

Curso de Capacitação
Saúde Mental



Módulo 3:
Clínica da Atenção Psicossocial

Unidade 5:
DEMÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR - UNASUS / UFMA

COORDENADORA GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENADOR ADJUNTO

Eurides Florindo Castro Jr.

COORDENADORA DO CURSO

Christiana Leal Salgado

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO

João Carlos Raposo Moreira

COORDENADOR DE DESIGN

Hudson Francisco de A. C. Santos

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins

COORDENADORA PEDAGÓGICA

Patrícia Maria Abreu Machado

COORDENADORA TUTORIA

Maiara Marques Leite

COORDENADORA EXECUTIVA

Fátima Gatinho

PRODUÇÃO

REVISÃO ORTOGRÁFICA

João Carlos Raposo Moreira

REVISÃO TÉCNICA

Christiana Leal Salgado Patrícia

Maria Abreu Machado

DESIGN GRÁFICO

Douglas Brandão França Junior

DESIGN INSTRUCIONAL

Christiana Leal Salgado

Luan Passos Cardoso

Patrícia Maria Abreu Machado

ORGANIZADORES

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Christiana Leal Salgado

Hermano Tavares

Patrícia Maria Abreu Machado

Rodrigo de Silva Dias



Saúde Mental

Cássio Machado de Campos Bottino

Copyright © UFMA/UNASUS, 2013

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias No 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Adaptação

Janete Valois Ferreira Serra

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva.
(CRB 13ª Região Nº Registro – 453).

Universidade Federal do Maranhão

**Demência/Cássio Machado de Campos Bottino (Org.) - São Luís,
2013**

15f.: il.

1. Estado mental patológico. 2. Demência. 3. Síndromes demenciais. 4. UNASUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emilia Figueiredo de. II. Salgado, Christiana Leal. III. Tavares, Hermano. IV. Machado, Patrícia Maria de Abreu. V. Dias, Rodrigo da Silva. VI. Título.

CDU 616.89

Autor

Cássio Machado de Campos Bottino

Doutor em medicina na área de concentração: Psiquiatria, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Livre Docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenador do Programa Terceira Idade - Instituto de Psiquiatria (PROTER) -HCFMUSP, e do Centro de Referência em Distúrbios Cognitivos (CEREDIC). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria Geriátrica.

Apresentação

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é um programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas e serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do Sistema Único de Saúde. A concepção e implantação do programa é interfederativa.

Este livro faz parte do Curso de Capacitação em Saúde Mental, destinado aos profissionais de saúde que atuam no CAPS, PSF, NASF e nos demais Dispositivos da Rede de Assistência a Saúde Mental do SUS. É uma iniciativa pioneira na área da Saúde Mental, que utiliza as tecnologias educacionais para disponibilizar um programa de qualificação profissional, gerando, no exercício de sua prática, novas competências e posturas adequadas ao modelo de atenção.

A Universidade Federal do Maranhão - UFMA, por meio da UNA-SUS, e em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP), estão associando as tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a este curso materiais educacionais de alta qualidade, que facilitem e enriqueçam a dinâmica do ensino- aprendizagem.

A rede colaborativa, proposta pela UNA-SUS, funciona por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional e cooperação para o desenvolvimento e a implementação de novas tecnologias educacionais em saúde. É uma rede compartilhada de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para a certificação educacional compartilhada. Dessa forma é possível levar a cada trabalhador de saúde oportunidades de aprendizado, como material para auto-instrução, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais. O uso de técnicas de educação a distância minimiza a necessidade de deslocamento da cidade ou da região do trabalhador.

Esperamos que o leitor aprecie este material instrucional, tanto quanto a equipe UNA-SUS apreciou a sua elaboração e produção.

Abrace esse desafio e seja bem-vindo a este curso!!!!

Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Ph.D.

Coordenadora Geral UNA-SUS/UFMA

Christiana Leal Salgado, MSc

Coordenadora dos Cursos- Saúde Mental UNA-SUS/UFMA

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	DIAGNÓSTICO	7
2.1	Sinais e sintomas que podem indicar avaliação para quadro demencial	8
3	CLASSIFICAÇÃO	10
3.1	Demência por Corpos de Lewy (DCL)	10
3.2	Demência Frontotemporal (DFT)	10
3.3	Doença de Pick	10
3.4	Demência Vascular	10
3.5	Doença de Alzheimer	10
	REFERÊNCIAS	10

1 - APRESENTAÇÃO

Demência é um transtorno cognitivo que causa o empobrecimento gradual do funcionamento do cérebro afetando a capacidade de julgar, a memória, a linguagem e outros processos cognitivos (BARLOW, 2009). O desenvolvimento dos sintomas pode trazer limitações para a vida diária do paciente. Além das dificuldades cognitivas estão presentes, simultaneamente, distúrbios emocionais e de comportamento. Diversos sintomas se apresentam, entre eles: alteração de humor, delírios, alucinações, marasmo, irritabilidade, desinibição, ansiedade, agressividade verbal e física, andar incessante, insônia, alterações no apetite e do comportamento sexual (ARAÚJO; NICOLI, 2010).

O autor acima aponta que as demências são resultantes de uma série de estressores

genéticos e ambientais, que variam com o tempo, idade e cada indivíduo acometido. As demências acometem parte da população pré-senil e senil de todo o mundo; além disso, sua incidência vem crescendo rapidamente. As demências ocorrem mais frequentemente em indivíduos idosos e a prevalência de demência dobra a cada cinco anos a partir dos 65 anos de idade. Alguns estudos apontam maior prevalência entre mulheres (BARLOW, 2009). O conhecimento abrangente das demências pode ajudar no seu diagnóstico precoce e promover melhores condições de vida para o indivíduo acometido, o que na maioria das vezes não ocorre, devido à falta de conhecimento da sociedade sobre as diversas patologias demenciais.

2 - DIAGNÓSTICO

Os critérios para o diagnóstico incluem o comprometimento da memória e outro distúrbio cognitivo, que interferem diretamente na autonomia do indivíduo. A abordagem do paciente com demência inclui a avaliação clínica e cognitiva bem como a capacidade em desenvolver atividades diárias devido às alterações sócio comportamentais. A gravidade global do quadro exige a constatação da deterioração ou declínio cognitivo em relação à condição prévia do indivíduo (ABREU; FLORENZA; BARROS, 2005). O diagnóstico diferencial das demências se baseia na história clínica, nos exames laboratoriais e de imagem, no exame neurológico e na diferenciação do

perfil característico à avaliação neuropsicológica (ARAÚJO; NICOLI, 2010).

A tomografia computadorizada ou ressonância magnética tem a finalidade de excluir outras possibilidades diagnósticas, além de comorbidades, enquanto a eletroencefalografia é recomendada, em especial, quando o diagnóstico permanecer em aberto após avaliações clínicas iniciais (NITRINI et al., 2005). Segundo o DSM IV, o déficit cognitivo deve compreender alteração de memória associada à alteração, em pelo menos, outro domínio cognitivo, como praxia (capacidade de realizar atividades motoras), linguagem, funções executivas ou gnosia (capacidade de reconhecer

ou identificar objetos). Smid (2008) aponta que devemos suspeitar de quadro demencial quando o paciente apresentar alterações cognitivas (principalmente perda de memória), sintomas psiquiátricos, alterações de personalidade, mudanças no comportamento ou diminuição na capacidade de realizar atividades da vida diária.

2.1 Sinais e sintomas que podem indicar avaliação para quadro demencial

Alterações cognitivas: diminuição de memória, dificuldade em compreender comunicação escrita ou verbal, dificuldade em encontrar as palavras, esquecimento de fatos de conhecimento comum (por exemplo, nome do presidente);

Sintomas psiquiátricos: apatia, depressão, ansiedade, insônia, desconfiança, delírios, paranoia, alucinações;

Alterações de personalidade: comportamentos inapropriados, desinteresse, isolamento social, ataques explosivos, frustração excessiva;

Mudanças no comportamento: agitação, inquietude, deambulação durante a noite;

Diminuição de capacidade de realizar atividades da vida diária: dificuldade em dirigir, se perder constantemente, dificuldade em cozinhar, cuidado pessoal ruim, problemas com compras e no trabalho (SMID, 2008).

Deve-se questionar à família sobre as alterações de memória, orientação, capacidade de realizar atividades diárias, incluindo trabalho, questões financeiras e cuidados pessoais, assim como sintomas associados a doenças clínicas ou neurológicas e medicações utilizadas, pois algumas podem comprometer as funções cognitivas).

Existem testes padronizados para avaliar as diferentes funções cognitivas disponíveis os quais constituem bons métodos de rastreamento e acompanhamento de quadros demenciais. Entretanto, apresentam algumas limitações, como o fato de serem influenciados pela idade e escolaridade. Na prática clínica, o teste mais utilizado é o **Mini - Exame do Estado Mental (MEEM)**.

Mini - Exame do Estado Mental (MEEM)

Área cognitiva Avaliada	Comandos de avaliação	Pontos
Orientação Temporal	Perguntar qual o (a): Ano - Estação - Mês - Dia - Dia da semana . (1,0 ponto para cada acerto)	0 a 5
Orientação Espacial	Perguntar qual o (a): Estado - Rua - Cidade - Local - Andar . (1,0 ponto para cada acerto)	0 a 5
Registro	O examinador nomeia 3 palavras comuns (por exemplo, CARRO, VASO, BOLA). Em seguida, pede-se que o paciente repita as 3 palavras apresentadas. (1,0 ponto por cada acerto) Permita 5 tentativas até o paciente aprender as 3 palavras, mas pontua-se apenas a primeira tentativa.	0 a 3

Atenção e Cálculo		Peça para subtrair 7 de 100 sucessivamente (5 vezes): 100 - 93 - 86 - 79 - 72 - 65 (1,0 por cada acerto) Se não atingir o escore máximo, peça para que solete a palavra MUNDO . Corrija os erros de soletração e então peça para que solete a palavra MUNDO de trás para frente. Computar 1,0 ponto para cada letra na posição correta. Considerar o maior resultado obtido no cálculo ou na soletração da palavra	0 a 5
Memória de Evocação		Peça para o paciente repetir as 3 palavras aprendidas anteriormente. (1,0 ponto por cada acerto)	0 a 3
Linguagem	1º teste	Apontar o LÁPIS e perguntar o que é. Fazer o mesmo com o RELÓGIO . (1,0 ponto por cada acerto)	0 a 2
	2º teste	Pedir para repetir a seguinte frase: NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ . (1,0 ponto por cada acerto)	0 a 1
	3º teste	Peça para que execute a seguinte tarefa: PEGUE ESTE PAPEL COM A MÃO DIREITA (pausa), COM AS DUAS MÃOS DOBRE-O AO MEIO UMA VEZ (pausa) E EM SEGUIDA JOGUE-O NO CHÃO . Computar 1,0 ponto a cada comando correto.	0 a 3
	4º teste	Escrever em uma folha de papel o seguinte comando: FECHE OS OLHOS . Peça para o paciente ler e obedecer ao comando. (1,0 ponto por cada acerto)	0 a 1
	5º teste	Peça para o paciente escrever uma frase completa. (1,0 ponto se conseguir)	0 a 1
	6º teste	Peça para que copie o seguinte desenho: (1,0 ponto por acerto)	0 a 1
	Considerado normal acima de 23 pontos.		Pontuação final

Fonte: FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, v.12, n.3, p. 189-98,1975.

Nesse exame, é considerado um resultado normal o escore acima de 23, lembrando novamente que os resultados são influenciados pela idade e escolaridade. Se houver dúvida após avaliação clínica e

aplicação do teste pode-se solicitar uma avaliação neuropsicológica para um psicólogo especializado, o que ajudará a definir com precisão o tamanho do déficit e qual a função cognitiva com maior comprometimento.

3 CLASSIFICAÇÃO

Segundo Araújo; Nicoli (2010) as síndromes demenciais podem ser classificadas em duas categorias:

- **Não degenerativas** - decorrentes de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, tumores, dentre outras patologias.
- **Degenerativas** - origem de problemas na estrutura cerebral, como a Doença de Alzheimer e Doença de Huntington.

3.1 Demência por Corpos de Lewy (DCL)

Está associada à terceira causa mais frequente de demência. É caracterizada por quadros em que ocorrem oscilações dos déficits cognitivos em questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem formadas e detalhadas recorrentes; podem apresentar sintomas parkinsonianos leves que não respondem bem à medicação antiparkinsoniana, já que os pacientes normalmente não apresentam tremor, mas apresentam rigidez e distúrbio na marcha (CARVALHO, 2000).

3.2 Demência Frontotemporal (DFT)

O seu início apresenta-se variável de caráter progressivo, com discreto comprometimento da memória episódica, com importantes alterações comportamentais, de personalidade e alterações na linguagem. As alterações comportamentais podem ser: isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, sinais de hiperoralidade, descuido da higiene corporal, sintomas depressivos, estereotípias motoras, exploração incontida de objetos no ambiente, distraibilidade (GALLUCCI NETO; TAMELINI, 2005).

3.3 Doença de Pick

Forma de degeneração cerebral que atinge a massa cinzenta e branca, com áreas de atrofia cerebral que acomete principalmente pessoas de 45 a 65 anos. Para diagnosticá-la utilizam-se os seguintes critérios: o da demência progressiva, com predominância de características como euforia, deterioração do comportamento afetivo e social, apatia ou inquietação, podendo ainda ter precedente de comprometimento da memória (BOTTINO, 2003).

3.4 Demência Vascolar

Refere-se a quadros demenciais desencadeados por doenças cerebrovasculares, pode ser classificada como a segunda maior causa de quadros demenciais. Um acidente vascular ocorre quando os vasos cerebrais ficam bloqueados ou sofrem danos e ficam impedidos de levar oxigênio e outros nutrientes para certas áreas do tecido cerebral. Normalmente apresenta um início mais agudo que a doença de Alzheimer. A deterioração ocorre em etapas, com pioras abruptas seguidas de períodos de estabilidade (BARLOW, 2009).

Segundo Machado (2006); Caramelli; Barbosa (2002) a apresentação clínica depende da causa e da localização do infarto cerebral, sendo que os fatores de riscos estão relacionados à idade, hipertensão, diabetes, tabagismo, doenças cardiovasculares e cerebrais, dislipidemias, dentre outros. O diagnóstico se baseia em história clínica, avaliação neuropsicológica e exames de neuroimagem. A realização do diagnóstico diferencial é importante para a identificação do tipo de Demência, como ocorre com o quadro de Demência Mista, que se caracteriza pela ocorrência simultânea de características e sintomas da Doença de Al-

zheimer e da Demência Vascular (GALLUCCI NET; TAMELINI, 2005).

3.5 Doença de Alzheimer

É a causa de maior prevalência no grupo etário pré-senil e senil, e seu aumento gradual é observado com o envelhecimento da população (ARAUJO, 2010). É representada por respostas cognitivas incoerentes devido a seu comprometimento cerebral extenso. Tem início insidioso (não claro) e com deterioração progressiva, sendo o prejuízo de memória é o evento clínico de maior magnitude inicialmente. Os principais sintomas são: incapacidade de absorver novas informações, esquecimento de eventos importantes e perdas de objetos, tendência ao desinteresse social e o isolamento, como consequência. Podem se tornar agitados, confusos, deprimidos e ansiosos. O diagnóstico definitivo somente pode ser feito com autópsia (BARLOW, 2009).

Segundo Gallucci Neto; Tamelini (2005) pode ser dividida em três estágios: **estágio inicial**, com duração de dois a três anos, com sintomas vagos e difusos, em que há perda de memória episódica e grande dificuldade de aprendizagem de novos eventos. Evolui gradualmente, levando a prejuízos mais sérios das funções cognitivas: como o julgamento, raciocínio, ha-

bilidades visuo-espaciais. (CARAMELLI; BARBOSA, 2002). Este comprometimento é responsável pela perda da autonomia e capacidade decisória, além de afetar o funcionamento ocupacional e social de cada indivíduo.

No **estágio intermediário**, (02 a 10 anos), ocorrerá progressivamente a alteração ou perda da capacidade de falar ou de compreender a linguagem falada e/ou escrita (afasia), dificuldade na nomeação de objetos e na forma de expressar ideias e palavras (agnosia), incapacidade de executar movimentos voluntários coordenados, embora as funções musculares e sensoriais estejam conservadas (apraxia). Além deste pode ocorrer alterações na postura, aumento no tônus muscular, comprometimento da marcha e desequilíbrio (ARAUJO; NICOLI, 2010).

No **estágio terminal**, (08 a 12 anos), todas as funções cerebrais estão amplamente afetadas, verificando-se alterações marcantes no ciclo sono-vigília, alterações comportamentais, irritabilidade, agressividade, sintomas psicóticos, incapacidade para deambular, falar e realizar cuidados pessoais, ou seja, com progressiva deterioração da memória e da execução das Atividades da Vida Diária (AVD's). Isto caracteriza o caráter degenerativo irreversível da doença (ARAUJO; NICOLI, 2010).

REFERÊNCIAS

ABREU, Izabel Dutra de; FORLENZA, Orestes Vicente; BARROS, Hélio Lauar de. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. psiquiatr. clín.** v. 32, n.3, p.131-136, jun. 2005.

ARAÚJO, Claudia Lysia; NICOLI, Juliana Silva. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. **Revista Kairós Gerontologia**, v.13, n.1, p.231-44, jun. 2010.

BARLOW, David H. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

BOTTINO, C.M.C. Diagnóstico precoce da Doença de Alzheimer: contribuição da neuroimagem estrutural. **Rev. psiquiatr. clín.**, v.30, n.3, p.100-1, 2003.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.2, n.1, p.7-10, abr. 2002.

CAMPOS, Cássio Machado. **Demências**. São Luís: UNASUS, 2012.

CARVALHO, A.M. **Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idosos**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo, SP, 2000.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, v.12, n.3, p. 189-98, 1975.

GALLUCCI NETO, José; TAMELINI, Melissa Garcia; FORLENZA, Orestes Vicente. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. psiquiatr. clín.** v.32, n.3, p.119-30, jun.2005.

MACHADO, J.C.B. Doença de Alzheimer. In: Freitas, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 260-279.

NITRINI, Ricardo et al. 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. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.63, n.3, p.720-7, set. 2005.

SMID, Jerusa. **Demências**. Porto Alegre, RS, 2008. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1341/demencias.htm>>. Acesso em: 17 set. 2013.