimento NEUROCOGNITIVO (TNC) .

Definição Mais Clara de Limites



- **DSM-IV: Demência**
 - ▶ **Prejuízo significativo** no funcionamento social ou ocupacional

- **DSM-5: Transtorno Neurocognitivo (TNC) Maior**
 - ▶ **Compromete a independência** em atividades de vida diária

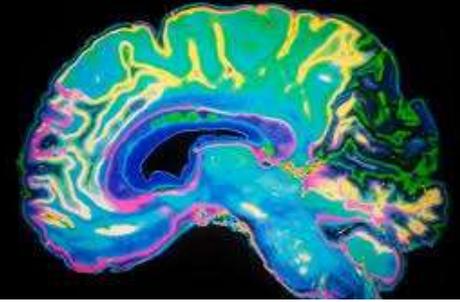


- Considerada a categoria TNC como o grupo de transtornos adquiridos em que o *déficit* clínico primário está na função cognitiva, ao invés dos transtornos do desenvolvimento (DSM-5, 2013).



- Os subtipos maiores ou leves de Transtorno Neurocognitivo (TNC) incluem:
 - devido à Doença de Alzheimer;
 - Vascular;
 - Corpúsculos de Lewy;
 - Parkinson;
 - Frontotemporal....,
- Devido a outra condição médica;
- Múltiplas etiologias;
- Não especificado

Termos

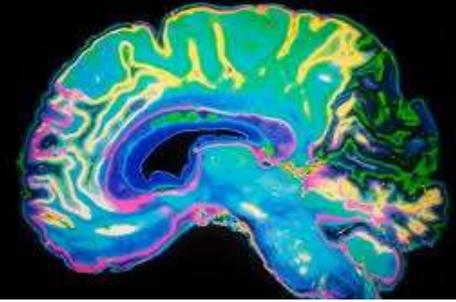


- O termo “demência” carrega um estigma negativo e provoca confusão na população leiga
- O termo “transtorno neurocognitivo” descreve melhor a condição

“Dementia is retained in DSM-5 and may be used in settings where physicians and patients are accustomed to this term.”
- A designação “maior” e “leve” transmite a ideia de níveis dentro de um espectro contínuo.

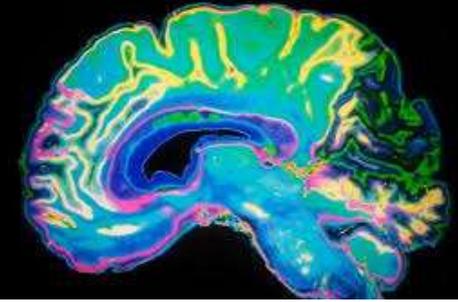
(Preocupação em evitar os termos “grave” e “menor”)

DSM-5 (transtorno neurocognitivo)



- No diagnóstico de um transtorno neurocognitivo maior, são necessários dois ou mais desvios-padrões abaixo das normas apropriadas. Esta necessidade de testes cognitivos irá adicionar o custo ao paciente, uma vez que nem o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), nem a *Montreal Cognitive Assessment*, (MoCA) - os instrumentos de rastreamento comuns utilizados por muitos médicos - rendimentos que resultam em desvios-padrão, permitirá essa magnitude para identificação completa. Além disso, o requisito de que os déficits cognitivos são insuficientes para interferir com a independência é subjetiva e irá causar confusão adicional para ambos – médico e paciente .

Definição Mais Clara de Limites



- **TNC MAIOR**
- Necessita de auxílio em atividades complexas como pagar contas e administrar medicações
- Testes com escore $z < -2,0$ (percentil < 3)

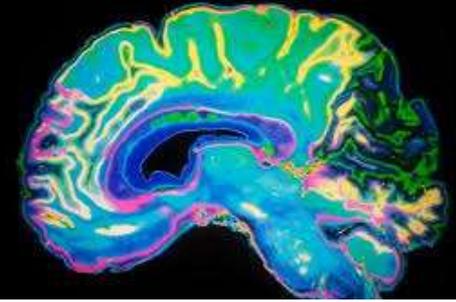
- **TNC LEVE**
- Não compromete a independência, mas pode estar associado à necessidade de maior esforço, erros, lentidão, estratégias compensatórias
- Escore z entre $-1,0$ e $-2,0$ (percentil 3-16)

DSM-5



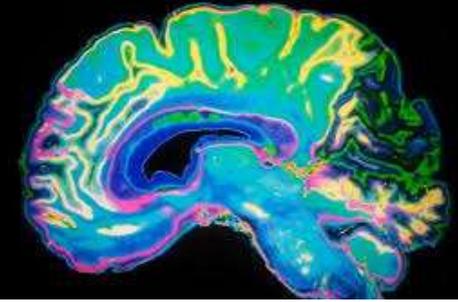
- Em sendo utilizado o termo demência que não existe no DSM -5, o médico está usando os critérios desenvolvidos pela Associação de Alzheimer e do Instituto Nacional do Envelhecimento, ele vai ser diagnosticado com demência devido à doença de Alzheimer (DSM-IV)
- Se o médico usa DSM- 5, ele irá diagnosticar transtorno neurocognitivo maior ou menor devido à doença de Alzheimer. Da mesma forma, o CCL será diagnosticado como CCL ou transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Alzheimer.
- Como se observa, a coorte atual de idosos que estão enfrentando essas doenças e os que estão envelhecendo vão lutar com essas doenças e vão realmente experimentar a confusão.
- A Associação de Alzheimer, do Instituto Nacional sobre o Envelhecimento, e DSM -5 , todos fizeram melhorias necessárias para o diagnóstico destas doenças.
- É fundamental que os profissionais da área do envelhecimento estejam suficientemente preparados para explicar os conceitos para a população em geral, que, com a orientação correta, vai continuar a envelhecer bem.

DSM-5 (transtorno cognitivo)



- Há evidências de declínio cognitivo modesto de um nível anterior de desempenho prévio, identificado por um informante ou o médico, e uma diminuição no desempenho neurocognitivo, envolvendo tipicamente o desempenho no teste no intervalo de um e dois desvios padrões abaixo das normas apropriadas em testes formais ou avaliação clínica equivalente.
- Os déficits cognitivos são insuficientes para interferir na independência (por exemplo, atividades instrumentais de vida diária, como tarefas mais complexas, como pagamento de contas ou gestão de medicamentos), mas com maior esforço nas estratégias compensatórias.
- Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de um delírio.
- Os déficits cognitivos não são essencialmente imputáveis a um outro transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo maior, esquizofrenia) .

Alguns comentários



- Na opinião de James Siberski, muitas pessoas ficam confusas sobre o significado de demência. Eles além de não entenderem a demência, são muitas vezes surpreendidos que doenças como a de Alzheimer causam demência.
- Os indivíduos mais velhos reconhecem que a doença de Alzheimer e demência são ambos prejudiciais para a qualidade e tempo de vida. No entanto, eles não conseguem compreender a relação entre elas. A adição de desordem neurocognitivo maior e leve devido à doença de Alzheimer, demência com corpos de Lewy , HIV, etc só vai aumentar a confusão .
- A outra preocupação é que, quando um paciente é diagnosticado com transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Alzheimer, podem assumir que é uma situação semelhante a uma pequena cirurgia ou algo trivial e nada para se preocupar. Eles podem não reconhecer plenamente a gravidade do diagnóstico em termos da progressão da doença. Posteriormente, essa falta de reconhecimento pode contribuir para os efeitos negativos, ou seja, se o paciente está em conformidade com o tratamento; toma os medicamentos prescritos para retardar a progressão; encontra-se com um advogado para a construção de um testamento, procuração, e diretriz antecipadas, e aborda questões como a condução e cuidados de longo prazo.



Quadro comparativo - resumo

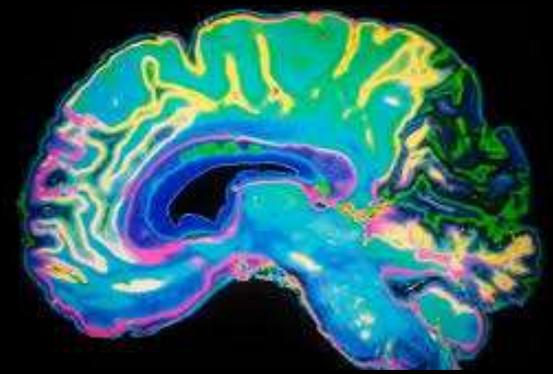
Compatibilidade com os critérios

Compatibilidade com os Critérios NIA-AA para Demência por Doença de Alzheimer Provável

NIA-AA; McKhann et al., 2011	DSM-5; APA, 2013
Início insidioso e declínio progressivo	Início insidioso e declínio progressivo
Déficit em dois ou mais dos seguintes domínios: memória, funções executivas, funções visuoespaciais, linguagem e comportamento	Déficit de memória + outro domínio: atenção, funções executivas, funções perceptuomotoras, linguagem, cognição social
Sem evidência de outra etiologia	Sem evidência de outra etiologia
Biomarcadores: nível de evidência do processo fisiopatológico	Sem classificação para biomarcadores
DA Possível: curso atípico, etiologia mista	DA Possível: perfil neuropsicológico atípico , curso atípico, etiologia mista

Compatibilidade entre TNC Leve e CCL

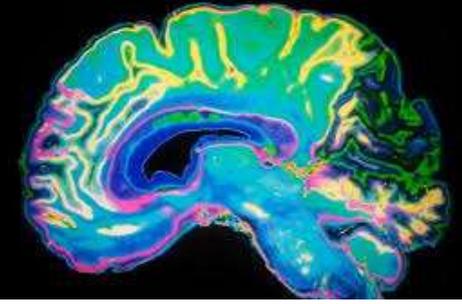
CCL – Winblad et al (2004)	TNC LEVE DSM-5
Relato de declínio do indivíduo ou informante	Relato de declínio do indivíduo ou informante
Déficit documentado em medidas objetivas	Déficit documentado em medidas objetivas
Atividades funcionais minimamente afetadas	Não interfere na independência (sem necessidade de assistência em AVDs)
?	Não ocorre exclusivamente no contexto de delirium
?	O déficit não é melhor explicado por depressão maior
Amnésico ou Não-Amnésico Domínio Único ou Múltiplos	Etiologia: TNC leve por doença de Alzheimer possível etc.



Entendendo os comprometimentos

Avaliação neuropsicológica

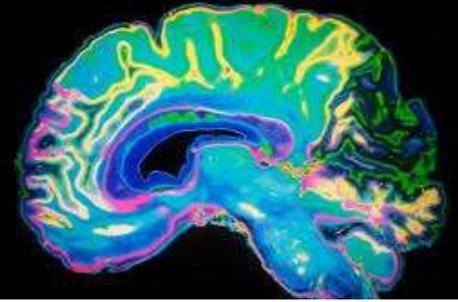
Demência Subcortical vs Cortical



	<u><i>Demência Subcortical</i></u>	<u><i>Demência Cortical</i></u>
<i>Atenção</i>	Alentecida (lentificada) na reação aos estímulos	Redução capacidade de alternância do foco
<i>Fala</i>	Hipotonia (tônus muscular), disartria	Sem alterações específicas (em geral)
<i>Linguagem</i>	Hipofonia	Afasia, anomia
<i>Memória</i>	Comprometimento na evocação	Comprometimento na fixação de novas informações (principalmente)

	<i>Demência Subcortical</i>	<i>Demência Cortical</i>
<i>Comportamento</i>	Apatia, abulia (falta de vontade)	Desinibição, comprometimento de senso crítico e de julgamento
<i>Sinais Motores</i>	Movimentos anormais: tremor, coréia, rigidez, distonias	Em geral ausentes
<i>Pensamento</i>	Alentecimento, rebaixamento quantitativo	Tendência à concretude e na estruturação de estratégias, comprometimento em memória de trabalho

Atenção



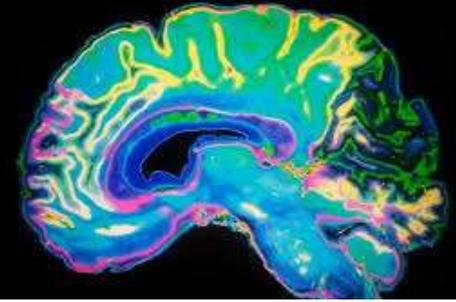
- **TNC LEVE**

- ▶ Maior lentidão
- ▶ Erros mais frequentes
- ▶ Dificuldade em tarefas simultâneas

- **TNC MAIOR**

- ▶ Distrai-se com estímulos secundários
- ▶ Incapaz de realizar cálculos
- ▶ Incapaz de memorizar um número de telefone para ligar imediatamente

Funções Executivas



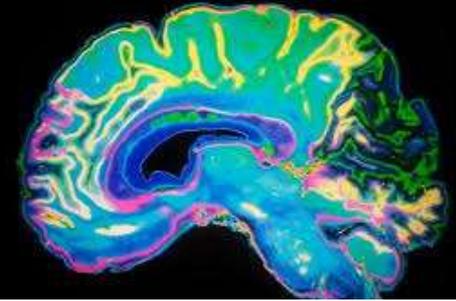
- **TNC LEVE**

- ▶ Dificuldade em tarefas de organização e planejamento
- ▶ Dificuldade em tarefas com múltiplas etapas

- **TNC MAIOR**

- ▶ Abandona tarefas complexas com múltiplas etapas
- ▶ Necessita de auxílio para planejar e tomar decisões

Memória



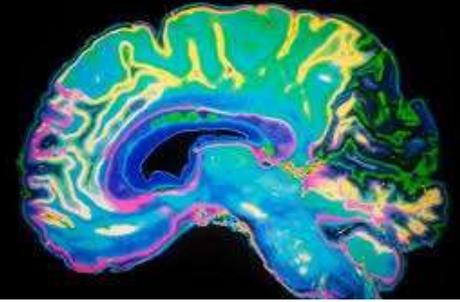
○ TNC LEVE

- ▶ Maior dependência de agendas e lembretes
- ▶ Dificuldade de lembrar se já pagou a conta
- ▶ Esquece informações após alguns dias ou semanas

○ TNC MAIOR

- ▶ Repetitivo(a)
- ▶ Não memoriza uma pequena lista de compras
- ▶ Necessita de auxílio para lembrar de compromissos

Cognição Social

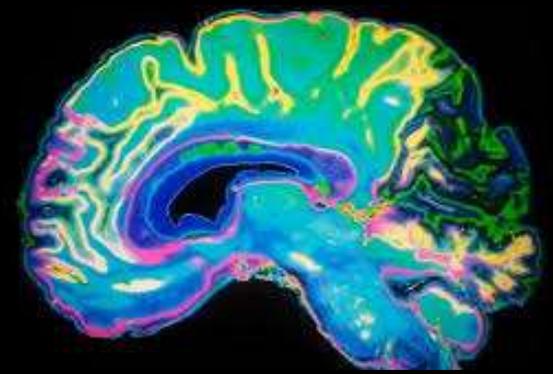


○ TNC LEVE

- ▶ Dificuldade de entender pistas sociais
- ▶ Dificuldade de interpretar expressões faciais
- ▶ Dificuldade de estabelecer relações empáticas

○ TNC MAIOR

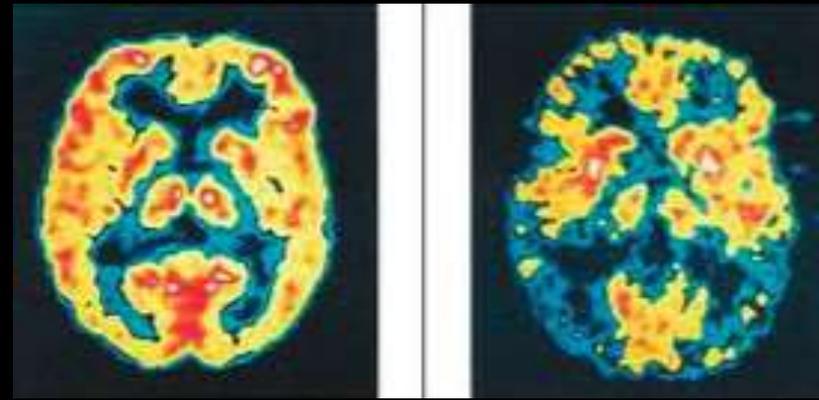
- ▶ Comportamento socialmente inadequado
- ▶ Não estima risco adequadamente
- ▶ Não percebe suas próprias limitações



Conhecendo a Neuropsicologia

Avaliação Neuropsicológica

ANAMNESE



Manifestações iniciais

Alteração de memória recente (repetições, esquecer o que ouviu ou o que leu, não saber onde guarda as coisas)

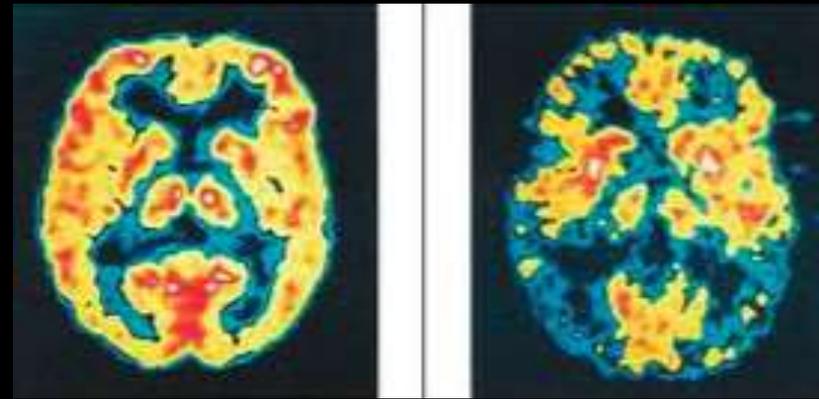
Dificuldade de tomada de decisões , julgamento ou resolução de problemas (dificuldades nas habilidades organizacionais)

Dificuldade em manejar o dinheiro ou com os cuidados da casa

Esquecer rotas enquanto dirige, sentir-se perdido em locais familiares

Alterações de personalidade (apatia, desinibição), humor (triste, irritado), ou comportamento (bizarro ou embotado)

HISTÓRIA CLÍNICA



Fatores Hereditários:

Fatores de risco (AVC, HAS, DM)

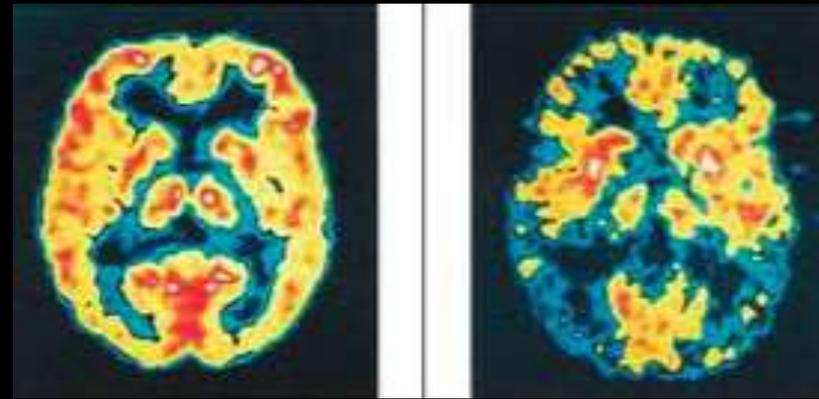
Genéticos – história familiar sugerindo uma herança autossômica dominante ou múltiplos casos na família (Alzheimer)

Condições médicas/neurológicas – (hipotireoidismo, HAS, DM, doença cardíaca); Condições neurológicas (AVCs, TCE), características motoras associadas (a tremor, dificuldade da marcha, alterações da fala e deglutição); alterações de sono (insônia, apnéia do sono)

Medicações em uso

O QUE AVALIAR

O QUE AVALIAR



CONDIÇÕES PRÉVIAS

ESCOLARIDADE (alfabetização funcional)

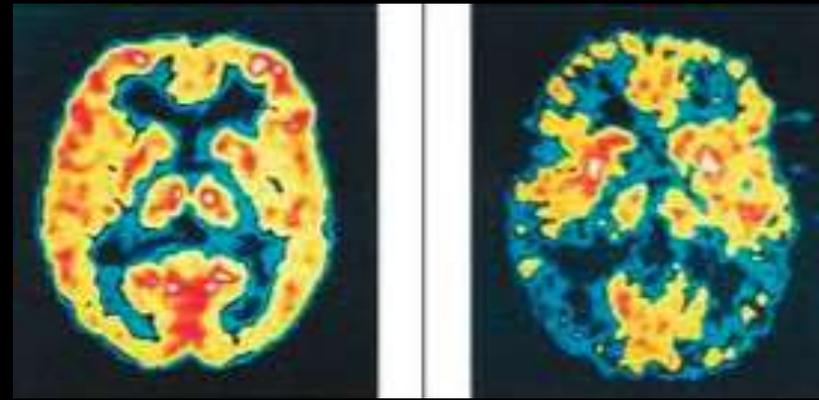
Carthery-Goulart, et al. Rev. Saúde Pública 2009; 43(4):631-8

NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

ATIVIDADES LABORAIS

ESTILO DE VIDA

O que avaliar?



O exame neuropsicológico compreende a avaliação de diferentes domínios cognitivos:

Funções Intelectuais

Memória

Atenção

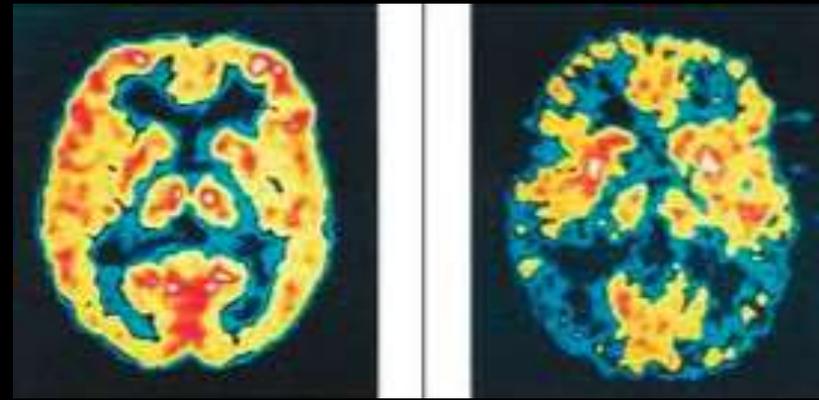
Linguagem

Funções Executivas

(A) Praxia - (in)capacidade em efetuar movimento específico sob comando

(A) Gnosia - (in)capacidade de reconhecimento visual

Para excluir ou incluir DA



Prejuízo na codificação e recuperação – memória

Alta escolaridade – desempenho pode aparecer dentro do esperado, mas nos limites inferiores comparado ao seu desempenho geral.

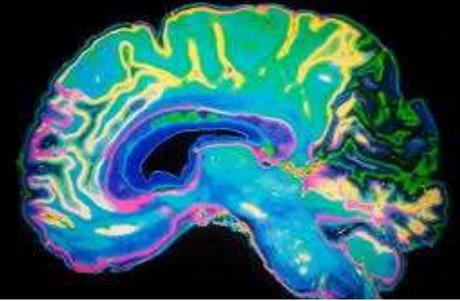
Não é incomum aparecer intrusões

MAIS INDICADO PARA AVALIAR MEMÓRIA

Testes que permitam efeito de aprendizagem e da capacidade de aproveitar-se de pistas

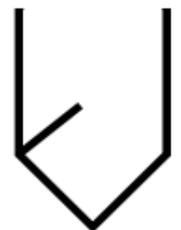
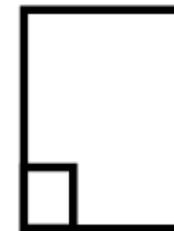
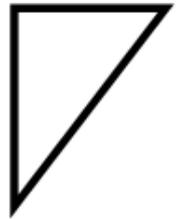
Evocação imediata / evocação tardia / reconhecimento e considerar falsos positivos

Memória Episódica – Verbal e Visual



TESTE DE APRENDIZAGEM REY AUDITIVO VERBAL LEARNING TEST – RAVLT (2000)

Nome												
Examinador												
Data:												
	LISTA A	A1	A2	A3	A4	A5	LISTA B	B1	A6	A7	LISTA A	
1	Tambor						Carteira				Tambor	1
2	Cortina						Guarda				Cortina	2
3	Sino						Ave				Sino	3
4	Cafê						Sapato				Cafê	4
5	Escola						Forno				Escola	5
6	Pai						Montanha				Pai	6
7	Lua						Óculos				Lua	7
8	Jardim						Toalha				Jardim	8
9	Chapéu						Nuvem				Chapéu	9
10	Cantor						Barco				Cantor	10
11	Nariz						Cameiro				Nariz	11
12	Peru						Canhão				Peru	12
13	Cor						Lápis				Cor	13
14	Casa						Igreja				Casa	14
15	Rio						Peixe				Rio	15
	Total						Total					
	Intrusões											



Memória Imediata e Memória Operacional - verbal

7. DÍGITOS

Suspender após fracasso nas 2 tentativas de um item.
Pontuação:- 0 ou 1 ponto para cada resposta. Item = Tentativa 1 + Tentativa 2

Ordem Direta

Tentativa	Item / Resposta	Pts. na Tent. (0 ou 1)	Pontos no Item (0,1 ou 2)
1.	1 1 · 7		
	2 6 · 3		
2.	1 5 · 8 · 2		
	2 6 · 9 · 4		
3.	1 6 · 4 · 3 · 9		
	2 7 · 2 · 8 · 6		
4.	1 4 · 2 · 7 · 3 · 1		
	2 7 · 5 · 8 · 3 · 6		
5.	1 6 · 1 · 9 · 4 · 7 · 3		
	2 3 · 9 · 2 · 4 · 8 · 7		
6.	1 5 · 9 · 1 · 7 · 4 · 2 · 8		
	2 4 · 1 · 7 · 9 · 3 · 8 · 6		
7.	1 5 · 8 · 1 · 9 · 2 · 6 · 4 · 7		
	2 3 · 8 · 2 · 9 · 5 · 1 · 7 · 4		
8.	1 2 · 7 · 5 · 8 · 6 · 2 · 5 · 8 · 4		
	2 7 · 1 · 3 · 9 · 4 · 2 · 5 · 6 · 8		

(Total máximo = 16)

Ordem Inversa

Tentativa	Item / Resposta	Pts. na Tent. (0 ou 1)	Pontos no Item (0,1 ou 2)
1.	1 2 · 4		
	2 5 · 7		
2.	1 6 · 2 · 9		
	2 4 · 1 · 5		
3.	1 3 · 2 · 7 · 9		
	2 4 · 9 · 6 · 8		
4.	1 1 · 5 · 2 · 8 · 6		
	2 6 · 1 · 8 · 4 · 3		
5.	1 5 · 3 · 9 · 4 · 1 · 8		
	2 7 · 2 · 4 · 8 · 5 · 6		
6.	1 8 · 1 · 2 · 9 · 3 · 6 · 5		
	2 4 · 7 · 3 · 9 · 1 · 2 · 8		
7.	1 9 · 4 · 3 · 7 · 6 · 2 · 5 · 8		
	2 7 · 2 · 8 · 1 · 9 · 6 · 5 · 3		

(Total máximo = 14)

14. SEQUÊNCIA DE NÚMEROS E LETRAS

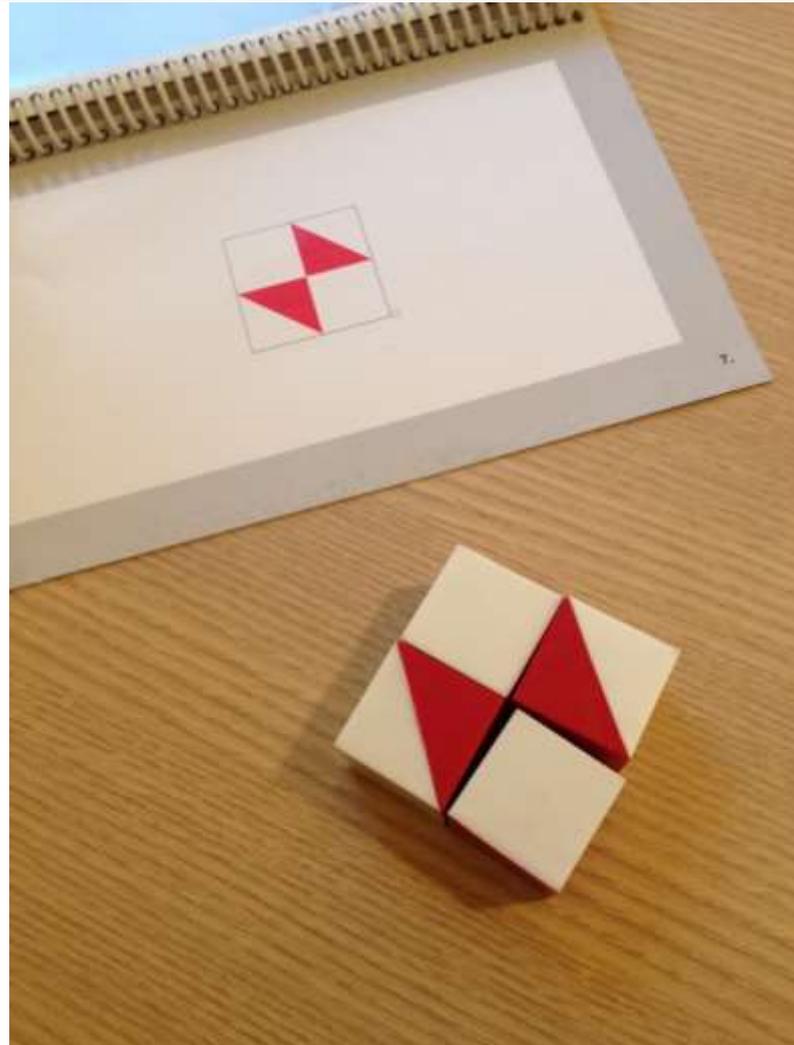
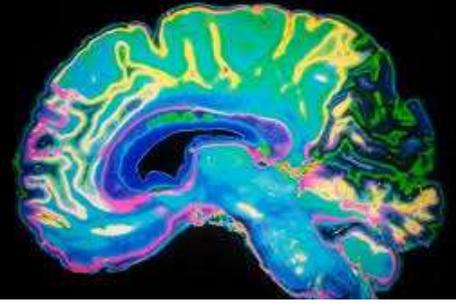
Suspender após fracasso nas três Tentativas de um item.

Pontuação :- 0 ou 1 ponto para cada resposta.
1 Item = Tentativa 1 + Tentativa 2 + Tentativa 3

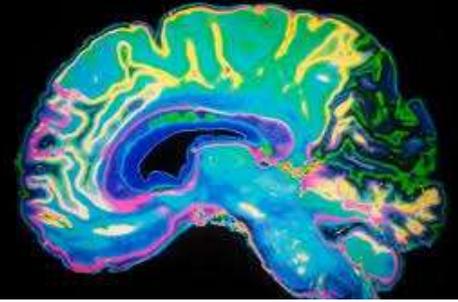
Item	Tent.	Resposta	Pontos por item	Pontos por Tentativa
	1	L - 2 (2 - L)		
1	2	B - 5 (5 - B)		
	3	6 - P (P - 6)		
	1	H - 1 - 8 (1 - 8 - H)		
2	2	R - 4 - D (4 - D - R)		
	3	F - 7 - L (7 - F - L)		
	1	V - 1 - J - 5 (1 - 5 - J - V)		
3	2	T - 9 - A - 3 (3 - 9 - A - T)		
	3	7 - N - 4 - L (4 - 7 - L - N)		
	1	5 - P - 3 - Y - 9 (3 - 5 - 9 - P - Y)		
4	2	8 - D - 6 - G - 1 (1 - 6 - 8 - D - G)		
	3	K - 2 - C - 7 - S (2 - 7 - C - K - S)		
	1	W - 8 - H - 5 - F - 3 (3 - 5 - 8 - F - H - W)		
5	2	6 - G - 9 - A - 2 - S (2 - 6 - 9 - A - G - S)		
	3	M - 4 - E - 7 - Q - 2 (2 - 4 - 7 - E - M - Q)		
	1	5 - T - 9 - J - 2 - X - 7 (2 - 5 - 7 - 9 - J - T - X)		
6	2	E - 1 - H - 8 - R - 4 - D (1 - 4 - 8 - E - H - R)		
	3	R - 3 - B - 4 - Z - 1 - C (1 - 3 - 4 - B - C - R - Z)		
	1	5 - H - 9 - S - 2 - N - 6 - A (2 - 5 - 6 - 9 - A - H - N - S)		
7	2	D - 1 - R - 9 - B - 4 - K - 3 (1 - 3 - 4 - 9 - B - D - K - R)		
	3	7 - M - 2 - T - 6 - F - 1 - Z (1 - 2 - 6 - 7 - F - M - T - Z)		

TOTAL (máximo = 21 pontos)

Praxia Visuoconstrutiva

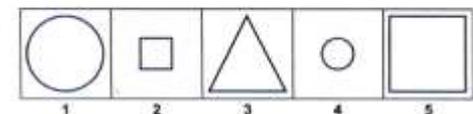
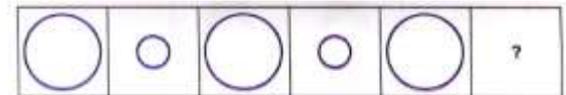
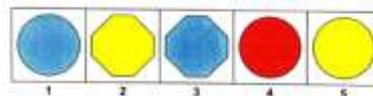
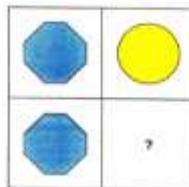
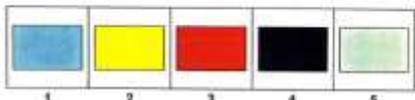


Funções Intelectuais

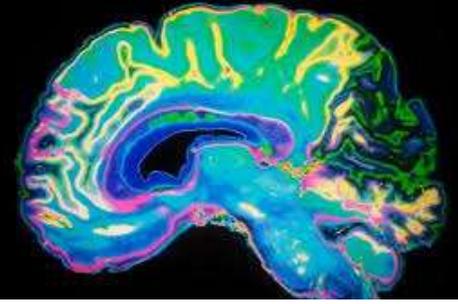


*“Quero que você diga o significado de algumas palavras. Escute cuidadosamente e diga-me o que significa cada palavra. Alguma dúvida? ”
Diga-me o que significa centavo ?”*

“Vou mostrar-lhe algumas figuras. Está faltando uma parte em cada uma delas. Observe todos aspectos de cada figura cuidadosamente e escolha, entre as cinco alternativas, qual a parte que está faltando”.

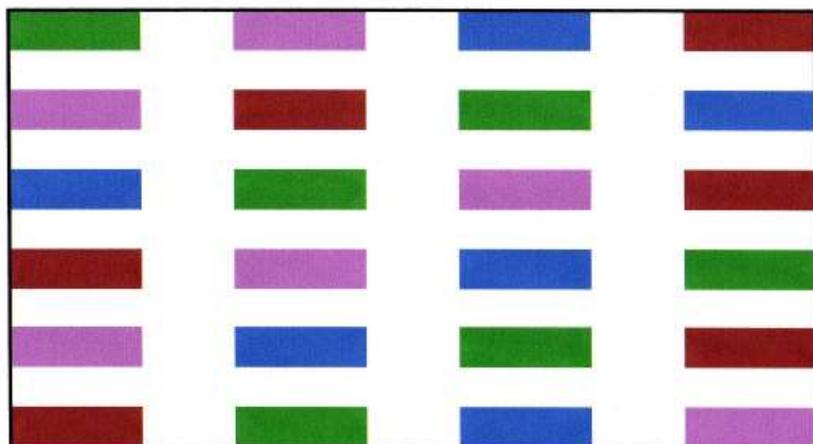
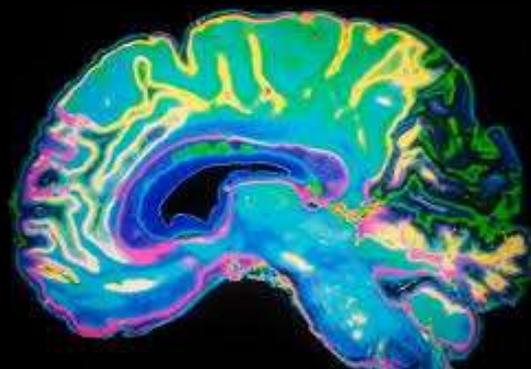


Indicadores neuropsicológicos mudanças na velhice



- **Inteligência cristalizada:** quantidade de conhecimentos gerais adquiridos ao longo de toda a vida
- **Inteligência fluída:** capacidades para resolver problemas para os quais não existem soluções deriváveis de instruções formais ou de práticas culturais
- **Sabedoria:** não deve confundir-se com inteligência cristalizada. É um produto da inteligência e da personalidade da pessoa do conhecimento sobre o mundo

Atenção - seletiva



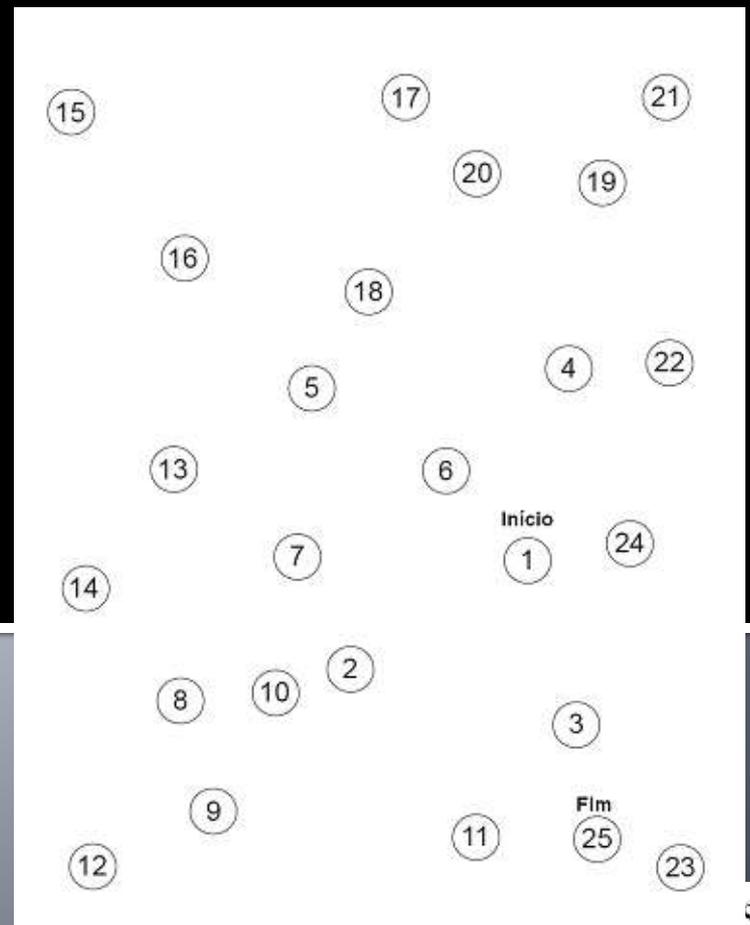
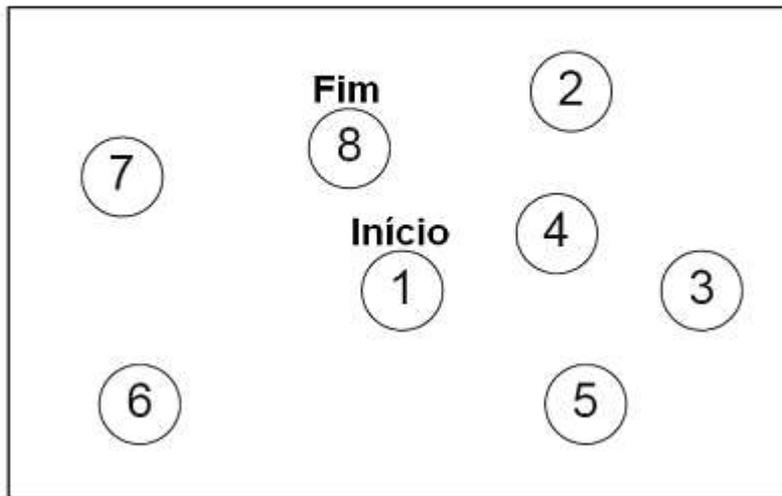
CADA	NUNCA	HOJE	TUDO
HOJE	TUDO	NUNCA	CADA
NUNCA	CADA	TUDO	HOJE
TUDO	HOJE	CADA	NUNCA
CADA	NUNCA	HOJE	TUDO
NUNCA	TUDO	CADA	HOJE

MARROM	AZUL	ROSA	VERDE
AZUL	VERDE	MARROM	ROSA
MARROM	ROSA	VERDE	AZUL
VERDE	AZUL	ROSA	MARROM
MARROM	VERDE	AZUL	ROSA
ROSA	AZUL	VERDE	MARROM

Atenção Sustentada



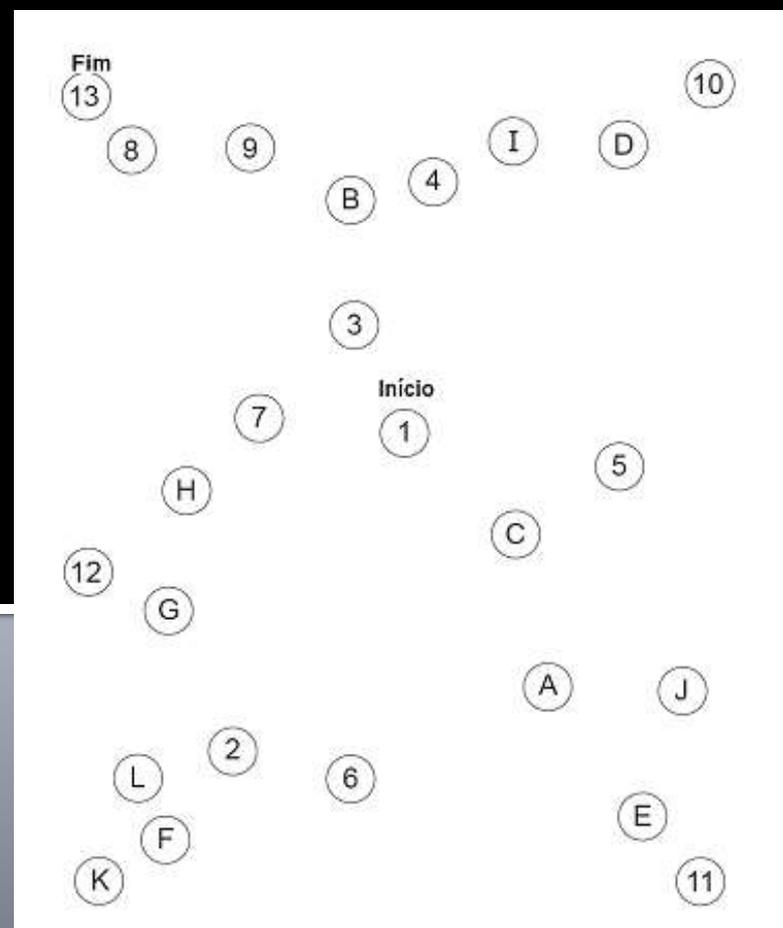
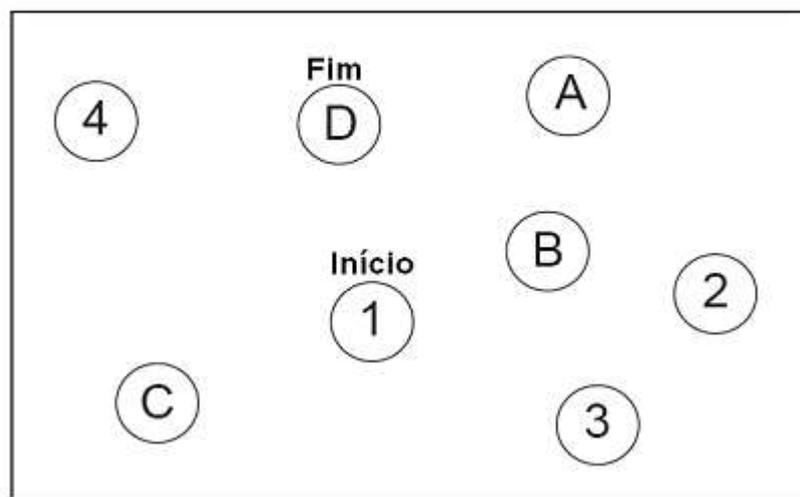
Exemplo



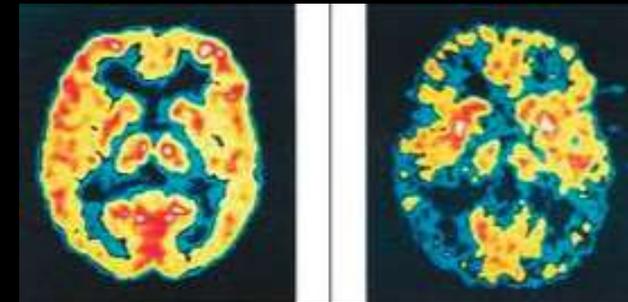
Atenção - alternada



Exemplo



ESCALAS



Escala de Depressão Geriátrica - Abreviada - GDS (Guthrie e cols, 1988)

Indique a melhor resposta sobre como você se sente na semana passada.

1. Você está fascinado, satisfeito com sua vida? Sim/Não
2. Você vive atendendo muitas de suas atividades e interesses? Sim/Não
3. Você acha que sua vida está vazia? Sim/Não
4. Você tem ficado entediado com facilidade? Sim/Não
5. Você tem estado de bom humor a maior parte do tempo? Sim/Não
6. Você está com medo de que algo mais esteja para lhe acontecer? Sim/Não
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo? Sim/Não
8. Você se sente muito desanimado? Sim/Não
9. Você prefere ficar em casa ao invés de sair a fazer coisas novas? Sim/Não
10. Você acha que está com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas? Sim/Não
11. Você acha mais difícil estar vivo hoje? Sim/Não
12. Você se sente desanimado? Sim/Não
13. Você se sente a falta de energia? Sim/Não
14. Você acha que sua situação é desesperadora? Sim/Não
15. Você acha que o futuro das pessoas está melhor do que você? Sim/Não

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS

(Pfeffer)

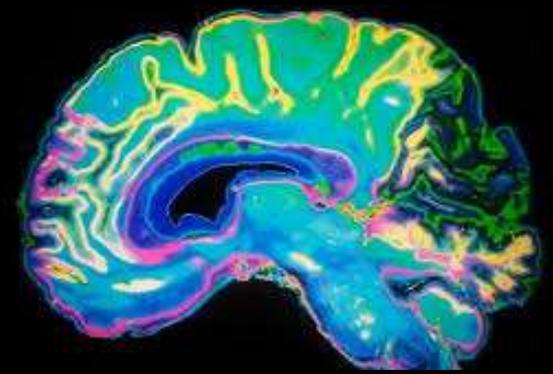
1) Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro ?

- | | |
|-------------------------|---|
| 0= Normal | 0= Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora |
| 1= Faz, com dificuldade | 1= Nunca o fez e agora teria dificuldade |
| 2= Necessita de Ajuda | |
| 3= Não é capaz | |

2) Ele (Ela) é capaz de comprar roupas , comida, coisas para casa sozinho (a)?

- | | |
|-------------------------|---|
| 0= Normal | 0= Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora |
| 1= Faz, com dificuldade | 1= Nunca o fez e agora teria dificuldade |
| 2= Necessita de ajuda | |
| 3= Não é capaz | |

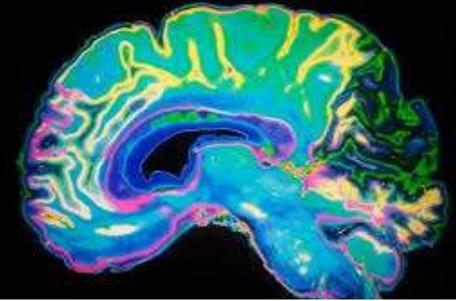
HUMOR ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS / FUNCIONAIS



Aspectos emocionais do

CUIDADOR

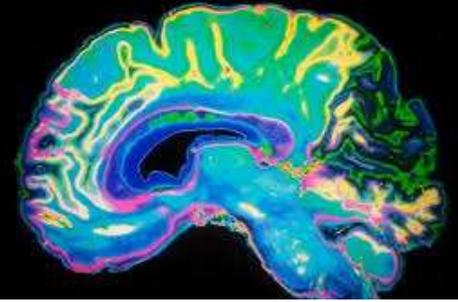
A D.A. como Doença Crónica



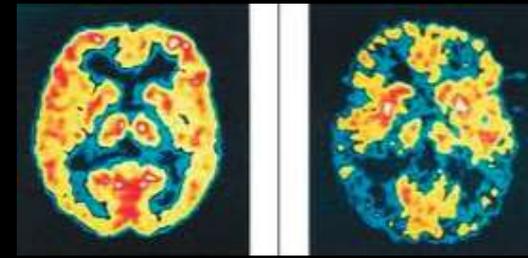
- (...) é um processo durante o qual a família precisa reorganizar-se, na medida em que a força dos seus membros e as suas funções se modificam.
- Aprendemos a ter muito respeito por estas famílias e pela sua capacidade de se transformarem numa família com uma pessoa doente, e depois numa família sem ele ou ela.”

Minuchin S. A Cura da Família

Intervenção da Psicologia Direcionada ao Cuidador



- *Cuidador...?*
- Familiar, Amigo ou pessoa, que mantenha um contacto permanente com o doente » *Cuidadores Informais*
- Podem, ainda, ser considerados Cuidadores todos aqueles que num dado momento acompanhem o doente enquanto profissionais » *Cuidadores Formais*



CONSCIÊNCIA



DOENÇA

SINTOMAS

CONSEQUÊNCIAS

REAÇÃO

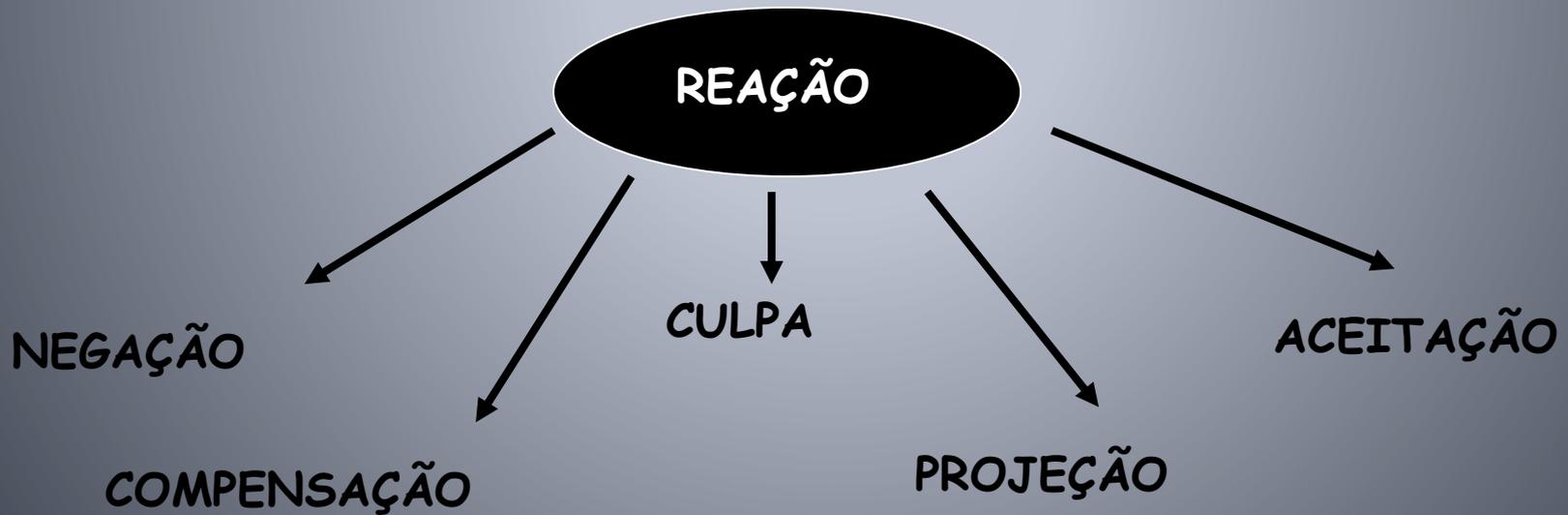
NEGAÇÃO

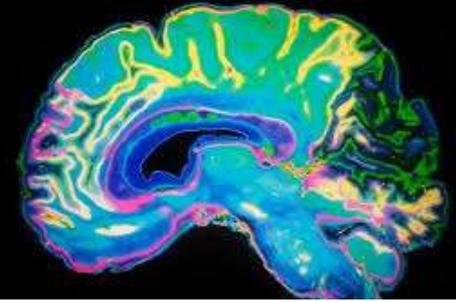
COMPENSAÇÃO

CULPA

PROJEÇÃO

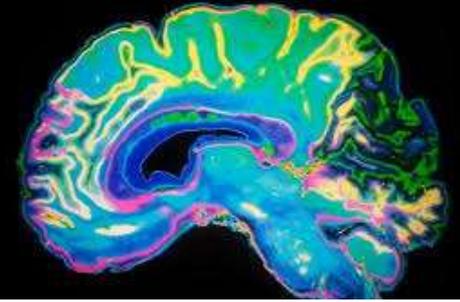
ACEITAÇÃO





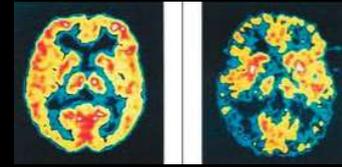
- ❑ A intervenção junto ao indivíduo com demência deve ser *holística*, olhando-o sempre como ser **biopsicossocial**.
- ❑ Não é possível intervir junto ao indivíduo, sem intervir junto à família e sobretudo com o **cuidador**.
- ❑ Uma rede de **suporte comunitária** é igualmente fundamental, não só para manter o sujeito no seu meio, que é conhecido, seguro, real, pelo maior período de tempo possível, mas também para que as diversas instituições “funcionem” quando tal for necessário.

Cuidador



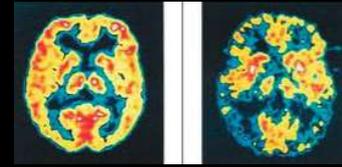
- 1. Negação
- 2. Insônia
- 3. Falta de Concentração
- 4. Irritabilidade
- 5. Problemas de Saúde
- 6. Cansaço
- 7. Cólera
- 8. Isolamento Social
- 9. Ansiedade
- 10. Depressão

Depressão



A Depressão surge como consequência de uma série de acontecimentos percebidos como negativos e que se misturam com a perda de motivação e esperança influenciando em todos os aspectos da vida

ANSIEDADE



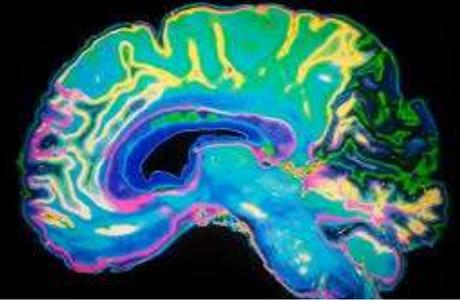
É o conjunto de respostas

Que o nosso organismo emite face às

DIVERSAS SITUAÇÕES STRESSANTES

PROLONGADAS NO TEMPO

Cuidador



- ❑ Necessidade crescente de prestar apoio
- ❑ Assumir novos papéis
- ❑ Isolamento social
- ❑ Filhos e papel parental
(inversão de papéis)
- ❑ Luto face às perdas progressivas
 - Cohen CA. Caregivers for people with dementia. What is the family physician's role? Can Fam Physician 2000;46:376-380

Sentimentos Associados ao Cuidar



- ❑ **Cansaço (77%)**
- ❑ **Exigência (66%)**
- ❑ **Depressão (57%)**
- ❑ **Frustração (51%)**
- ❑ **Recompensador (34%)**
- ❑ **Realização pessoal (26%)**

Wilkinson D. et al. The role of General Practitioners in the Diagnosis and Treatment of Alzheimer's Disease: a multinational survey. *JIntMedResearch* 2004;32:149-59

Que Coisas Deixa de Fazer para Cuidar

PESSOAL

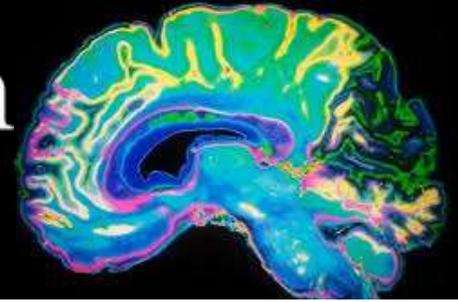
FAMILIAR

SOCIAL

LABORAL

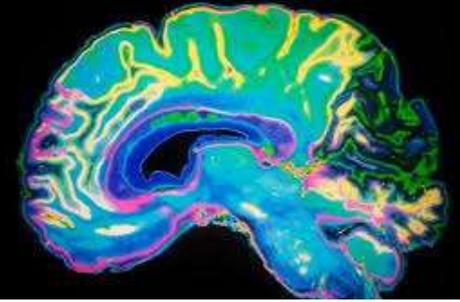


Cuidar de um Doente com D.A.



- ❑ Criar uma atmosfera envolvente favorável
- ❑ Estruturar rotinas e atividades apropriadas
- ❑ Criar um ambiente protetor
- ❑ Facilitar os grupos de ajuda e associações de doentes e familiares
- ❑ Ensinar familiares
- ❑ Apoio em consultas (Neurologia, Geriatria, Psiquiatria, Reabilitação Cognitiva)

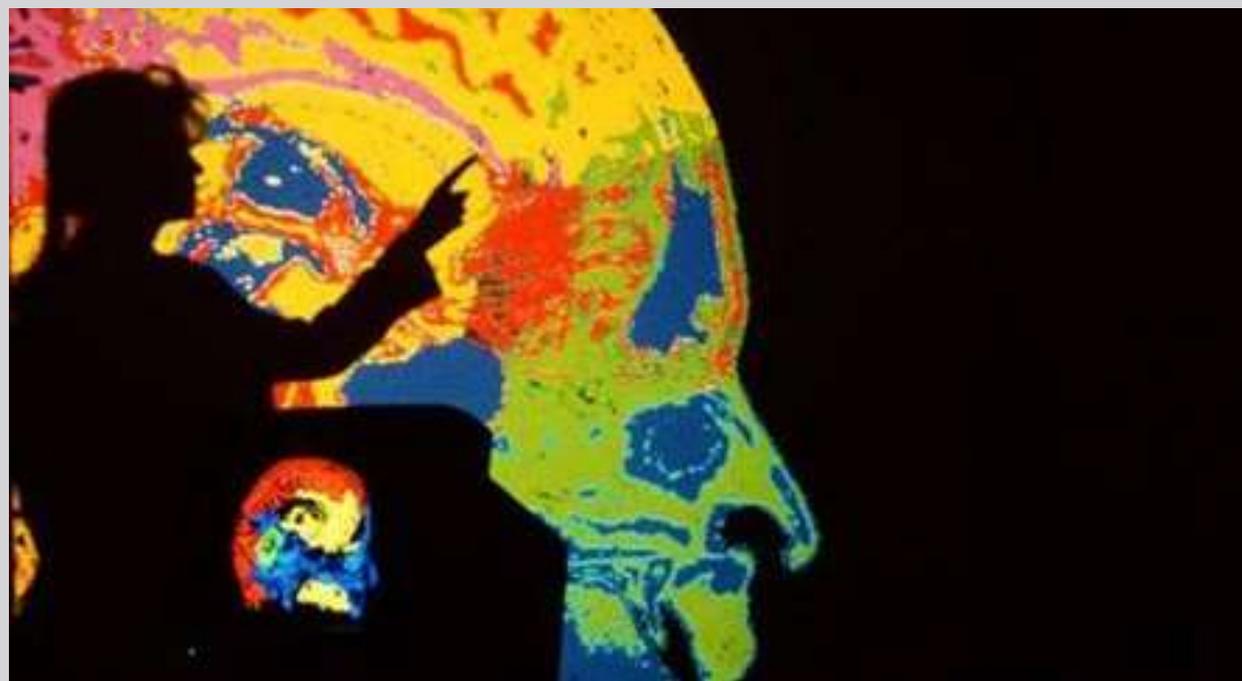
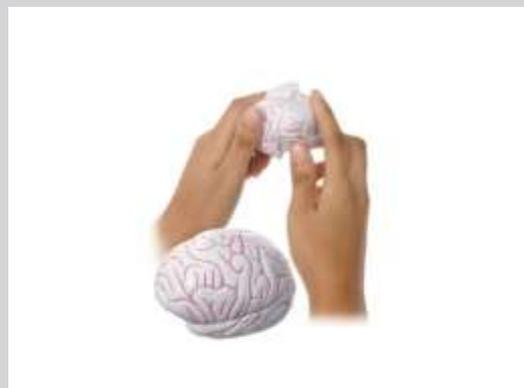
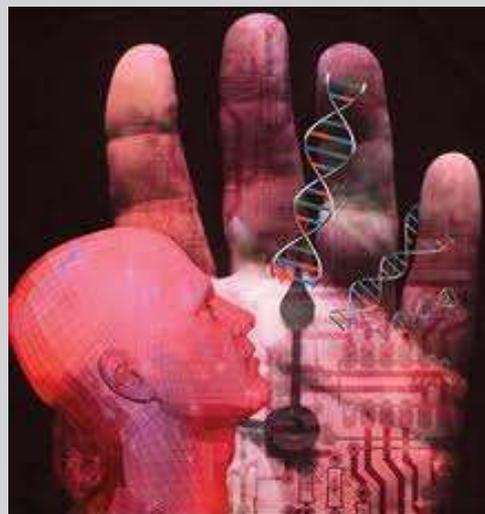
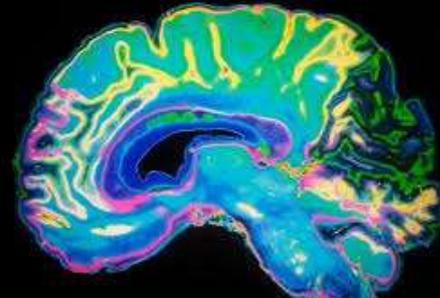
Reabilitação Cognitiva



- O objetivo principal da reabilitação cognitiva é centrado em identificar de maneira individual e realista os recursos e capacidades preservados do paciente visando benefícios com o tratamento
- O programa de reabilitação é baseado em critério de metas a serem atingidas sendo abordados tanto aspectos cognitivos como emocionais
- A reabilitação cognitiva se utiliza de base teórica que engloba modelos e métodos de diferentes áreas cognitivas



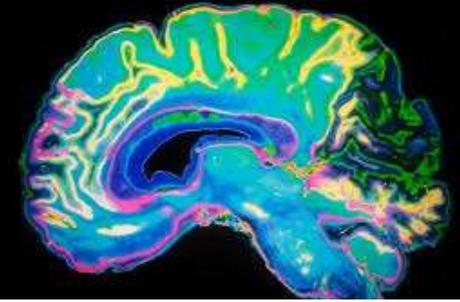
Obrigada!



SITES

www.cienciadiaria.com.br
www.parkinson.med.br
www.psiqweb.med.br
www.mayoclinic.com

Agradecimentos:
Daniel Apolinário



■ Referências Bibliográficas

DEMÊNCIAS – Enfoque Multidisciplinar
Das bases Fisiopatológicas ao Diagnóstico e
Tratamento (CEREDIC) - Sonia Maria Dozzi
Brucki, (org) - SP, Atheneu, 2011

DEMÊNCIA – Abordagem Multidisciplinar
Leonardo Caixeta, SP, Atheneu, 2006;

Tratado de Geriatria e Gerontologia,
Elizabeth Viana de Freitas et al, 2ª Ed.
Guanabara Koogan, 2006;

DEMÊNCIA E TRANSTORNOS COGNITIVOS EM
IDOSOS – Cássio M.C. Bottino, Jerson Laks, Sérgio
Blay - Rio de Janeiro – Guanabara Koogan, 2006.