

KÁTIA GIUGIOLI CARRASCO

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS
NEUROPSIQUIÁTRICOS NA DOENÇA DE
ALZHEIMER**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Eixo temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Waldir Antonio Tognola

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

CARRASCO, KÁTIA G.

Avaliação Dos Sintomas Neuropsiquiátricos Na Doença De Alzheimer/ Kátia Giuglioli Carrasco.

São José do Rio Preto, 2013.

72 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. Waldir Antonio Tognola

1. Doença de Alzheimer; 2. Sintomas neuropsiquiátricos;
3. Avaliação Neuropsiquiátrica.

KÁTIA GIUGIOLI CARRASCO

AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS
NEUROPSIQUIÁTRICOS NA DOENÇA DE
ALZHEIMER

BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO TESE PARA
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador: _____

2º Examinador: _____

3º Examinador: _____

4º Examinador: _____

5º Examinador: _____

Suplentes: _____

São José do Rio Preto, ___/___/___.

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Lista de Figuras	iii
Lista de Tabelas	iv
Resumo	v
Abstract	vi
1. Introdução	1
1.1 Envelhecimento Populacional e Demências.....	2
1.2 Demência tipo Alzheimer.....	3
1.3 Sintomas Neuropsiquiátricos na Doença de Alzheimer.....	7
1.4 Inventário Neuropsiquiátrico.....	9
1.5 Os cuidadores e os Sintomas Neuropsiquiátricos.....	11
1.6 Objetivo.....	12
2. Casuística e Método	14
2.1 Procedimento.....	15
2.2 Análise Estatística.....	19
3. Resultados	20
3.1 Aspectos Demográficos.....	21
3.2 Aspectos Clínicos.....	22
3.3 Sintomas Neuropsiquiátricos e Fases da Doença de Alzheimer.....	24
4. Discussão	28
5. Conclusões	34
6. Referências Bibliográficas	37

7. Lista de Apêncides.....	48
7.1 Ficha de Identificação.....	49
7.2 Termo de Consentimento.....	50
8. Lista de Anexos.....	51
8.1 Mini exame do estado mental (MEEM).....	52
8.2 Avaliação Neuropsicológica.....	53
8.3 Escala Blessed para Demência.....	54
8.4 Critérios Diagnósticos para Depressão segundo DSM IV.....	56
8.5 Escala Geriátrica de Depressão.....	57
8.6 Estadiamento Clínico das Demências (CDR).....	59
8.7 Inventário Neuropsiquiátrico.....	60

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos encantadores *pacientes e familiares* que participaram da pesquisa, que muito contribuíram e deram sentido a realização deste trabalho.

Aos meus pais, *Antônio Carrasco Junior e Neide Giuglioli Carrasco*, que sempre acreditaram em meu potencial e não mediram esforços para investir em meus sonhos.

Ao meu orientador *Prof. Waldir Antonio Tognola* que acreditou em meu potencial e me deu a oportunidade de realizar esta pesquisa. Pessoa que tenho como referência e modelo profissional.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a *Deus*, por minha existência.

Aos *meus pais*, em especial, por terem me dado sabedoria, amor, exemplo e incentivo durante a realização deste trabalho, mesmo nos momentos difíceis.

Ao meu irmão, *Cleber Giuglioli Carrasco*, pelo apoio e incentivo dado para concretização de meus sonhos. E a *Renata*, cunhada querida, pela compreensão.

Ao *Caio*, pela compreensão dos momentos que em tive que dividir meu tempo com este trabalho e pela sua dedicação e carinho.

A minha amiga *Marcela* por todas as horas em que precisei e pude contar com sua ajuda e pelos momentos de descontração que tivemos mesmo em meio ao ambiente de trabalho.

À Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, por incentivar o desenvolvimento científico e conhecimento e em especial ao *Luiz Henrique* e *Thamiris* pela disposição e atenciosidade, obrigada!

Agradeço a enfermeira Magda pelo auxílio profissional e pessoal.

A psicóloga *Karina* pela prestatividade e colaboração sempre disponível.

A equipe do ambulatório de neurogeriatria, em especial ao *Fulvio*.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos sintomas neuropsiquiátricos na casuística total, de acordo com o inventário neuropsiquiátrico.....	24
---	----

LISTA DE TABELA

Tabela 1- Distribuição dos dados sócio-demográficos de pacientes com doença de Alzheimer grau leve – CDR1 (G1) e moderada – CDR2 (G2).....	22
Tabela 2 - Distribuição dos valores médios e desvios-padrão referentes à avaliação realizada por instrumentos clínicos específicos em pacientes com doença de Alzheimer grau leve – CDR1 (G1) e moderada – CDR2 (G2).....	23
Tabela 3 – Distribuição dos sintomas neuropsiquiátricos nos pacientes com doença de Alzheimer grau leve – CDR1 (G1) e moderada – CDR2 (G2), avaliados pelo NPI.....	25

RESUMO

Introdução: Os Distúrbios Psiquiátricos têm sido a maior causa de institucionalização de pacientes dementes e trata-se de manifestações comuns de desordens demenciais que ocorrem ao longo da evolução da doença associados ao maior desgaste do cuidador e maior morbidade, e apresentam correlação com declínio cognitivo mais rápido. **Objetivo:** Avaliar os sintomas neuropsiquiátricos nas diversas fases da Doença de Alzheimer. **Método:** A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Neurogeriatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Foram avaliados 89 pacientes com diagnóstico de provável Doença de Alzheimer. Para a coleta dos dados foi utilizado o Mini Exame do estado mental (MEEM), Avaliação Neuropsicológica, Escala Blessed para Demência, Estadiamento Clínico das Demências, Critérios do DSM IV para Depressão, Escala Geriátrica de Depressão, Inventário Neuropsiquiátrico (NPI). **Resultados:** Os resultados evidenciaram a distribuição dos sintomas neuropsiquiátricos durante a evolução como: *apatia* em 66% (n=59), *agitação* em 63% (n=56), *depressão* e *irritabilidade* em 48% (n=43), respectivamente, *ansiedade* em 47% (n=42), *desinibição* em 36% (n=32), *delírios* em 34% (n=30), *comportamentos noturnos (CN)* em 31% (n=28) e *comportamento motor aberrante (CMA)* em 27% (n=24). *alterações do apetite* em 26% (n=23), *alucinações* 17% (n=15) e *euforia* em 3% (n=3). **Conclusão:** Os sintomas neuropsiquiátricos mais comumente encontrados neste estudo são *apatia*, *agitação*, *depressão* e *irritabilidade*, e os menos encontrados foram *falta de apetite*, *alucinações* e *euforia*.

Palavras-Chave: Doença de Alzheimer, Sintomas neuropsiquiátricos. Inventário neuropsiquiátrico.

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric disorders have been the major institutionalization cause for demented patients. **Objective:** Assess the neuropsychiatric symptoms over the several phases of the Alzheimer Disease. **Method:** The research was carried out in the Neurogeriatric Outpatient Clinic of the School Hospital. 89 patients were evaluated with a diagnosis of probable Alzheimer Disease. For data collection were used Mini Mental State Exam (MMSE), Neuropsychological Assessment, Blessed Rating for Dementia, Clinical Dementia Rating, Depression DSM4 Criteria, Geriatric Depression Scale, Neuropsychiatric Inventory. **Results:** The results evidenced the distribution of neuropsychiatric symptoms during the evolution such as: apathy in 66% (n = 59); agitation in 63% (n = 56), depression and irritability in 48% (n = 43), respectively, anxiety in 47% (n = 42), disinhibition in 36% (n = 32), delirium in 34% (n = 30), nocturnal behavior (NB) in 31% (n = 28) and aberrant motor behavior (AMB) in 27% (n = 24), appetite alterations in 26% (n = 23), hallucinations 17% (n = 15) and euphoria in 3% (n = 3). **Conclusions:** The neuropsychiatric symptoms most commonly found in this study were apathy, agitation, depression and irritability, and the least found were loss of appetite, hallucinations and euphoria.

Keywords: Alzheimer Disease, Neuropsychiatric symptoms, Neuropsychiatric inventory.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento Populacional e Demência

Com o aumento da expectativa de vida e declínio da mortalidade, o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial.⁽¹⁾ No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 17 milhões em 2006 – um aumento de quase 700% em menos de cinquenta anos. O cenário que era de mortalidade em população jovem passou para um quadro de enfermidades complexas.⁽²⁾

Um dos fenômenos contemporâneos mais marcantes é o crescimento da população idosa com consequências sociais variadas e intrincadas. A seqüela desse processo é a incidência e prevalência de doenças crônicas degenerativas associadas ao envelhecimento, entre as quais as causadoras de demências.⁽³⁻⁴⁾ Entre as pessoas idosas, é comum a ocorrência de mais de uma condição crônica simultânea, elevando o risco de complicações.⁽⁵⁾

Entre os problemas de saúde que ocorrem mais frequentemente na velhice e para esses em que existe pouca informação epidemiológica destaca-se a demência.⁽⁶⁾ Existem vários tipos de demência, de etiologias diferentes sendo que o déficit da memória e pelo menos uma das seguintes disfunções cognitivas como linguagem, praxia, gnosia ou funções executivas, devem estar presentes.⁽⁷⁻⁸⁾

A prevalência da demência aumenta progressivamente com o envelhecimento a partir dos 65 anos; duplica a cada cinco anos. Entre 60 e 64

anos apresenta prevalência de 0,7%, passando por 5,6% entre 70 e 79 anos, e chegando a 38,6% nos nonagenários.⁽⁹⁾ Existem cerca de 70 doenças que podem causar demência, todavia nem todas são progressivas sendo a Demência Vascular e a Doença de Alzheimer as duas causas mais importante.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

1.2 Demência Tipo Alzheimer

Entre as demências, a Doença de Alzheimer (DA) atinge de 1% a pouco mais de 6% da população a partir do 65 anos de idade.⁽¹¹⁾ A DA é uma doença progressiva e seu principal comprometimento inicial é a memória.

O déficit de aprendizado ocorre precocemente, reduzindo a obtenção de novas informações, até que não haja mais nenhum aprendizado. Há dificuldade em resolver problemas cotidianos e de planejar corretamente atividades.⁽¹²⁾ Desse modo o indivíduo torna-se progressivamente incapaz em desempenhar atividades da vida cotidiana e tornando-se dependente de outras pessoas.⁽¹³⁾

A principal causa de declínio cognitivo em idosos é representando pela Doença de Alzheimer em mais da metade dos casos de demência.⁽¹³⁾ No Brasil, a estatística é muito semelhante à mundial.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

Em um estudo populacional realizado na cidade de São José do Rio Preto (SP) encontrou a DA como a mais frequente, em 55,2% dos casos, em relação às outras demências.⁽¹⁴⁾ Outro estudo realizado em Catanduva, no Estado de São Paulo (SP), foi observado a prevalência de 7,1% de casos de demência em indivíduos com idade igual ou maior que 65 anos e a etiologia mais frequente foi a DA encontrada em 55,1% dos casos de demência.⁽¹⁵⁾

Outro estudo mais recente que foi realizado no sul do país na cidade de Porto Alegre no período de 2004 a 2008, a Doença de Alzheimer foi a etiologia mais comum, 60% apresentavam diagnóstico de doença de Alzheimer seguido de demência vascular.⁽¹¹⁾

O diagnóstico da DA é extremamente complexo de se estabelecer, mesmo nos dias de hoje, pois esbarra na ausência de marcadores específicos na investigação laboratorial e de imagem que possibilitem diferenciar a demência de outras situações que a simulem.⁽¹⁵⁾ O diagnóstico definitivo da Doença de Alzheimer é realizado através do exame anatomopatológico de tecido cerebral por biópsia ou necropsia, sendo possível sua realização apenas após a morte do paciente, por isso o diagnóstico da Doença de Alzheimer é clínico caracterizando como provável ou possível.⁽⁴⁾

O diagnóstico de DA é realizado através de: 1) Critérios do *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA)*; 2) Exclusão de outras patologias através de Exames Laboratoriais; 3) Exclusão de outras doenças: 3.1) *Doenças Degenerativas* como Demência Fronto-temporal, Demência de Corpus de Lewy, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Esclerose Múltipla; 3.2) *Demência Vascular* causada por múltiplos infartos; 3.3) *Anóxia* como anemia, monóxido de carbono, pós anestesia, parada cardíaca; 3.4) *Traumatismos* – Traumatismo Craniano leve; 3.5) *Infecções* como encefalites, neurossífilis e AIDS; 3.6) *Tóxicas* (álcool e envenenamento por metais pesados como chumbo ou arsênico); 3.7) *Lesões que ocupam espaço cerebral* como tumores e hematomas subdural; 4) Avaliação Neuropsicológica.⁽¹⁶⁾

Para diagnosticar a DA é necessário o comprometimento de pelo menos uma função cognitiva além da memória (funções executivas ou a linguagem ou a atenção seletiva são as mais precocemente acometidas). Os transtornos cognitivos devem ser suficientemente graves para intervir significativamente nas atividades profissionais ou sociais do indivíduo, caracterizando declínio funcional.⁽¹⁶⁾

A Doença de Alzheimer é uma doença cerebral degenerativa, caracterizada por perdas progressivas, pode ser dividida em três fases – leve, moderada e grave – de acordo com o nível de comprometimento cognitivo e o grau de dependência do indivíduo.⁽¹⁶⁾ O Estadiamento Clínico da Demência (CRD) auxilia na identificação das fases da doença de Alzheimer.⁽¹⁶⁾

Na fase leve da doença que se inicia, observa-se o agravo da memória anterógrada e do senso de localização. O paciente mostra queda significativa no desempenho de tarefas instrumentais da vida diária, mas ainda é capaz de executar as atividades básicas do dia a dia, mantendo-se independente.⁽¹⁷⁾ Geralmente dura dois a três anos. Apresenta diminuição da compreensão do material lido, dificuldades com as estruturas linguísticas complexas, mas com boas condições de expressão e emoções.⁽¹⁸⁾ Essa fase é caracterizada por CDR 1.

Na Avaliação Neuropsicológica, pacientes com demência leve apresentam déficits em testes de formação de conceitos, raciocínio verbal, praxias construtivas, habilidades visuoespaciais.⁽¹⁹⁾

As fases iniciais da DA assemelham-se ao encontrado na degradação da memória no idoso normal. O aprendizado de informações novas, a evocação retardada da memória verbal e a repetição de números em *ordem*

inversa são as funções mais alteradas, enquanto o vocabulário, as repetições de números em ordem direta são menos alteradas. Porém, a realização de tarefas rotineiras e automatizadas mantém-se relativamente intactas e o indivíduo continua independente nas atividades de vida diária (AVDs).⁽¹⁹⁾

As funções executivas podem estar comprometidas, porém parece não ocorrer em estágios iniciais da doença. Podem ser observada, durante a doença, dificuldade em nomear objetos, compreensão de leitura, uso incorreto de sentenças e vocabulários. A fala pode tornar-se um pouco lenta, podendo haver repetição de palavras e frases fora de contexto. As funções visuoespaciais são comprometidas no curso da doença, com os pacientes perdendo-se, com desorientação espacial.⁽¹⁰⁾

Em seguida, na *fase moderada*, o paciente passa a necessitar de assistência para realizar tanto as atividades instrumentais como as atividades básicas do dia a dia.⁽¹⁷⁾ Torna-se dependente em seus hábitos como vestir-se, alimentar-se e hábitos de higiene. Há dificuldade em orientação no espaço e no tempo, estabelecimento de sequências, compreensão do material lido e informações geradas pelo contexto, criação e organização de ideias. Essa fase é caracterizada por CDR 2.⁽¹⁷⁾

Nesta fase ainda, ocorre a perda da praxia ideomotora, (capacidade de repetir e executar gestos), da praxia construtiva (habilidade em copiar figuras) e a perda construcional (inabilidade em operar instrumentos). Além disso, observam-se ainda graus de acalculia, afasia (principalmente anomia) e agnosia (déficit relacionados a percepção).⁽¹⁸⁾

Na *fase grave* da DA, todas as funções mentais estão gravemente afetadas, o paciente geralmente fica acamado, necessitando de assistência

integral. As dificuldades aumentam em quase todos os níveis da fala e escrita e a disnomia é severa; a comunicação vai gradualmente se reduzindo à respostas do tipo sim/não; a expressão de necessidades básicas torna-se inconsistente e a participação em conversas é possível somente com estimulação e apoio do interlocutor.⁽²⁰⁾ Essa fase é caracterizada por CDR 3.⁽²⁰⁾

1.3 Sintomas Neuropsiquiátricos na Doença de Alzheimer

A Avaliação Neuropsicológica é realizada através de testes que avaliam o perfil cognitivo do paciente em todas as funções cognitivas (atenção, memória, orientação temporal e espacial, praxias, linguagem). Permite identificar não somente os déficits do paciente, mas também suas potencialidades permitindo a investigação do diagnóstico podendo ser de causa neurológica ou emocional.⁽²¹⁾

São comuns na demência os sintomas neuropsiquiátricos, diminuindo a qualidade de vida e aumentando a carga de cuidados. Alterações cognitivas e funcionais graves levam à dependência quase total no auto-cuidado, caracterizando a demência.⁽²¹⁾

Sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais estão presentes em até 75% dos casos da evolução da demência necessitando de intervenções terapêuticas pontuais.⁽¹³⁾ Os Distúrbios Neuropsiquiátricos são manifestações comuns de desordens demenciais e tem sido a maior causa de institucionalização de pacientes dementes.⁽¹⁶⁻²²⁾

Ocorrem ao longo da evolução da doença e estão associados ao maior desgaste do cuidador e maior morbidade, e apresentam correlação com

declínio cognitivo mais rápido. Os Distúrbios Neuropsiquiátricos mais comuns na DA são ilusão, agitação, ansiedade e mudanças de personalidade, podendo alterar os sintomas de acordo com a evolução da doença.⁽⁶⁾

A DA é a doença de maior problema na sociedade devido a sua dificuldade de diagnóstico durante a vida (Kovács, Kovári, Nagy, 2008). O diagnóstico da DA é feito essencialmente através de critérios clínicos preestabelecidos juntamente com a exclusão de outras possíveis causas para a demência.⁽⁹⁾

O diagnóstico preciso das síndromes demenciais é importante para detectar causas reversíveis de demência, permitindo prognosticar o curso da doença. Embora existam diversas causas de demência, a DA responde por cerca de 70% (isolada ou em associação).⁽¹⁰⁾

Através da entrevista com o informante, estas alterações podem ser investigadas. Sugere-se a utilização de escalas de avaliação de atividades da vida diária para o diagnóstico e combiná-las com testes cognitivos podendo melhorar a detecção de demência,⁽¹⁶⁾ mesmo em amostras de população muito heterogênea, com relação ao nível socioeconômico e educacional como as nossas.⁽²⁴⁻²⁵⁾

Os testes são utilizados conforme escolaridade do paciente. Também são utilizadas escalas no caso de suspeita de Demência que são realizadas com o acompanhante, entre elas a escala Blessed para Demência⁽²⁶⁾ a qual avalia as atividades de vida diária do paciente, seus hábitos e algumas alterações de personalidade; e o Inventário Neuropsiquiátrico – NPI.⁽²⁷⁾

1.4 Inventário Neuropsiquiátrico (NPI)

O NPI avalia sintomas não cognitivos de DA que compreende 12 itens: delírio; alucinação; depressão / disforia; ansiedade; agitação / agressão; desinibição; irritabilidade / labilidade; apatia / indiferença; comportamento motor aberrante; sono; distúrbios alimentares e apetite; euforia / elação. Permite uma análise quantitativa – na qual os escores são baseados na frequência, gravidade e intensidade do cuidador – e qualitativa. A informação é colhida com acompanhante, nesse caso questionada mudança de comportamento após o início da demência e ter início no último mês corrente.⁽²⁷⁾

O sintoma *delírio* se refere quando o paciente acredita em coisas que não são reais. *Alucinação* se refere quando ele vê ou ouve coisas que não existem. Na *depressão* ou *disforia* caracteriza-se por imensa tristeza que pode ser verbalizada pelo paciente ou observada pelo cuidador através do comportamento do paciente.⁽²⁷⁾

O sintoma *ansiedade* é quando o paciente é muito nervoso, agitado e preocupado sem razão aparente, parece muito tenso e inquieto. Na *agitação* ou *agressão*, o paciente passa por períodos em que se recusa a cooperar ou não deixa que os outros o ajudem, sendo difícil lidar com ele. O sintoma *desinibição* é caracterizado por comportamento impulsivo e sem pensar, se tornando inadequado e pode constranger as pessoas.⁽²⁷⁾

Na *irritabilidade* ou *labilidade*, o paciente aparenta intenso mau humor e se irrita sem motivo aparente resultando em oscilações frequentes de humor. *Apatia* ou *indiferença* caracteriza-se pela falta de interesse e iniciativa pelo mundo a sua volta. O *comportamento motor aberrante* se refere à execução de atividades repetitivas sem nenhum objetivo. O *comportamento noturno* ou

alterações do sono refere-se à dificuldade em dormir e realização de atividades inapropriadas à noite.⁽²⁷⁾

O sintoma *distúrbios alimentares* ou *alterações do apetite* caracterizam-se por alterações graves no peso ou mudança na preferência alimentar. A *elação* ou *euforia* é quando o paciente apresenta comportamento de intensa felicidade sem razão para isso.⁽²⁷⁾

Em estudos recentes, o NPI demonstrou relação significativa com Mini Exame do Estado Mental –MEEM,⁽²⁸⁾ pacientes apresentando ilusão, ansiedade, desinibição e comportamento motor aberrante demonstraram altos escores no MEEM. Segundo o mesmo estudo, pacientes com apatia apresentaram relação significativa com a idade mais avançada. Não foram encontrados em sujeitos normais: ilusão, alucinação, agitação, euforia, apatia e comportamento motor aberrante e quando presentes podem ser considerados evidências de anormalidade.⁽⁶⁾

Estudos confirmam aumento de prevalência de sintomas neuropsiquiátricos na DA.⁽²⁹⁾ Weiner et al⁽³⁰⁾ analisaram a ocorrência de sintomas neuropsiquiátricos em 100 pacientes com DA provável e 75% exibiram sintomas, principalmente apatia (51%) e também correlacionaram com menor sobrevida. Esses dados são confirmados em vários estudos.^(30,31,32) Apatia é a mais comum síndrome neuropsiquiátrica na doença de Alzheimer⁽³¹⁾ afetando entre 30 e 60% dos pacientes.⁽¹¹⁾

Nesse caso, Aalten et al,⁽³²⁾ em casuística norte americana confirmam prevalência de apatia em torno de 65%, assim como Di Iulio et al,⁽²⁹⁾ na qual também observaram maior frequência de apatia em pacientes com DA (51,3%).

1.5 Os Cuidadores e os Sintomas Neuropsiquiátricos dos Pacientes

Pode ser extremamente exaustivo para os familiares e cuidadores lidar com idosos com demência, especialmente se eles apresentam transtornos de comportamento. Geralmente, ocorrem mudanças no estilo de vida da família, e o cuidador precisa lidar com grande diversidade de problemas.⁽³³⁾ A presença e a gravidade das manifestações comportamentais avaliadas pelo NPI estão associadas ao alto nível de sobrecarga do cuidador na amostra de idosos brasileiros com demência no estudo de Fialho et al.⁽³³⁾

Os cuidadores são caracterizados de várias formas, classificando-se de acordo com o vínculo cuidador-paciente. O fato de ser remunerado ou não; voluntário, leigo ou profissional, e assim, se vínculo formal ou informal. Sendo a classificação em cuidadores formais e informais.⁽³⁴⁾

Os cuidadores formais se referem aos que prestam cuidados no domicílio com remuneração e com poder decisório reduzido, cumprindo tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde que orientam o cuidador. São profissionais capacitados para o cuidado, contribuindo de forma significativa para a saúde das pessoas cuidadas. Esses cuidadores têm, em geral, formação de auxiliar ou técnico de enfermagem, com formação orientada para o cuidado em saúde em função do atendimento de necessidades específicas.⁽³⁵⁾

Os cuidadores informais são voluntários que se dispõem, sem formação profissional específica, a cuidar de idosos, sendo que a disponibilidade e a boa vontade são fatores fundamentais. Geralmente caracterizam-se por familiares,

amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade.⁽³⁶⁾

Avaliar os sintomas neuropsiquiátricos é de extrema importância, pois a prevalência deste associado com déficit cognitivo piora o prejuízo funcional e independência do indivíduo, correlacionando-se com menor sobrevida e aumento do estresse no cuidador. Estudos comprovam que a irritabilidade é um importante sintoma para pacientes com desordens neuropsiquiátricas, sendo a maior causa de estresse no paciente e disfunção na família.⁽³⁷⁾

A avaliação dos sintomas neuropsiquiátricos permite entender mais as mudanças comportamentais presentes em qualquer paciente de demência específica e pode ajudar distinguir entre seus diferentes tipos.⁽³⁸⁾ Vários exames laboratoriais e formas de neuroimagem estão disponíveis para a investigação da DA em grandes centros de pesquisa. Entretanto, por conta do acesso restrito da população em geral a esses exames, o maior desafio ainda permanece sendo o de diagnosticar através da investigação clínica.⁽⁹⁾

1.6 Objetivos

Geral

Este estudo teve como objetivo avaliar os sintomas neuropsiquiátricos encontrados nas fases leve e moderada da Doença de Alzheimer.

Específicos

1. Avaliar a associação entre os sintomas neuropsiquiátricos e a evolução clínica do paciente com DA.

2. Avaliar também por meio do NPI o desgaste apresentado por cuidadores dos pacientes com DA.
3. Comparar os tipos de cuidadores com o nível de desgaste apresentado por estes.

CASUÍSTICA E MÉTODO

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram selecionados 89 pacientes com provável DA, independente de sexo e grupo étnico, distribuídos em dois grupos. Grupo 1 – 45 pacientes com DA na fase inicial (leve), caracterizando CDR1 e Grupo 2 – 44 pacientes com DA moderada (CDR 2). Todos os pacientes foram diagnosticados no ambulatório de Neurogeriatria do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, utilizando-se os critérios diagnósticos de acordo com o *NINCDS ADRDA*,⁽³⁹⁾ exames laboratoriais e de imagens, avaliação neuropsicológica.

Foram utilizados como critério de exclusão: pacientes com outros tipos de demência ou que não caracterizavam os sintomas clínicos para Doença de Alzheimer segundo o *NINCDS ADRDA*, ou que apresentaram manifestações motoras e Doença de Parkinson. Pacientes com doença de Alzheimer grave - CDR 3, devido a dificuldade de comparecimento às consultas e também por se tratar da fase final da doença muitos encontram-se acamados e com difícil contato com os familiares, resultando limitações para aplicação do questionário.

2.1 Procedimento

O presente estudo foi previamente aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) de acordo com o parecer nº 7097/2008. Os pacientes com

doença de Alzheimer - possível e provável, segundo os critérios do NINCDS-ADRDA foram submetidos aos seguintes instrumentos para coletas de dados e identificação:

Ficha de identificação (apêndice 1)

Utilizada para obtenção de dados sócio-demográficos dos participantes incluindo idade, sexo, escolaridade, estado civil, data de nascimento, nome do acompanhante e outros.

Termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 2)

Desenvolvido pela autora especificamente para o propósito deste estudo, o instrumento segue os princípios éticos apresentados pela Resolução 196/96. O termo de consentimento livre e esclarecido é constituído pela identificação da Instituição onde foi realizada a pesquisa; explicações sobre as finalidades e propósito da pesquisa; sobre os procedimentos que serão utilizados; benefícios previstos; potenciais riscos ou incômodos que possa acarretar; informação de que a participação é voluntária, podendo haver recusa na participação ou mesmo a retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo para o sujeito; garantia de esclarecimentos pelo pesquisados antes e durante o desenvolvimento da pesquisa; garantia de sigilo e privacidade; solicitação de consentimento para efetuar o estudo e publicar os dados e esclarecimentos sobre a possibilidade de receber tratamento posterior ao estudo se assim o desejar.

Mini Exame do Estado Mental ⁽²⁸⁾(anexo 1)

Constitui de um exame de rastreio das funções cognitivas como orientação temporal e espacial, memória, linguagem, praxia construtiva, comando verbal e escrito. É composto por uma pontuação de, no máximo, 30 pontos, considerando 17 pontos como valor de corte para analfabetos e até 3ª série do ensino fundamental e 24 pontos para 4ª série ou mais.

Avaliação Neuropsicológica (anexo2)

Trata-se de vários testes para avaliar as funções cognitivas tais como memória, atenção, raciocínio abstrato, linguagem, praxias, gnosias, cálculos, entre outras, de pacientes com queixas de esquecimentos.

Escala Blessed para Demência ⁽²⁶⁾(anexo 3)

Trata-se de uma escala para avaliar se o indivíduo apresenta demência por meio de entrevista com seu cuidador, avaliando a *execução das atividades de vida diária; mudanças nos hábitos* como: vestir-se, alimentar-se e higiene pessoal; e *mudanças na personalidade*; classificando o indivíduo como: *normal* (até 4 pontos), *suspeita de demência* (acima de 4 até 8 pontos), *demência* (acima de 9 pontos). Permite uma análise quantitativa e qualitativa.

Crítérios Diagnósticos para Depressão segundo DSM IV ⁽⁴⁰⁾ (anexo 4)

Pelo menos dois sintomas presentes durante o período de duas semanas e um dos sintomas deve ser: humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. Os seguintes sintomas classificam a depressão, segundo o DSM IV: humor deprimido quase todos os dias (chorar muito, sentir-se triste ou vazio); interesses e prazer diminuídos por todas atividades na maior parte do dia;

perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta ou diminuição ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de concentrar-se ou pensar ou indecisão; pensamentos de morte recorrente, ideação suicida ou tentativa de suicídio. Esses sintomas devem causar prejuízos acentuados no funcionamento social ou ocupacional no indivíduo.

Escala Geriátrica de Depressão ⁽⁴¹⁾ **(anexo 5)**

Trata-se de uma escala constituída de 30 questões das quais se avalia sintomas de depressão no idoso e sua intensidade como: até 10 pontos (normal), de 10 a 20 pontos (depressão leve), de 20 a 30 pontos (moderada à grave).

Estadiamento Clínico das Demências ⁽⁴²⁾ **(anexo6)**

Constitui-se de uma escala que avalia o estadiamento da demência como: normal (CDR 0); demência questionável (CDR 0,5); demência média (CDR 1); demência moderada (CDR 2); demência severa (CDR3). Analisando qualitativamente, também.

Inventário Neuropsiquiátrico - NPI ⁽²⁷⁾ **(anexo7)**

Trata-se de um instrumento, realizado com o cuidador, para avaliar os sintomas não cognitivos dos pacientes no último mês. Permite uma análise qualitativa - avaliando os sintomas que mais aparecem no paciente e sua

gravidade - e quantitativa, no qual o escore é baseado na frequência, gravidade e severidade do cuidador. O máximo de pontuação para cada item é 12 pontos, sendo o total de 144 pontos, multiplicando frequência *versus* severidade.

Avalia também alterações comportamentais tais como: delírios, alucinações, agitação, depressão/disforia, ansiedade, euforia/elação, apatia/indiferença, desinibição, irritabilidade/labilidade, comportamento motor aberrante, comportamentos noturnos, apetite/alterações alimentares. O tempo médio de duração da avaliação neuropsicológica é de 60 minutos.

2.2 Análise Estatística

As variáveis categóricas foram analisadas aplicando-se o teste exato de Fisher ou qui-quadrado (χ^2). Para variáveis contínuas foram calculados valores de médias e desvios padrão utilizando-se teste t, para amostras com distribuição não gaussiana, aplicou-se teste t com correção pelo teste de Mann-Whitney. Foi admitido nível de significância para $P < 0,05$.

RESULTADOS

3. RESULTADOS

3.1 Aspectos Sócio-demográficos

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos dados sócio-demográficos da casuística avaliada. Nesse caso, observou-se prevalência do sexo feminino em ambos os grupos (G1=53% e G2=61% $P=0,581$). A distribuição da média de idade também foi semelhante para os grupos (G1= $75,5\pm 7,7$ e G2= $74,6\pm 6,7$ anos de idade; $P=0,462$), assim como a escolaridade, na qual notou-se maior frequência do ensino fundamental em ambos os grupos (G1=69% e G2=70%; $P=0,872$). A escolaridade também não diferenciou G1 de G2 ($P>0,05$). A análise comparativa entre os dados sócio-demográficos e sintomas neuropsiquiátricos não diferiu os grupos estudados ($P>0,05$)

Tabela 1: Distribuição dos dados sócio-demográficos de pacientes com doença de Alzheimer grau leve – CDR1 (G1) e moderada – CDR2 (G2).

Variáveis	G1 (CDR1) N=45		G2 (CDR2) N=44		P*
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	24	53	27	61	0,581
Masculino	21	47	17	39	
Escolaridade					
Analfabeto	12	27	11	25	0,857
Ensino Fundamental	31	69	31	70	0,872
Ensino Superior	02	4,0	02	5,0	1,000
Idade					
	M	DP	M	DP	P†
	75,7	7,7	74,6	6,7	0,462

*Teste de Fisher ou Qui-quadrado; †= Teste t; G1= pacientes com doença de Alzheimer de grau leve (CDR1); G2= pacientes com doença de Alzheimer moderada (CDR2); M= média; DP= desvio padrão; N= número de indivíduos; P= nível de significância <0,05.

3.2 Aspectos Clínicos

A distribuição dos valores médios e desvios-padrão referentes à avaliação realizada por instrumentos clínicos específicos estão apresentados na Tabela 2. Assim, o grupo com CDR2 apresentou menor pontuação para avaliação pelo MEEM (G2=7,06±3,2 pontos), comparado ao grupo com CDR1 (G1=13,4±4,9 pontos; P<0,0001). Por outro lado, para a escala de demência

Blessed observou-se menor pontuação para G1 (10,4 ±2,4 pontos) em relação a G2 (15,1±2,6 pontos; P<0,0001). Quanto ao NPI médio total notou-se pontuação semelhante entre os grupos (G1=34,7±17,6 pontos e G2=38,3±17,1 pontos; P=0,327), o mesmo ocorreu para avaliação do desgaste causado no cuidador, sem diferença significativa entre os grupos (G1=16,5±8,6 pontos e G2=17,3±8,1 pontos; P=0,625).

Tabela 2: Distribuição dos valores médios e desvios-padrão referentes à avaliação realizada por instrumentos clínicos específicos em pacientes com doença de Alzheimer grau leve – CDR1 (G1) e moderada – CDR2 (G2).

Instrumentos de Avaliação	G1 (CDR1) N=45		G2 (CDR2) N=44		P*
	M	DP	M	DP	
MEEM	13,4	4,9	7,06	3,2	<0,0001
Blessed	10,4	2,4	15,1	2,6	<0,0001
NPI	34,7	17,6	38,3	17,1	0,327
Desgaste	16,5	8,6	17,3	8,1	0,625

*Teste t; G1= pacientes com doença de Alzheimer de grau leve (CDR1); G2= pacientes com doença de Alzheimer moderada (CDR2); M= média; DP= desvio padrão; N= número de indivíduos; MEEM= Mini Exame do estado mental; Blessed= escala de demência; NPI= Inventário Neuropsiquiátrico; P= nível de significância <0,05.

Foi realizada análise da distribuição dos sintomas neuropsiquiátricos na casuística total (N=89 indivíduos), independente do CDR presente, de acordo com o NPI. Nesse caso, observou-se que *apatia* foi o sintoma prevalente entre

os indivíduos (66%), seguido de *agitação* (63%), *depressão* e *irritabilidade* (48% e 48% respectivamente), *ansiedade* (47%), *desinibição* (36%), *delírios* (34%), *comportamentos noturnos (CN)* que se referem a alterações do sono (31%), *comportamento motor aberrante (CMA)* (27%), *alterações do apetite* (26%), *alucinações* (17%) e *euforia* (3%) (Figura 1).

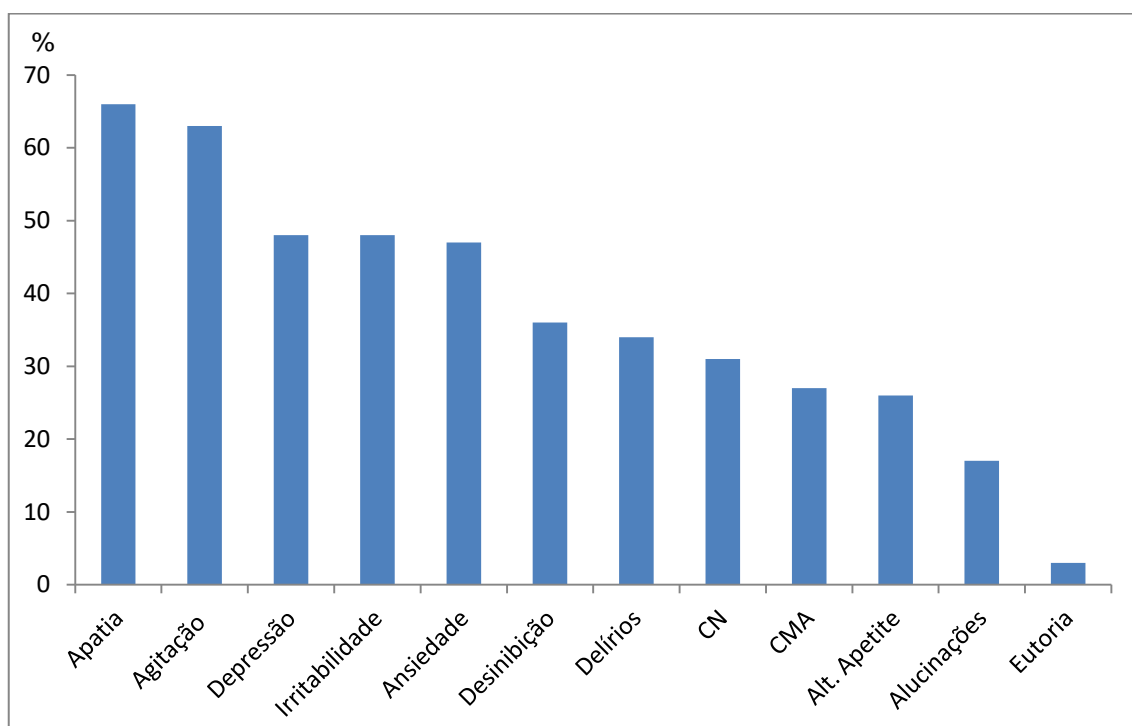


Figura 1: Distribuição dos sintomas neuropsiquiátricos na casuística total, de acordo com o inventário neuropsiquiátrico.

3.3 Sintomas Neuropsiquiátricos e Fases da Doença de Alzheimer

A Tabela 3 mostra a distribuição dos sintomas neuropsiquiátricos nos grupos com DA avaliados pelo NPI. Observou-se em G2 prevalência de delírio (70%) e apatia (63%) quando comparado a G1 (30% e 37%; $P=0,006$ e

P<0,0005 respectivamente). Por outro lado, G1 apresentou maior frequência de irritabilidade (65%) e ansiedade (71%) em relação ao G2 (35% e 29%; P=0,008 e P<0,0005, respectivamente). Os outros sintomas neuropsiquiátricos avaliados apresentaram distribuição semelhante entre os grupos (P>0,05).

Tabela 3: Distribuição dos sintomas neuropsiquiátricos nos pacientes com doença de Alzheimer grau leve – CDR1 (G1) e moderada – CDR2 (G2), avaliados pelo NPI.

Sintomas Neuropsiquiátricos	G1 (CDR1) N=45		G2 (CDR2) N=44		P*
	N	%	N	%	
Delírios	9	30	21	70	0,006
Alucinações	7	47	8	53	0,740
Depressão / Disforia	23	53	20	47	0,590
Ansiedade	30	71	12	29	<0,0005
Agitação / Agressão	29	52	27	48	0,770
Desinibição	16	50	16	50	0,940
Irritabilidade / Labilidade	28	65	15	35	0,008
Apatia / Indiferença	22	37	37	63	<0,0005
Comportamento motor aberrante	12	50	12	50	0,950
Comportamentos noturnos	10	36	18	64	0,058
Alterações de apetite	9	20	14	32	0,200
Elação / Euforia	2	67	1	33	1,000

*Teste de Fisher ou qui-quadrado; G1= pacientes com doença de Alzheimer de grau leve (CDR1); G2= pacientes com doença de Alzheimer moderada (CDR2); N= número de indivíduos; P= nível de significância <0,05.

Ainda, no sexo masculino prevaleceram maior desinibição (P=0,0005) e comportamentos noturnos (P=0,028), por outro lado, as mulheres apresentaram prevalência de sintomas de irritação mais frequente (P= 0,037).

A análise referente ao tempo de duração das fases da doença de acordo com o CDR mostrou que a fase moderada da doença (CDR2) é mais longa ($4,0 \pm 1,7$ anos) comparada à fase inicial/leve (CDR1) ($2,0 \pm 1,2$ anos; $P < 0,0001$). Com relação ao desgaste causado ao cuidador, analisado pelo NPI, notou-se que a gravidade da doença não aumenta o desgaste sofrido. Entretanto, pacientes do sexo feminino provocam maior desgaste nos cuidadores em CDR2 ($46,0 \pm 20,9$ pontos) quando comparado com sexo masculino de mesmo CDR ($33,5 \pm 12,3$ pontos; $P = 0,036$) de acordo com a pontuação do NPI.

Ainda, observou-se que os cuidadores informais e aqueles que moram com o paciente, apresentaram maior desgaste em relação aos cuidadores formais. Este estudo mostrou evidência de diferença entre desgaste do cuidador (avaliado pelo NPI) e CDR do paciente.

DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

O presente estudo revela que a maioria dos participantes era do sexo feminino e com baixa escolaridade (ensino fundamental) e média de idade de 71 anos. Esses dados corroboram com estudo realizado na cidade de Porto Alegre em 2010⁽¹¹⁾, o qual mostra prevalência do sexo feminino (71%) média de idade de 79,0±8,0 anos e escolaridade de 4±3 anos.

Em relação a análise quantitativa do NPI, onde a média do escore total do NPI é de 36 pontos, os dados encontrados chegam próximos da pesquisa realiza por Fialho et al⁽³³⁾ em 2009 onde os paciente com doença de Alzheimer apresentam um escore total no NPI de 29,9 pontos.

A quantificação do NPI tem pouco valor, pois alguns sintomas ocorrem na fase inicial e outros na fase avançada⁽²⁷⁾, porém observa-se maior valor do índice total no sexo masculino. Pode-se constatar nas pesquisas com NPI a importância dos dados qualitativos do teste por se tratar de um instrumento realizado com cuidador e que não há um ponto de corte, apenas uma multiplicação da frequência e intensidade para comparação.

Os pacientes desta pesquisa apresentam sintomas neuropsiquiátricos em diferentes proporções nas diferentes fases. O sintoma neuropsiquiátrico mais comum na DA é a *Apatia* em 66% (n=59) como no trabalho de Lancôt et al⁽³¹⁾ onde conclui-se que a *apatia* afeta cerca de 30 e 60% dos pacientes.

Em outro estudo, Aalten et al⁽³²⁾, concluiu também, que o mais comum sintoma neuropsiquiátrico encontrado é *apatia*, que ocorre em 65% dos

pacientes. Weiner et al⁽³⁰⁾ em seu estudo comprova que em 100 pacientes estudados, 75% exibem sintomas neuropsiquiátricos e apatia ocorre em 51%.

O estudo dos autores Spalletta et al⁽⁴³⁾ conclui que o sintoma neuropsiquiátrico *apatia* é o mais freqüente em pacientes com doença de Alzheimer avaliados também com o Inventário Neuropsiquiátrico. Desordens apáticas são comuns (51,3%) dos pacientes com doença de Alzheimer no estudo de Di Iulio et al⁽²⁹⁾.

Nesta pesquisa, *agitação* é o segundo sintoma neuropsiquiátrico mais encontrado, seguido de *depressão, irritabilidade e ansiedade*, confirmando os dados de Vega, Marinho, Engelhardt, e Laks (2007)⁽⁶⁾, Spalletta et al⁽⁴³⁾ e no estudo de D'Onofrio (2012)⁽⁴⁴⁾. Bahia e Viana⁽⁴⁵⁾ também concluíram em seu estudo que apatia e depressão são os sintomas comportamentais mais frequentes em pacientes com DA.

Os sintomas neuropsiquiátricos *comportamento motor aberrante, delírios, alucinações, euforia e desinibição* são encontrados em menor número no estudo de Spalletta et al⁽⁴³⁾ sendo de acordo com os resultados desta pesquisa também e *comportamentos noturnos anormais e desinibição* predominam nos participantes do sexo masculino, porém sem significância neste estudo. No estudo de Malakouti, Panaghi, Foroughan, Salehi, Zandi (2012)⁽⁴⁶⁾, o sintoma mais prevalente também é *apatia* e menos prevalente é *euforia*.

Não há comprovação de que quanto maior a gravidade da demência, maior a quantidade dos sintomas neuropsiquiátricos encontrados, considerando que os estudos de Weiner et al (2005)⁽³⁰⁾ afirmam que os sintomas neuropsiquiátricos ocorre ao longo da evolução da doença, em cerca

de 60% dos pacientes com demência, podendo alterar os sintomas de acordo com a evolução da doença e não aumentar.

Outro estudo realizado por Godinho, Gorczewski, Heisler, Cerveira, Chaves (2010)⁽¹¹⁾ confirma-se que não houve associação significativa entre gravidade e comprometimento nos testes de memória e sintomas comportamentais no NPI.

Na análise dos sintomas neuropsiquiátricos nas diversas fases da doença de Alzheimer pode-se observar que os sintomas mais encontrados na **Fase Inicial** da demência, predominantemente CDR 1, são *irritabilidade*, *ansiedade*, com prevalência entre as mulheres, seguidos por *depressão*, *agitação*, *irritabilidade* e *euforia* onde não há diferença entre os sexos. A literatura apresenta-se escassa sobre a prevalência do sexo nos sintomas neuropsiquiátricos. Entretanto, este estudo mostra que há uma diferença para alguns sintomas em relação ao gênero.

Em relação aos sintomas neuropsiquiátricos encontrados na fase inicial da doença de Alzheimer, o estudo de Cheng, Kwok, Lam (2012)⁽⁴⁷⁾ a *euforia* é mais prevalente nesta fase da doença de Alzheimer.

Embora não consta na literatura, faz sentido os sintomas *irritabilidade* e *ansiedade* serem mais prevalentes na fase inicial da demência, pois tratam-se de sintomas menos “agressivos” ou menos graves e são classificados como *síndrome afetiva* que fazem parte *ansiedade/depressão* e *síndrome psicomotora* no caso da *irritabilidade/agitação/comportamento motor aberrante*, segundo Spalletta 2010⁽⁴³⁾.

Neste mesmo estudo revelam-se cinco síndromes neuropsiquiátricas distintas nos pacientes com doença de Alzheimer: a síndrome apática (como

síndrome única) que é a mais frequente, seguido pela síndrome afetiva (ansiedade e depressão), psicomotora (agitação, irritabilidade e comportamento motor aberrante), psicótico (delírios e alucinações), e mania (euforia e desinibição) ⁽⁴³⁾, do qual os sintomas encontram-se de acordo com os resultados desta pesquisa.

Os sintomas neuropsiquiátricos mais encontrados na **Fase Moderada** da doença (CDR2) são *apatia* e *delírios*, além de sintomas como *comportamentos noturnos*, *alterações de apetite* e *alucinações*, porém sem significância estatística.

No estudo de Stella, de Andrade, Vital, Coelho, Nascimento, Hernández, 2010⁽⁴⁸⁾ são encontrados os mesmos resultados em relação a *apatia*, onde os pacientes com demência avançada apresentam níveis mais elevados de apatia, o que reforça a hipótese de que ela se agrava na medida em que a doença progride. O estudo de Hsieh, Chu, Cheng, Shen, Lin (2012)⁽⁴⁹⁾ também comprova resultados que pacientes com doença de Alzheimer em um estágio moderado de demência (CDR 2) apresentam escores significativamente mais elevados da apatia do que os pacientes com demência em estágio leve (CDR1).

Outros autores referem que o sintoma *delírio* ocorre em baixo score no MEEM e fases avançadas da demência de acordo com estudo realizado⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾.

A fase moderada, respectivamente CDR 2, apresenta maior duração comparado a fase leve, CDR 1, nesta pesquisa. Os estudos de Hueb, 2009 ⁽¹⁸⁾ e Mac-Kay (2009) ⁽²⁰⁾ comprovam esses achados em que a duração da fase moderada na doença de Alzheimer tende a ter uma duração maior comparada a fase leve da doença.

Em relação ao cuidador não há maior desgaste do mesmo nas diversas fases da doença. Novelli e Caramelli ⁽⁵²⁾, também concluíram que os sintomas da DA afetam a qualidade de vida dos pacientes como também dos cuidadores/familiares tanto na fase leve como na fase moderada ⁽⁵³⁾. Entretanto, quando separado por sexo, o presente estudo aponta preferência do sexo feminino para maior desgaste do cuidador, o que não é revelado na literatura.

Segundo Fialho et al, 2009 ⁽³³⁾ a presença e a gravidade das manifestações comportamentais avaliadas pelo NPI estão associados ao alto nível de sobrecarga do cuidador de idosos brasileiros com demência. O estudo de [D'Onofrio \(2012\)](#)⁽⁴⁴⁾ mostra significativamente maiores níveis de estresse em cuidadores de Doença de Alzheimer que em outro tipo de demência.

Os cuidadores informais desta pesquisa apresentam maiores desgastes comparados aos cuidadores formais. Também, os cuidadores que moram com o paciente, geralmente a maioria são familiares neste estudo, apresentam maior nível de desgaste no NPI. Segundo o estudo de Fernandes e Garcia, 2009 ⁽³⁴⁾ os cuidadores informais apresentam maiores níveis de estresse e se forem familiares também.

CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

1- Os sintomas neuropsiquiátricos mais encontrados neste estudo são *apatia, agitação, depressão e irritabilidade* e os menos encontrados são *alteração do apetite, alucinações e euforia*. Em relação às fases da doença de Alzheimer e os sintomas neuropsiquiátricos prevalentes, pode-se concluir que na fase inicial da doença de Alzheimer (CDR 1), os sintomas mais encontrados são *irritabilidade, ansiedade, depressão, agitação, irritabilidade e euforia*. Na fase moderada (CDR 2) são mais prevalentes os sintomas *apatia, delírios, comportamentos noturnos, alterações de apetite e alucinações*.

2- Não há aumento dos sintomas neuropsiquiátricos no decorrer da demência, mas o surgimento de outros sintomas com a evolução da doença de Alzheimer. Além disso, a fase moderada, CDR 2 apresenta-se mais longa comparada com a fase inicial, CDR 1 da doença.

3- Os pacientes do sexo feminino com CDR2 causa maior sintoma de desgaste em seus cuidadores. Entretanto, o desgaste do cuidador ocorre em todas as fases da doença de Alzheimer, alterando de acordo com o sintoma apresentado pelo paciente e não pela evolução e gravidade da doença.

4- Além disso, os cuidadores informais demonstra maior desgaste no NPI.

Portanto, sistematizar a distribuição dos sintomas neuropsiquiátricos nas fases iniciais e intermediária da doença poderá contribuir para estabelecer as estratégias de enfrentamento, bem como oferecer orientação segura para os cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. Referências Bibliográficas

1. Camarano AA; Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro. In: Pacheco JL et al (org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, 2004: 26-73.
2. Veras R Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução Cad. Saúde Pública 2007; 23(10): 2463-2466.
3. Kalache A, Veras RP, Ramos, LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev Saúde Públ. 1987; 21: 200-210.
4. Vilela LP, Caramelli P. A Doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. Ver Assoc Med Bras 2006; 52(3): 148-52.
5. Oliveira SFD, Duarte YAO, Lebrão ML, Laurenti R. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no Município de São Paulo. Saúde e Sociedade. 2007; 16, (1): 81-89.
6. Vega VM, Marinho V, Engelhardt E, Laks J. Sintomas Neuropsiquiátricos nas Demências: Relato preliminar de uma avaliação prospectiva em um ambulatório do Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 2007.
7. Almeida OP, Nitrini R. Demência. São Paulo: Fundação Byk, 1998. Alzheimer's Association National. Michigan Ave. Fl. 17, Chicago, IL 2009; Alzheimer's Association.
8. Baumgarten M, Hanley JA, Infante-Rivard C, Battista RN, Becker R, Gauthier S. Health of family members caring for elderly persons with dementia. A longitudinal study. *Annals of Internal Medicine* 1994; 120(126-132).

9. Aprahamian I, Martinelli J E, Yassuda M S. Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. Ver Bras Clin Med, 2009; 7:2.
10. Okamoto IH, Bertolucci PHF. Exame Neuropsicológico no Diagnóstico Diferencial das Demências Primárias. Rev. Neurociências 1998; 6(3): 119-125.
11. Godinho C, Gorczewski I, Heisler A, Cerveira MO, Chaves ML. Características clínicas e demográficas de pacientes idosos com demência atendidos em uma clínica do sul do Brasil. Rev. Demência e Neuropsicologia 2010 4(1).
12. Okamoto IH, Bertolucci PHF. Exame Neuropsicológico no Diagnóstico Diferencial das Demências Primárias. Rev. Neurociências 1998; 6(3): 119-125.
13. Forlenza OV. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. Rev. Psiquiatr. Clín. 2005; 32(3): 137-148.
14. Godoy MRP. Perfil clínico e demográfico das demências em uma população ambulatorial de um hospital geral. [Mestrado]. São José do Rio Preto (SP): Famerp ; 1999.
15. Herrera E Jr, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo. Ver Psiq Clin, 1998; 25:70-73.
16. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. Avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do departamento Científico de Neurologia

- Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arquivos de Neuropsiquiatria. 2005; 63(3A): 720-727.
17. Bottino CMC, Almeida OP. Demência: quadro clínico e critérios diagnósticos. 1995. In: Demência (OP Almeida, R Nitrini, org.): 13-29, São Paulo: Fundo Editorial BYK.
 18. Hueb TO. Doença de Alzheimer. Revista Brasileira de Medicina 2009:90-95.
 19. Damasceno BP. Envelhecimento cerebral - o problema dos limites entre o normal e o patológico. Arquivo de Neuropsiquiatria 1999;57(1):78-83.
 20. Mac-Kay. Linguagem e Gerontologia. In Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia, 2004. Ed Roca: 903:910.
 21. Kverno KS, Black BS, Nolan MT, Rabins PV. Theresearch on the treatment of neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic review of the literature. Int Psychogeriatr. 2009 Oct; 21 (5):825-43.
 22. Caramelli P, Bottino CMC. Tratando os Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD). Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2007.
 23. Matsumoto N, et al. Validity and reliability of the Japanese version of the Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale (NPI D) and the Neuropsychiatric Inventory Brief Questionnaire Form (NPI-Q). No To Shinkei, 2006.
 24. Bustamante SEZ, Bottino CMC, Lopes MA, Azevedo D, Hototian SR, Litvo J, Jacob Filho W. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. Resultados preliminares. Arquivos de Neuropsiquiatria 2003; 61(3A):601-606.

25. Bertolucci, P.H.F; Okamoto, I.H; Bruch, S.M.D. Aplicabilidade da bateria neuropsicológica CERAD na Doença de Alzheimer. Arquivoc de Neuropsiquiatria, 2001.
26. Tomlinsom BE, Blessed G, Roth M. Observetions on the brains of Demented old People. J NeurolSci 1970; 11: 205-42.
27. Cummings, J.L *et al.* The Neuropsiquiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, 1994.
28. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. O mini-estado mental: um método prático para a classificação dos pacientes estado cognitivo para o clínico. J Psychiatr Res 1975; 12:189-198.
29. Di Iulio F, Palmer K, Blundo C, Casini AR, Gianni W, Caltagirone C, Spalletta G. Occurrence of neuropsychiatric symptoms and psychiatric disorders in mild Alzheimer disease and mild cognitive impairment subtypes. Int Psychogeriatr. 2010 Jun; 22(4):629-40.
30. Weiner MF *et al.* Early behavioral symptoms and course of Alzheimer's disease. Acta Psychiatr Scand, 2005; 111:367-71.
31. Lancôt, K.L; *et al.* Apathy associated with Alzheimer disease: use of dextroam phetamine challenge. AM J Geriatr Psychiatry, 2008.
32. Aalten, P. *et al.* Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. Dement Geriatr Cogn Disord, 2007.
33. Fialho PPA, Koenig AM, Santos EL, Guimarães HC, Beato RG, Carvalho VA, Machado TH, Caramelli P. Sobrecarga do cuidador em demência em uma amostra Brasileira: associação com sintomas neuropsiquiátricos. Demencia e Neuropsicologia, 2009 Vol. 3 nº 2.

34. Fernandes, Maria das Graças Melo; Garcia, Telma Ribeiro. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev.bras. enferm. 2009,Vol 62 nº1 Brasília.
35. Papaléo NM. Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996.
36. Santos SMA. O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileiras. [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual Campinas; 2003.
37. Craig, K.J; Hietanen, H; Markova, I.S; Berrios, G.E. The Irritability Questionnaire: a new scale for themea surement of irritability. Psychiatry Res., 2008.
38. Bertolucci, P.H.F; Osório, CAM. Alterações Neuropsiquiátricas e sobrecarga dos cuidadores nas demências. Boletim de Iniciação Científica em Psicologia, 2004.
39. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group. Neurology 1984; 34:939-944.
40. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.4. Ed. Washington (DC): APA, 2004.
41. Depressão - Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986; 5: 165 -73.
42. Montañó MBMM, Ramos LR. Validade da Clinical Dementia Rating Rev Saúde Pública 2005; 39(6):912-7.

43. Spalletta G, Musicco M, Padovani A, Rozzini L, Perri R, Fadda L, Canonico V, Trequattrini A, Pettenati C, Caltagirone C, Palmer K. Neuropsychiatric symptoms and syndromes in a large cohort of newly diagnosed, untreated patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 Nov;18(11):1026-35.
44. D'Onofrio G, Sancarlo D, Panza F, Copetti M, Cascavilla L, Paris F, Seripa D, Matera MG, Solfrizzi V, Pellegrini F, Pilotto A. Neuropsychiatric symptoms and functional status in Alzheimer's disease and vascular dementia patients. *Curr Alzheimer Res*. 2012 Jul; 9(6):759-71.
45. Bahia, Valéria Santoro(org); Viana, Rene. Acurácia de testes neuropsicológicos e Inventário Neuropsiquiátrico no diagnóstico diferencial entre Demências Fronto-temporal e Doença de Alzheimer. *Dement. neuropsychol*; dez. 2009 - 3(4).
46. Malakouti SK, Panaghi L, Froughan M, Salehi M, Zandi T. Persian version of the Neuropsychiatric Inventory: validity and reliability study among Iranian elderly with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2012 Feb;24(2):223-30.
47. Cheng ST, Kwok T, Lam LC. Group of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese: prevalence and analysis of the Neuropsychiatric Inventory confirmatory factor. *Int Psychogeriatr*. 2012 Sep; 24(9):1465-73.
48. Stella, Florindo; de Andrade, Larissa Pires; Vital, T Martins; Coelho, Flávia Gomes de Melo; Nascimento, Carla Manuela Crispim; Hernández, Salma Stephany Soleman. Apatia na doença de Alzheimer- contribuição para uma visão clínica da progressão da demência. *Dement Neuropsychol* 2010, 4(3).

49. Hsieh CJ, Chu H, Cheng JJ, Shen WW, Lin CC. Validation of the scale evaluation apathy and assessing the severity of Alzheimer's disease in apathy. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Apr; 66(3):227-34.
50. Lemos CA, Rocha EA, Papaleo SS, Maia EMC, Pires IAH. Cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer: capacidade funcional do idoso "versus" avaliação da sobrecarga do cuidado. *Anais do III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia.2008* Disponível em: http://www.geracoes.org.br/arquivos._dados/foto_alta/arquivo_1_id-114.
51. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Ivan H. Okamoto IH. Sugestões para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(3-B): 777-81.
52. Novelli, Marcia MPC(org); Caramelli, Paulo. The influence of neuropsychiatric and functional changes on quality of life Alzheimer disease / A influência das alterações de comportamento e desempenho funcional sobre a qualidade de vida na doença de Alzheimer. *Dement neuropsychol*; mar/ 2010; 4 (1).
53. Engelhardt E, Dourado M, Laks J. A doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. *Revista Brasileira de Neurologia*, 2005: 41, 2, 5-11.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

D/N:

Escolaridade:

Estado Civil:

Filhos:

Trabalha:

Nome do Acompanhante:

Mora com quem:

Diagnóstico:

Tempo da Doença:

Medicamentos:

Antecedentes Familiares:

Problemas de Saúde:

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS ESCLARECIDO
Resolução nº 196/96 – CNS

Eu

RG: _____, declaro que aceito espontaneamente contribuir com a pesquisa **Doença de Alzheimer Pós Senil: Avaliação Neuropsiquiátrica**, a ser realizada no Hospital de Base de São José do Rio Preto, sob a responsabilidade da psicóloga Kátia Giuglioli Carrasco. Afirmando que fui satisfatoriamente informado sobre os objetivos da pesquisa que vão avaliar os sintomas neuropsiquiátricos nas diversas etapas na Doença de Alzheimer; que terei minha identidade preservada e que os riscos em participar deste estudo são considerados mínimos e se devem a incômodos psicológicos no que se refere ao preenchimento dos protocolos, autorizo a utilização dos dados para publicação em periódicos e congressos de cunho científico.

Compreendo que minha participação é voluntária e poderei desistir do estudo a qualquer momento sem prejuízo a meu tratamento nesta instituição. Confirmando, que após entender todas estas informações sobre o estudo, aceito participar como voluntário, sem receber nenhuma forma de pagamento.

Sendo assim, declaro meu consentimento em colaborar com este estudo.
São José do Rio Preto _____ de _____ de 2009.

Assinatura do paciente

Kátia Giuglioli Carrasco

Assinatura da pesquisadora

Telefones para contato: (17) 3201-5000 ramal 1215 (Hospital de Base)

ANEXOS

ANEXO 1

Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Brucki *et al* (2003)

ESCOLARIDADE (anos/escola): _____

		Ano	
		Mês	
		Dia do mês	
		Dia da semana	
		Semestre/Hora aproximada	
Orientação Temporal (05 pontos) Dê um ponto para cada item		Estado	
		Cidade	
		Bairro ou nome de rua próxima	
		Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)	
		Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)	
Registro (3 pontos)		Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA	
Atenção e Cálculo (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento.		Subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$	
		Solettrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM	
Memória de Evocação (3 pontos)		Quais os três objetos perguntados anteriormente?	
Nomear dois objetos (2 pontos)		Relógio e caneta	
Repetir (1 ponto)		"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"	
Comando de estágios (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta)		"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"	
Escrever uma frase completa (1 ponto)		"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim"	
Ler e executar (1 ponto)		FECHE SEUS OLHOS	
Copiar diagrama (1 ponto)		Copiar dois pentágonos com interseção	
PONTUAÇÃO FINAL (score= 0 a 30 pontos)			

ANEXO 2

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA:

Protocolo para Alta Escolaridade - Investigação de Demência

Funções Cognitivas Avaliadas:

Atenção; Memória Verbal e Visual; Raciocínio Abstrato; Função Visuo-Construtiva; Praxia ideatória, ideomotora, construtiva, vestir-se; Percepção Visuo-Espacial; Linguagem.

Testes Utilizados:

Trail Marking Teste

Subtestes do WAIS: Semelhanças; Arranjo de Figuras; Cubos; Vocabulário.

Interpretação de Provérbios

Cálculos Aritméticos

Subtestes da Escala WECHSLER para adultos: Memória Lógica; Lista de 10 palavras e

Memória visual.

Figura de REY

Desenho do Relógio

Praxias: construtiva, ideatória, ideomotora, vestir-se.

Gnosia Visual

Somatognosia

Figuras Sobrepostas

Fluência Verbal

Boston

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA:**Protocolo para Baixa Escolaridade - Investigação de Demência****Funções Cognitivas Avaliadas:**

Atenção; Memória Verbal e Visual; Raciocínio Abstrato; Função Visuo-Construtiva; Praxia ideatória, ideomotora, construtiva, vestir-se; Percepção Visuo-Espacial; Linguagem.

Testes Utilizados:

Escala MATTIS

Subtestes do WAIS: Dígitos; Semelhanças; Arranjo de Figuras; Cubos.

Teste de Vigilância

Interpretação de Provérbios

Memória Visual: 10 figuras

Desenho do Relógio

Fluência Verbal

Gnosia Visual

Somatognosia

Figuras Sobrepostas

Praxias: construtiva, vestir-se, ideatória, ideomotora.

Subteste da Escala WECHSLER para adultos: Memória Lógica; Lista de 10 palavras.

ANEXO 3

ESCALA DE DEMÊNCIA (BLESSED, TOMILSON E ROTH, 1968)

MUDANÇA NA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS	TOTAL	PARCIAL	NENHUMA
INCAPACIDADE DE:	1	1/2	0
REALIZAR TAREFAS DOMÉSTICAS	1	1/2	0
USAR PEQUENAS SOMAS DE DINHEIRO	1	1/2	0
LEMBRAR PEQUENAS LISTAS (COMPRAS)	1	1/2	0
ORIENTAR-SE DENTRO DE CASA	1	1/2	0
ORIENTAR-SE EM RUAS CONHECIDAS	1	1/2	0
RECONHECER O AMBIENTE ONDE VIVE (EX. SE	1	1/2	0

ESTÁ EM CASA OU NUMA CLÍNICA, PARENTES, MÉDICOS...)			
LEMBRAR-SE DE FATOS RECENTES(VISITA DE PARENTES E AMIGOS...)	1	1/2	0
TENDÊNCIA EM RELEMBRAR O PASSADO	1	1/2	0
MUDANÇAS NOS HÁBITOS			
ALIMENTA-SE:			
ADEQUADAMENTE, COM TALHERES CERTOS	0		
INADEQUADAMENTE, SOMENTE COM A COLHER	1		
APENAS SÓLIDOS (BISCOITOS, SANDUÍCHE)	2		
APENAS COM AJUDA INTEGRAL	3		
VESTIR-SE:			
SEM AJUDA	0		
COMETE FALHAS OCASIONAIS (NO ABOTOAMENTO...)	1		
ERROS FREQUENTES NA SEQUÊNCIA DO VESTIR-SE	2		
INCAPACIDADE DE VESTIR-SE	3		
CONTROLE DE ESFÍNCTERES			
NORMAL	0		
INCONTINÊNCIA URINÁRIA OCASIONAL	1		
INCONTINÊNCIA URINÁRIA FREQUENTE	2		
DUPLA INCONTINÊNCIA	3		
MUDANÇAS NA PERSONALIDADE	NÃO	SIM	
SEM MUDANÇAS	0	1	
RETRAIMENTO FREQUENTE	0	1	
EGOCENTRISMO AUMENTADO	0	1	
PERDA DE INTERESSE PELO SENTIMENTO DOS OUTROS	0	1	
AFETIVIDADE EMBOTADA	0	1	
LABILIDADE EMOCIONAL	0	1	
RISO INAPROPRIADO	0	1	
RESPOSTA EMOCIONAL DIMINUÍDA	0	1	
INDISCRICÕES SEXUAIS (RECENTE)	0	1	
DIMINUIÇÃO DA INICIATIVA OU APATIA PROGRESSIVA	0	1	
HIPERATIVIDADE NÃO JUSTIFICADA	0	1	

TOTAL: até 4 pontos NORMAL
4 a 9 pontos SUSPEITA
9 e + pontos DEMÊNCIA

ANEXO 4

Critérios Diagnósticos para Depressão segundo DSM IV

Pelo menos dois sintomas presentes durante o mesmo período de duas semanas e um dos sintomas deve ser: humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.

Os seguintes sintomas classificam a depressão, segundo o DSM IV: humor deprimido quase todos os dias (chorar muito, sentir-se triste ou vazio);

interesses e prazer diminuídos por todas atividades na maior parte do dia; perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta ou diminuição ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de concentrar-se ou pensar ou indecisão; pensamentos de morte recorrente, ideação suicida ou tentativa de suicídio. Esses sintomas devem causar prejuízos acentuados no funcionamento social ou ocupacional no indivíduo.

ANEXO 5

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GeriatricDepressionScale)

QUESTÕES	RESPOSTAS
1. Você está satisfeito com sua vida?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3. Sente que a sua vida está Vazia?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
4. Sente-se frequentemente Aborrecido?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

5. Você tem fé no futuro?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
6. Tem pensamentos negativos?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
7. Na maioria do tempo está de bom humor?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
9. Sente-se feliz na maioria do tempo?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
10. Sente-se frequentemente adoentado, só?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
11. Sente-se frequentemente intranquilo?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
12. Prefere ficar em casa a sair?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
13. Preocupa-se muito com o futuro?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
14. Tem mais problema de memória que os outros?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
15. Acha bom estar vivo?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
16. Fica frequentemente triste?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
17. Sente-se inútil?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
18. Preocupa-se muito com o passado?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
19. Acha a vida interessante?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
20. Para você é difícil começar novos projetos?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
21. Sente-se cheio de energia?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
22. Sente-se sem esperança?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
23. Acha que os outros têm mais sorte que você?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
24. Preocupa-se com coisas sem importância?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
25. Sente frequentemente vontade de chorar?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
26. É difícil para você concentrar-se?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
27. Sente-se bem ao despertar?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
28. Prefere evitar as reuniões sociais?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
29. É fácil para você tomar decisões?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
30. O seu raciocínio está claro como antigamente?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não

Total

Avaliação:

Conte 1 ponto para cada resposta depressiva (compatível com depressão)

. 0-10 normal

. 11-20 depressão média

. 21-30 depressão moderada/severa

ANEXO 6

CDR: Clinical Dementia Rating - Estadiamento Clínico das Demências

	Sem Demência CDR 0	Demência Questionável CDR 0,5	Demência Média CDR 1	Demência Moderada CDR 2	Demência Severa CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda da memória ou pequenos ocasionais esquecimentos	Pequenos mas freqüentes esquecimentos; lembrança parcial de acontecimentos; esquecimento benigno	Moderada perda da memória, mais marcadamente para acontecimentos recentes, interferindo nas atividades do cotidiano	Severa perda de memória; lembra-se apenas de assuntos intensamente vivenciados, informações novas rapidamente esquecidas	Severa perda de memória; somente fragmentos permanecem
ORIENTAÇÃO	Orientação perfeita	Totalmente orientado, exceto por pequenas dificuldades relacionadas com o tempo (horário)	Moderada dificuldade com orientação temporal; orientado com relação ao local do exame; pode haver desorientação	Severa dificuldade relacionada com o tempo; freqüentemente desorientado com relação ao tempo e espaço	Total desorientação têmporo-espacial, reconhece apenas as pessoas mais íntimas
JULGAMENTO DISCERNIMENTO	E Resolve bem os problemas do cotidiano bom	Alguns problemas de resolução de problemas,	Moderada dificuldade em resolver problemas por si	Importante dificuldade em resolver problemas com	Incapaz de resolver problemas

	discernimento	semelhanças e diferenças	mesmo; dificuldades no discernimento de semelhanças e diferenças	independência; discernir entre semelhanças e diferenças; crítica e julgamento comprometidos	
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Independência no desempenho profissional, nas compras, finanças e nas atividades sociais	Alguma dificuldade nessas atividades	Apresenta dependência nessas atividades; apesar de poder participar de algumas; aparenta não apresentar anormalidades à primeiravista	Sem interesse em manter atividades fora de casa; aparenta estar bem para sair e manter atividades fora de casa	Aparenta não ter condições de desempenhar atividades fora de casa
AFAZERES DOMÉSTICOS	Vive em família, passatempos e interesses intelectuais mantidos	Vive em família, passatempos e interesse intelectual levemente afetado	Suave mais definitiva dificuldade com atividades domésticas; deixa de realizar atividades domésticas; abandona as tarefas / passatempos mais difíceis	Apenas atividades simplificadas; interesses muito restritos	Atividade doméstica praticamente inexistente
CUIDADOS PESSOAIS	Totalmente capaz e independente	Totalmente capaz e independente	Precisa ser incentivado / instruído	Necessita de assistência para vestir-se e assear-se	Requer muita ajuda para seus cuidados pessoais; freqüentemente incontinente

Considerar apenas o declínio do estado anterior da perda cognitiva e não alterações devidas a outros fatores.

Nome: _____ Data: _____
 Idade: _____ Sexo: M F Examinador (iniciais): _____
 Provedor de cuidados: cônjuge filho outro: _____
 Mora com paciente: Sim Não
 Percentual de cuidados fornecidos pelo informante: <25% 25-50% 50-75% >75%

Inventário Neuropsiquiátrico (INP)
 Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA)

ITEM	NA	Aus	Freq (F)	Int (I)	F x I	Desgaste
DELÍRIOS	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
ALUCINAÇÕES	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
AGITAÇÃO	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
DEPRÊSSÃO/DISFORIA	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
ANSIEDADE	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
EUFORIA/ELAÇÃO	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
APATIA/INDIFERENÇA	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
DESINIBIÇÃO	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
IRRITABILIDADE/LABILIDADE	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
COMPORTAMENTO MOTOR ABERRANTE	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
COMPORTAMENTOS NOTURNOS	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
APETITE/ALTERAÇÕES ALIMENTARES	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5

Diagnóstico
 MMSE
 Idade
 Sexo
 Duração da doença
 Escolaridade
 Medicamentos

A) DELÍRIOS

O paciente acredita em coisas que você sabe não serem reais? Por exemplo, insiste que alguém está tentando fazer-lhe mal ou roubá-lo? Afirma que seus parentes não são quem dizem ser ou que a casa onde mora não é a sua? Não estou me referindo apenas à desconfiança; estou interessado em verificar se o paciente está convencido que essas coisas estão acontecendo com ele. (NA)

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente acredita estar em perigo - que outros estão planejando machucá-lo? _____
2. O paciente acredita que está sendo roubado? _____
3. O paciente acredita que está sendo traído pelo cônjuge? _____
4. O paciente acredita que hóspedes indesejados estão morando em sua casa? _____
5. O paciente acredita que seu cônjuge ou outras pessoas não são quem alegam ser? _____
6. O paciente acredita que sua casa não é a sua casa? _____
7. O paciente acredita que seus parentes planejam abandoná-lo? _____
8. O paciente acredita que personagens de televisão ou revistas estão presentes em sua casa? (tenta conversar ou interagir com eles?) _____
9. O paciente acredita em outras coisas estranhas sobre as quais não conversamos? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade dos delírios.

- Frequência
- | | | |
|-------------------|---|--|
| 1 Ocasional | — | menos de uma vez por semana |
| 2 Comum | — | cerca de uma vez por semana |
| 3 Frequente | — | várias vezes por semana, mas menos que todos os dias |
| 4 Muito frequente | — | uma vez por dia ou mais |

- Intensidade
- | | | |
|-------------|---|--|
| 1 Leve | — | delírios inofensivos, gerando pouca aflição no paciente |
| 2 Moderada | — | delírios aflitivos e perturbadores |
| 3 Acentuada | — | delírios muito perturbadores e fonte de grande alteração comportamental (a prescrição de medicamentos PRN indica que os delírios são de intensidade acentuada) |

- Desgaste Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?
- | | |
|-----------|------------------------------|
| 0 Nenhum | 3 Moderado |
| 1 Mínimo | 4 Acentuado |
| 2 Pequeno | 5 Muito acentuado ou extremo |

B) ALUCINAÇÕES**(NA)**

O paciente vê ou ouve coisas? Parece ver, ouvir ou sentir coisas que não estão presentes? Por esta pergunta não estamos nos referindo apenas a crença falsas, como a de afirmar que alguém que morreu ainda está vivo. Ao contrário, queremos saber se ele realmente tem percepções anormais de sons ou visões.

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente relata ouvir vozes ou age como se ouvisse vozes? _____
2. O paciente conversa com pessoas que não estão ali? _____
3. O paciente relata ver coisas que não são vistas pelos outros ou se comporta como se visse coisas que os outros não vêem (pessoas, animais, luzes, etc.)? _____
4. O paciente afirma sentir cheiros não percebidos pelos outros? _____
5. O paciente afirma sentir coisas tocando ou se arrastando por sua pele? _____
6. O paciente diz sentir gostos sem qualquer causa aparente? _____
7. O paciente descreve qualquer outra experiência sensorial incomum sobre a qual não tenhamos conversado? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade das alucinações.

- Frequência
- 1 Ocasional __ menos de uma vez por semana
 - 2 Comum __ cerca de uma vez por semana
 - 3 Frequente __ várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
 - 4 Muito frequente __ uma vez por dia ou mais

- Intensidade
- 1 Leve __ alucinações inofensivas, gerando pouca aflição no paciente
 - 2 Moderada __ alucinações afitivas e perturbadoras
 - 3 Acentuada __ alucinações muito perturbadoras e fonte de grande alteração comportamental (a prescrição de medicamentos PRN indica que as alucinações são consideravelmente intensas)

- Desgaste Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?
- | | |
|-----------|------------------------------|
| 0 Nenhum | 3 Moderado |
| 1 Mínimo | 4 Acentuado |
| 2 Pequeno | 5 Muito acentuado ou extremo |

C) AGITAÇÃO/AGRESSÃO

(NA)

O paciente passa por períodos em que se recusa a cooperar ou não deixa que os outros o ajudem? É difícil de se lidar com ele?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

1. O paciente fica zangado com quem tenta cuidar dele ou resiste a atividades como banho ou troca de roupa? _____
2. O paciente é teimoso, só faz o que quer? _____
3. O paciente é pouco cooperativo, recusa ajuda dos outros? _____
4. O paciente apresenta algum outro comportamento que o torna difícil de se lidar? _____
5. O paciente grita ou pragueja de raiva? _____
6. O paciente bate as portas, chuta a mobília, atira coisas longe? _____
7. O paciente faz menção de ferir ou bater nos outros? _____
8. O paciente apresenta algum outro tipo de comportamento agressivo ou agitado? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da agitação/agressão.

- Frequência
- 1 Ocasional __ menos de uma vez por semana
 - 2 Comum __ cerca de uma vez por semana
 - 3 freqüente __ várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
 - 4 Muito freqüente __ uma vez por dia ou mais

- Intensidade
- 1 Leve __ comportamento perturbador, mas pode ser administrado com redirecionamento ou conversa
 - 2 Moderada __ comportamentos perturbadores e difíceis de se redirecionar ou controlar
 - 3 Acentuada __ agitação muito perturbadora e fonte de grande dificuldade; pode existir ameaça de danos pessoais; medicamentos comumente necessários

- Desgaste
- Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?
- | | |
|-----------|------------------------------|
| 0 Nenhum | 3 Moderado |
| 1 Mínimo | 4 Acentuado |
| 2 Pequeno | 5 Muito acentuado ou extremo |

D) DEPRESSÃO/DISFORIA

(NA)

O paciente parece triste ou deprimido? Diz sentir-se triste ou deprimido?

NAO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

1. O paciente passa por períodos em que chora ou se lamenta? _____
2. O Paciente diz ou age como se estivesse triste ou de baixo astral? _____
3. O paciente se menospreza ou diz que se sente um fracassado? _____
4. O paciente considera-se má pessoa, digno de punição _____
5. O paciente parece desanimado ou diz não ter mais futuro? _____
6. O paciente considera-se um peso para a família, achando que viveriam melhor sem ele? _____
7. O paciente manifesta desejo de morrer ou fala em se matar? _____
8. O paciente exhibe algum outro sinal de depressão ou tristeza? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da depressão/disforia.

- Frequência
- 1 Ocasional __ menos de uma vez por semana
 - 2 Comum __ cerca de uma vez por semana
 - 3 freqüente __ várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
 - 4 Muito freqüente __ uma vez por dia ou mais

- Intensidade
- 1 Leve __ depressão incômoda, mas pode ser administrado com redirecionamento ou conversa
 - 2 Moderada __ depressão incômoda, sintomas depressivos espontaneamente verbalizados e difíceis de aliviar
 - 3 Acentuada __ depressão muito incômoda e fonte de sofrimento considerável para o paciente

- Desgaste Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?
- | | |
|-----------|------------------------------|
| 0 Nenhum | 3 Moderado |
| 1 Mínimo | 4 Acentuado |
| 2 Pequeno | 5 Muito acentuado ou extremo |

E) ANSIEDADE

(NA)

O paciente é muito nervoso, preocupado, ou assustado sem razão aparente? Parece muito tenso e inquieto? Tem medo de ficar longe de você?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

1. O paciente diz que está preocupado sobre eventos planejados? _____
2. O paciente tem períodos de se sentir trêmulo, incapaz de relaxar ou de se sentir excessivamente tenso? _____
3. O paciente tem períodos (ou queixa de) falta-de-ar, engasgos, ou soluços sem razão aparente? _____
4. O paciente se queixa de "frio na barriga" ou de palpitações ou aceleração do coração associados a nervosismo? Não justificados por saúde precária)? _____
5. O paciente evita certos lugares ou situações que o deixam mais nervoso, como andar de carro, encontrar amigos ou andar em multidões? _____
6. O paciente fica nervoso e zangado quando se separa de você (ou de seu acompanhante)? (Pode se agarrar a você para não ser separado?) _____
7. O paciente exhibe algum outro sinal de ansiedade? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da ansiedade.

Frequência

- 1 Ocasional ___ menos de uma vez por semana
- 2 Comum ___ cerca de uma vez por semana
- 3 freqüente ___ várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
- 4 Muito freqüente ___ uma vez por dia ou mais

Intensidade

- 1 Leve ___ ansiedade incômoda, mas geralmente responde a redirecionamento ou conversa
- 2 moderada ___ ansiedade incômoda, sintomas de ansiedade espontaneamente verbalizados e difíceis de aliviar
- 3 Acentuada ___ ansiedade muito incômoda e fonte de sofrimento considerável para o paciente

Desgaste

Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- | | |
|-----------|------------------------------|
| 0 Nenhum | 3 Moderado |
| 1 Mínimo | 4 Acentuado |
| 2 Pequeno | 5 Muito acentuado ou extremo |

F) ELAÇÃO/EUFORIA

(NA)

O paciente parece muito animado ou feliz sem razão aparente? Não estou me referindo à alegria normal de ver amigos, ganhar presentes ou passar tempo com gente da família. Quero saber se o paciente apresenta um bom-humor persistentemente anormal ou acha graça de coisas que os outros não acham.

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente parece se sentir bem demais ou excessivamente feliz em comparação ao seu normal? _____
2. O paciente acha graça e ri de coisas que os outros não acham engraçado? _____
3. O paciente parece ter um senso de humor pueril, com tendência a zombar ou rir de modo inapropriado (como quando alguma coisa infeliz acontece com alguém)? _____
4. O paciente conta piadas ou faz comentários pouco engraçados para os outros, mas parecem engraçados para ele? _____
5. O paciente faz artes, como beliscar os outros e brincar de se esconder só para se divertir? _____
6. O paciente se gaba ou proclama ter mais talentos ou bens do que é verdade? _____
7. O paciente exhibe algum outro sinal de se sentir exageradamente bem ou feliz? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da elação/euforia.

- Frequência
- 1 Ocasional __ menos de uma vez por semana
 - 2 Comum __ cerca de uma vez por semana
 - 3 freqüente __ várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
 - 4 Muito freqüente __ uma vez por dia ou mais

- Intensidade
- 1 Leve __ elação notada por amigos e parentes, mas não chega a incomodar
 - 2 Moderada __ elação nitidamente anormal
 - 3 Acentuada __ elação muito pronunciada; paciente eufórico, achando graça de tudo

- Desgaste Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?
- 0 Nenhum
 - 1 Mínimo
 - 2 Pequeno
 - 3 Moderado
 - 4 Acentuado
 - 5 Muito acentuado ou extremo

G) APATIA/INDIFERENÇA

(NA)

O paciente perdeu o interesse pelo mundo à sua volta? Perdeu interesse em fazer coisas ou lhe falta motivação para dar início a atividades novas? Tem sido mais difícil engajá-lo em conversas ou afazeres cotidianos? Anda apático ou indiferente?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

1. O paciente parece menos espontâneo e ativo do que o normal? _____
2. O paciente tem puxado menos conversa do que antes? _____
3. O paciente está menos carinhoso ou emotivo do que o normal? _____
4. O paciente tem contribuído menos para as atividades domésticas rotineiras? _____
5. O paciente parece menos interessado na vida e nos planos dos outros? _____
6. O paciente perdeu o interesse pelos amigos e parentes? _____
7. O paciente está menos entusiasmado em relação aos seus interesses habituais? _____
8. O paciente exibe algum outro sinal de que não liga em fazer coisas novas? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da apatia/indiferença.

- Frequência
- 1 Ocasional ___ menos de uma vez por semana
 - 2 Comum ___ cerca de uma vez por semana
 - 3 freqüente ___ várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
 - 4 Muito freqüente ___ uma vez por dia ou mais

- Intensidade
- 1 Leve ___ apatia com pouca interferência na rotina; apenas ligeiramente diferente do seu jeito de ser habitual; o paciente corresponde a incentivos de engajamento em atividades novas
 - 2 Moderada ___ apatia muito evidente; pode ser vencida por persuasão e incentivo do acompanhante; responde espontaneamente apenas a acontecimentos intensos, como visitas de parentes chegados ou membros da família
 - 3 Acentuada ___ apatia muito evidente; deixa de responder a qualquer tipo de encorajamento ou a eventos externos

- Desgaste Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?
- 0 Nenhum
 - 1 Mínimo
 - 2 Pequeno
 - 3 Moderado
 - 4 Acentuado
 - 5 Muito acentuado ou extremo

H) DESINIBIÇÃO

(NA)

O paciente parece agir impulsivamente, sem pensar? Tem feito ou dito coisas que não são feitas ou ditas em público? Tem feito coisas constrangedoras para você ou para os outros?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

1. O paciente age impulsivamente, sem considerar as conseqüências? _____
2. O paciente conversa com estranhos como se os conhecesse? _____
3. O paciente diz coisas duras para os outros ou que pode magoá-las? _____
4. O paciente diz coisas grosseiras ou faz comentários sexuais que normalmente não faria? _____
5. O paciente fala abertamente sobre assuntos muito pessoais ou particulares que normalmente não traria à público? _____
6. O paciente toma liberdades, toca ou abraça os outros de um jeito que foge ao seu caráter habitual? _____
7. O paciente exibe algum outro sinal de perda de controle sobre seus impulsos? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a freqüência e a intensidade da ansiedade.

- Freqüência
- 1 Ocasional __ menos de uma vez por semana
 - 2 Comum __ cerca de uma vez por semana
 - 3 freqüente __ várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
 - 4 Muito freqüente __ uma vez por dia ou mais

- Intensidade
orientação
- 1 Leve __ desinibição notada, mas costuma responder a redirecionamento e orientação
 - 2 Moderada __ desinibição muito evidente e difícil de ser vencida pelo acompanhante
 - 3 Acentuada __ desinibição geralmente insensível a qualquer tipo de intervenção por parte do acompanhante, constituindo fonte de embaraço ou constrangimento social

- Desgaste Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?
- | | |
|-----------|------------------------------|
| 0 Nenhum | 3 Moderado |
| 1 Mínimo | 4 Acentuado |
| 2 Pequeno | 5 Muito acentuado ou extremo |

1) IRRITAÇÃO/LABILIDADE

(NA)

O paciente fica irritado e se perturba com facilidade? Seu humor varia muito? Está anormalmente impaciente? Não nos referimos à frustração pela perda de memória ou pela incapacidade de realizar tarefas rotineiras; desejamos saber se o paciente tem andado anormalmente irritado e impaciente ou apresenta oscilações emocionais súbitas, diferentes do seu habitual.

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

1. O paciente anda de mau humor, se descontrolando à toa por coisas menores? _____
2. O paciente muda de humor de repente, de educado em um momento à zangado no outro? _____
3. O paciente apresenta lampejos imprevisíveis de raiva? _____
4. O paciente anda intolerante, reclamando de atrasos ou da demora de atividades programadas? _____
5. O paciente anda mal-humorado e irritado? _____
6. O paciente discute à toa, dificultando lidar-se com ele? _____
7. O paciente exhibe outros sinais de irritação? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da irritação/labilidade.

- Frequência
- 1 Ocasional __ menos de uma vez por semana
 - 2 Comum __ cerca de uma vez por semana
 - 3 freqüente __ várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
 - 4 Muito freqüente __ uma vez por dia ou mais

- Intensidade
- 1 Leve __ irritação ou labilidade notadas, mas costuma responder a redirecionamento e orientação
 - 2 Moderada __ irritação ou labilidade muito evidentes e difícil de serem controladas pelo acompanhante
 - 3 Acentuada __ irritação ou labilidade muito evidentes, deixa de responder a qualquer tipo de intervenção do acompanhante, constituindo fonte de desgaste acentuado

- Desgaste
- Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?
- | | |
|-----------|------------------------------|
| 0 Nenhum | 3 Moderado |
| 1 Mínimo | 4 Acentuado |
| 2 Pequeno | 5 Muito acentuado ou extremo |

J) COMPORTAMENTO MOTOR ABERRANTE

(NA)

O paciente perambula a esmo, faz coisas repetidas como abrir e fechar gavetas ou armários, remexe as coisas à sua volta repetidamente ou fica dando nós em fios e barbantes?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

1. O paciente perambula pela casa sem razão aparente? _____
2. O paciente vasculha gavetas ou armários? _____
3. O paciente se veste e despe repetidamente? _____
4. O paciente desempenha atividades ou "hábitos" repetitivos continuamente? _____
5. O paciente se engaja em atividades repetitivas, como manipular seus botões, mexer em coisas, dar nós em barbantes, etc.? _____
6. O paciente se mexe muito, não consegue ficar sentado, bate com os pés ou os dedos o tempo todo? _____
7. O paciente desempenha alguma outra atividade de maneira repetitiva sobre a qual não conversamos? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da ansiedade.

- Frequência
- 1 Ocasional — menos de uma vez por semana
 - 2 Comum — cerca de uma vez por semana
 - 3 freqüente — várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
 - 4 Muito freqüente — uma vez por dia ou mais

- Intensidade
- 1 Leve — atividade motora anormal notada, com pouca interferência nas atividades cotidianas
 - 2 Moderada — atividade motora anormal muito evidente, mas pode ser controlada pelo acompanhante
 - 3 Acentuada — atividade motora anormal muito evidente, geralmente insensível às intervenções do acompanhante, constituindo fonte significativa de desgaste

- Desgaste
- Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?
- 0 Nenhum
 - 1 Mínimo
 - 2 Pequeno
 - 3 Moderado
 - 4 Acentuado
 - 5 Muito acentuado ou extremo

L)SONO

(NA)

O paciente tem tido dificuldade em dormir (não considere se apenas levanta uma ou duas vezes à noite para ir ao banheiro e volta logo a dormir)? Fica de pé à noite? Perambula à noite, se veste ou perturba seu sono?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

1. O paciente tem dificuldade em pegar no sono? _____
2. O paciente levanta à noite (não considere se apenas levanta uma ou duas vezes à noite para ir ao banheiro e volta logo a dormir)? _____
3. O paciente perambula, anda de um lado a outro ou se envolve em atividades inapropriadas à noite? _____
4. O paciente o acorda à noite? _____
5. O paciente acorda, se veste e faz menção de sair, pensando que já amanheceu e está na hora de começar o dia? _____
6. O paciente acorda cedo demais de manhã (antes da sua hora habitual)? _____
7. O paciente dorme demais de dia? _____
8. O paciente apresenta algum outro comportamento noturno que o incomoda e sobre o qual não falamos? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade do distúrbio de comportamento noturno.

- Frequência
- 1 Ocasional — menos de uma vez por semana
 - 2 Comum — cerca de uma vez por semana
 - 3 freqüente — várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
 - 4 Muito freqüente — uma vez por dia ou mais

- Intensidade
- 1 Leve — comportamentos noturnos presentes, todavia não particularmente perturbadores
 - 2 Moderada — comportamentos noturnos perturbam o paciente e o sono do acompanhante; mais de um tipo de comportamento pode estar presente
 - 3 Acentuada — comportamentos noturnos de vários tipos podem estar presentes; o paciente se mostra extremamente perturbado à noite e o sono do acompanhante é muito prejudicado

- Desgaste
- Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?
- 0 Nenhum
 - 1 Mínimo
 - 2 Pequeno
 - 3 Moderado
 - 4 Acentuado
 - 5 Muito acentuado ou extremo

M) APETITE E DISTÚRBIOS ALIMENTARES

(NA)

O paciente apresentou algum distúrbio do apetite, peso ou mudança alimentar (considere NA se estiver incapacitado e precisar ser alimentado)? Houve alguma diferença em suas preferências alimentares?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

1. O paciente tem tido menos apetite? _____
2. O paciente tem tido mais apetite? _____
3. O paciente perdeu peso? _____
4. O paciente ganhou peso? _____
5. O paciente apresentou alguma mudança no comportamento alimentar, como colocar muita comida na boca de uma só vez? _____
6. O paciente apresentou alguma mudança no tipo de comida que gosta, como doces em excesso ou outros tipos específicos de alimento? _____
7. O paciente desenvolveu comportamentos alimentares novos, como comer exatamente os mesmos tipos de coisas todos os dias ou ingerir os alimentos exatamente na mesma ordem? _____
8. O paciente apresentou alguma outra alteração de apetite ou alimentar sobre a qual não conversamos? _____

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da ansiedade.

<u>Frequência</u>	1	Ocasional	—	menos de uma vez por semana
	2	Comum	—	cerca de uma vez por semana
	3	freqüente	—	várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
	4	Muito freqüente	—	uma vez por dia ou mais

<u>Intensidade</u>	1	Leve	—	alterações de apetite ou alimentares que não ocasionam incômodo ou aumento de peso
	2	Moderada	—	alterações de apetite ou alimentares que ocasionam pequenas variações de peso
	3	Acentuada	—	alterações de apetite ou alimentares evidentes, ocasionando variações de peso, embaraço ou outros problemas para o paciente

Desgaste Qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

0	Nenhum	3	Moderado
1	Mínimo	4	Acentuado
2	Pequeno	5	Muito acentuado ou extremo

