

PAULO RENATO CANINEU

**PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIAS NA
POPULAÇÃO DE PACIENTES IDOSOS
(≥ 60 ANOS) INTERNADOS NO SERVIÇO DE
SAÚDE "DR. CÂNDIDO FERREIRA"
DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**

**CAMPINAS - SP
2001**

PAULO RENATO CANINEU

**PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIAS NA
POPULAÇÃO DE PACIENTES IDOSOS
(≥ 60 ANOS) INTERNADOS NO SERVIÇO DE
SAÚDE "DR. CÂNDIDO FERREIRA"
DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**

TESE APRESENTADA À FACULDADE DE
EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CAMPINAS - UNICAMP PARA OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE DOUTOR EM EDUCAÇÃO - ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO: GERONTOLOGIA.

ORIENTADOR: PROF. DR. BENJITO FERREIRA DAMASCENO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
CAMPINAS - SP**

2001

**CATALOGAÇÃO NA FONTE ELABORADA PELA BIBLIOTECA
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP
Bibliotecário Rosemary Passos - CRB-8ª/5751**

C163p Canineu, Paulo Renato.
Prevalência de demências na população de pacientes idosos (>=60 anos) internados no serviço de saúde "Dr. Cândido Ferreira" da prefeitura municipal de Campinas / Paulo Renato Canineu. -- Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Benito Pereira Damasceno.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Demência. 2. Idosos. 3. Hospitais psiquiátricos.
4. Alzheimer, Doença de. 5. *Declínio cognitivo. I. Damasceno, Benito Pereira. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é fruto de um investimento de quatro anos de luta visando maior conhecimento científico na área do envelhecimento não apenas do ponto de vista médico, mas em todos os outros aspectos que constituem a gerontologia.

Englobou uma vivência ampla com vários tipos de pessoas, com diferentes idades e anseios as quais realmente proporcionaram um aprendizado que nunca terá fim.

Cada um contribuiu de formas diferentes, mas com igual importância nesta caminhada: os professores da UNICAMP que balizaram os caminhos, coordenados pela Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri que com seu ideal e dedicação, foi a maior responsável por esta jornada; Prof. Dr. Benito Pereira Damasceno orientador principal deste estudo o qual motivou e conduziu-me pelos caminhos do estudo das demências; colegas e amigos do curso de pós-graduação que compartilharam não só o aprendizado, mas o ideal de saber mais sobre o envelhecimento e sua realidade; diretoria clínica do SSCF e seus funcionários que facilitaram a realização dos estudos dentro da instituição; funcionários do setor de radiologia e tomografia do HC - UNICAMP bem como do laboratório central que abriram os caminhos para a realização dos exames laboratoriais e de neuroimagem; aos pacientes idosos psiquiátricos que foram o objetivo do trabalho, que na sua posição de amigos prediletos de Deus, proporcionaram gratuitamente toda essa experiência de aprendizado; as pessoas que me acompanharam por todo esse caminho, secretárias, funcionários e hóspedes da Aldeia de Emaús, amigos, familiares pela amizade e compreensão perenes; e minha grande amiga e colaboradora Srta. Maria Cibele, responsável por toda técnica de confecção desse manuscrito pela sua disponibilidade, amizade e dedicação.

Especialmente a minha esposa Maria, meus doze filhos, nora e netos e meus pais, responsáveis diretos pela minha razão de viver, compartilhando todos os momentos alegres e difíceis vividos nestes últimos anos.

Ao Deus que confio, que me concedeu a vida e a inteligência para lutar por um mundo melhor e mais cheio de sentido.

P.R. Canineu, julho 2001

APRESENTAÇÃO

Este trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa realizada no Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” da Prefeitura Municipal de Campinas com o objetivo de estudar os pacientes idosos lá internados, verificando-se seus diagnósticos psiquiátricos, bem como o estado cognitivo de cada um deles naquele momento, a fim de identificar os portadores de demência.

O estudo fez parte do curso de pós-graduação em gerontologia iniciado em abril de 1997, inserido na linha de pesquisa sobre envelhecimento psiconeurológico normal e patológico.

A finalidade subjacente desta discussão é a de chamar a atenção para uma realidade existente, mas pouco considerada, que é o envelhecimento dentro das unidades psiquiátricas. Esses idosos têm peculiaridades que devem ser conhecidas e abordadas interdisciplinarmente, para que se possa oferecer uma melhor qualidade de vida a tais pacientes apesar de todas as suas fragilidades.

Em uma época em que se muito fala a respeito do envelhecimento, é importante observá-lo de modo abrangente, considerando sua ocorrência também nas instituições de longa permanência, como é o caso de algumas unidades psiquiátricas. Apesar do movimento mundial de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, muitos indivíduos permanecem internados, envelhecendo ali. Como esta é uma população fragilizada e esquecida pelas suas próprias características, merece uma abordagem especial, tanto do ponto de vista diagnóstico como terapêutico.

A partir deste estudo pretende-se um despertar para a realidade do envelhecimento em unidades psiquiátricas e que possa ser um ponto de partida para outros estudos a serem realizados em outras instituições brasileiras, para quem sabe mais tarde, ter-se condições de mapear o envelhecimento dentro destas instituições com suas características e peculiaridades.

RESUMO

Este estudo se propõe a verificar a prevalência de demência em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, em um hospital psiquiátrico da Prefeitura Municipal de Campinas Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”. Entende-se por demência todo o estado de deterioração mental, geralmente de caráter progressivo, com perdas das habilidades cognitivas e emocionais suficientes para interferirem na vida diária e na qualidade de vida. As demências constituem síndromes que ocorrem de maneira crescente na população geral, muito pouco se sabendo de sua ocorrência em hospitais psiquiátricos. Não existe estudo semelhante na literatura nacional, podendo, então, abrir um campo de interesse à neuropsicogeriatría. Além da verificação da prevalência de demências, também se buscou estabelecer a prevalência de idosos naquele hospital, com suas características, prevalência de distúrbios cognitivos com suas respectivas etiologias e fases evolutivas. Desta forma, este estudo também visa contribuir com a equipe médica do hospital no sentido de alertar para a presença desta síndrome e de fornecer subsídios para condutas diagnósticas e terapêuticas mais específicas, além de despertar o interesse para os idosos psiquiátricos e suas peculiaridades. O estudo se realizou em duas etapas: na primeira, todos os idosos foram submetidos a uma anamnese, exame clínico geral, exame neurológico, exame psiquiátrico, mini-exame do estado mental de Folstein e avaliação da capacidade funcional; na segunda, foram selecionados os pacientes com distúrbios cognitivos que preencheram os critérios para demência segundo o DSM-IV, sendo estes submetidos a uma bateria de exames laboratoriais e tomografia computadorizada cerebral, para diagnóstico das possíveis etiologias. No total de 142 pacientes internados havia 46 idosos (≥ 60 anos), dos quais 23 preencheram os critérios de demência (16,2% da população internada). No grupo com demência, 82,6% eram analfabetos ou semianalfabetos. A etiologia mais prevalente foi a provável doença de Alzheimer (47,8%), seguida de provável demência vascular (39,1%) e de outras causas (13,1%). Entre os idosos, 60,9% tinham diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia. Todos os pacientes tiveram declínio cognitivo moderadamente grave a muito grave. Em conclusão, constatou-se que um terço dos pacientes internados neste hospital psiquiátrico crônico era constituído de idosos, dos quais metade preencheu os critérios para demência merecendo uma abordagem especial devido à sua maior fragilidade e comorbidade.

SUMMARY

The objective of this study was to verify prevalence of dementia in elderly inpatients (age ≥ 60 years) of a psychiatric hospital of Campinas (Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira). Dementia is a mental deterioration, usually progressive, with disturbances of emotional and cognitive abilities, which are severe enough to interfere in daily life activities. Dementia syndromes occur with increasing frequency in old population, but little is known about its occurrence among psychiatric hospitals inpatients. Since there is no similar published study in Brazil, this one may open an interesting research field in geriatric neuropsychiatry. Objectives: to establish the prevalence of elderly in that hospital and the frequency of dementia with its characteristics, etiologies and severity. This study also aims to contribute to the hospitals medical staff calling the attention for the presence of this syndrome and helping them with more specific diagnostic and therapeutic measures. This study consisted of two phases: 1 – every elderly passed through medical history, clinical-neurological-psychiatric examination, mini mental state examination of Folstein and evaluation of abilities of daily life; 2 – then, patients with cognitive disturbances (satisfying DSM-IV criteria for dementia) were selected and submitted to laboratories exams and CT-scan for diagnosis of possible etiologies. In the total of 142 inpatients, there were 46 elderly (age ≥ 60 years), of which 23 satisfied criteria for dementia (16,2% of the whole population of inpatients). In the group with dementia, 82,6% were illiterate or could hardly write their names. The most prevalent etiology was probable Alzheimer’s disease (47,8%), followed by probable vascular dementia (39,1%) and others causes (13,1%). Among the elderly inpatients, 60,9% had psychiatry diagnosis of schizophrenia. In conclusion, it was verified that one third of inpatients of this chronic psychiatric hospital consisted of elderly, of which 50% were demented, requiring special clinical and neuropsychiatry approaches due to their great fragility and co morbidity.

Lista de Siglas

APA.....	: Associação Americana de Psiquiatria
AVC	: Acidente vascular cerebral
AVCi	: Acidente vascular cerebral isquêmico
CAMDEX	: Cambridge Mental Disorders of Elderly Examination
CERAD	: Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease
CID-10.....	: Classificação Internacional de Doenças - 10a. Edição
CT-Scan	: Computadorized tomography scan
DA	: Doença de Alzheimer
dp.....	: Desvio padrão
DPOC	: Doença pulmonar obstrutiva crônica
DSM-IV.....	: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4a. edição
E.U.A.	: Estados Unidos da América
EQZ.....	: Esquizofrenia
F	: Razão F
Gama GT	: Gama glutamil transferase
HAS.....	: Hipertensão arterial sistêmica
HC – UNICAMP.....	: Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas
ICC	: Insuficiência cardíaca congestiva.
IRC	: Insuficiência renal crônica
M	: Média
M.E.....	: Memória de evocação recente
MEEM.....	: Mini-exame do estado mental
n.d.n.....	: Nada digno de nota

NINCDS-ADRDA	: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association
NINDS – AIREN	: National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association Internationale pour la Recherche et L’Enseignement En Neurosciences.
NINH.....	: Instituto Nacional de Saúde Mental Americana
NOT.....	: Núcleo de Oficinas de Trabalho
O.E.	: Orientação Espacial
O.T.	: Orientação temporal
OMS	: Organização Mundial de Saúde
PET-SCAN.....	: Tomografia por emissão de positrons
r	: Razão
R.N.M.....	: Ressonância nuclear magnética
SIDA	: Síndrome da imunodeficiência adquirida
sign.....	: Significância
SPECT.....	: Tomografia por emissão de fóton único.
SSCF	: Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”
SUS	: Sistema único de Saúde
T.C.C.....	: Tomografia computadorizada cerebral
T3	: Triiodotironina
T4 - livre.....	: Tiroxina livre
TBC.....	: Tuberculose
TGO.....	: Transaminase glutâmico oxaloacética
TGP	: Transaminase glutâmico pirúvica
TSH	: Hormônio tireotrófico
UNICAMP	: Universidade Estadual de Campinas
VBR.....	: Ventricular brain ratio

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1 PRINCIPAIS TIPOS DE DEMÊNCIA	5
2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA	6
3 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	9
4 EXAME FÍSICO E NEUROLÓGICO	11
5 EXAME PSIQUIÁTRICO	11
6 NEUROIMAGEM: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CEREBRAL (TCC)	12
7 ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA EM DIFERENTES POPULAÇÕES	14
8 O IDOSO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	18
9 AS PRINCIPAIS DOENÇAS EM IDOSOS DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	21
OBJETIVOS	31
MÉTODO	33
1 A INSTITUIÇÃO	33
2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	34
3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	37
4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	37
RESULTADOS	39
1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS CONFORME AS VARIÁVEIS GÊNERO, IDADE, ESCOLARIDADE, TEMPO DE RESIDÊNCIA NA INSTITUIÇÃO E DURAÇÃO DA DOENÇA PSIQUIÁTRICA PREEXISTENTE	40
2 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO O CRITÉRIO DE PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE DEMÊNCIA	44
2.1 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PELO MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN (FOLSTEIN ET AL, 1975), MODIFICADO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE BERTOLUCCI (BERTOLUCCI ET AL, 1994)	44
2.2 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS POR INTERMÉDIO DA ESCALA DE CAPACIDADE FUNCIONAL DE KATZ	48
2.3 RESULTADOS CLÍNICOS DOS PACIENTES QUE PREENCHERAM OS CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA	52
2.4 ACHADOS DOS EXAMES CLÍNICO, NEUROLÓGICO E PSIQUIÁTRICO NOS PACIENTES	75
2.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS E COMPARAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE OS GRUPOS DE PORTADORES E DE NÃO-PORTADORES DE DEMÊNCIA	78
3 ANÁLISE DA ETIOLOGIA DA DEMÊNCIA SEGUNDO OS CRITÉRIOS LABORATORIAIS DE NEUROIMAGEM E CLÍNICOS (OBSERVAÇÃO CLÍNICA, CRITÉRIOS DO DSM-IV, CRITÉRIOS DO NINCDS-ADRDA E DO NINDS-AIREN)	82
3.1 ACHADOS LABORATORIAIS	83
3.2 ACHADOS DA NEUROIMAGEM	83
3.3 ETIOLOGIA PROVÁVEL DOS PACIENTES QUE PREENCHERAM OS CRITÉRIOS PARA DEMÊNCIA	86
4 ANÁLISE DA GRAVIDADE DA DEMÊNCIA, SEGUNDO A ESCALA DE DETERIORAÇÃO GLOBAL (GDS) DE REISBERG	89
DISCUSSÃO	92
CONCLUSÕES	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	134

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Caracterização da população idosa segundo os critérios de gênero, escolaridade, tempo de internação e duração da doença psiquiátrica.....	41
Figura 2. Valores médios e variabilidade para as variáveis idade, tempo de internação e duração da doença psiquiátrica preexistente para mulheres e homens idosos	42
Figura 3. Distribuição das doenças psiquiátricas entre os idosos.....	43
Figura 4. Distribuição de doenças não-psiquiátricas entre os idosos.....	43
Figura 5. Distribuição dos escores totais dos idosos no MEEM (N = 38).....	45
Figura 6. Escores médios dos idosos classificados como portadores e não-portadores de déficits cognitivos, segundo seu desempenho no MEEM	46
Figura 7. Valores médios e variabilidade dos escores obtidos no MEEM pelos idosos portadores e não-portadores de déficits cognitivos no MEEM.....	47
Figura 8. Desempenho dos idosos na escala de Katz (N = 46)	49
Figura 9. Desempenho na escala de Katz, dos portadores (N = 24) e dos não-portadores (N = 14) de déficits cognitivos, segundo os critérios do MEEM.....	50
Figura 10. Valores médios e variabilidade das respostas dos idosos portadores e não-portadores de déficits cognitivos na escala deKatz	51
Figura 11. Distribuição das doenças psiquiátricas entre os portadores e os não-portadores de demência	78
Figura 12 - Distribuição dos portadores e não-portadores de demência conforme o gênero	79
Figura 13 - Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme as faixas etárias.....	80
Figura 14 – Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme o grau de escolaridade.....	80
Figura 15 - Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme seu tempo de internação	81
Figura 16 - Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme a duração da doença psiquiátrica	81
Figura 17 – Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme a pontuação no MEEM	82
Figura 18 – Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme a pontuação na escala de Katz	82
Figura 19. Porcentagem de ocorrência de demências com origem única e mista	88
Figura 20. Distribuição dos pacientes portadores de demência segundo a etiologia única e mista ...	89
Figura 21 . Porcentagem de casos por gravidade das demências	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Comparação entre os portadores e não-portadores de déficits cognitivos quanto ao seu desempenho no MEEM.....	48
Tabela 2 - Correlações entre o desempenho dos idosos no MEEM e gênero, idade, tempo de internação e duração de doenças psiquiátricas preexistente nos idosos	48
Tabela 3 - Resultados da análise de variância entre os valores observados no MEEM e os resultados no Katz, por gênero, idade, tempo de internação e duração das doenças psiquiátricas preexistentes	49
Tabela 4 - Comparação entre os achados neurológicos mais freqüentes nos pacientes portadores e não-portadores de demência	75
Tabela 5 - Comparação entre os achados mais freqüentes no exame psicocomportamental dos portadores e dos não-portadores de demência	76
Tabela 6 – Doenças psiquiátricas encontradas nos pacientes portadores e não-portadores de demência	76
Tabela 7 - Comparação entre as doenças secundárias mais freqüentes nos pacientes portadores e não-portadores de demência	77
Tabela 8 – Resumo dos achados mais freqüentes na tomografia computadorizada cerebral dos pacientes portadores de demência.....	84
Tabela 9 - Resultados Da Tomografia Computadorizada Cerebral De 23 Pacientes Portadores De Demência	85
Tabela 10 - Provável diagnóstico etiológico da demência	86
Tabela 11 - Provável diagnóstico etiológico das demências nos pacientes ≥ 60 anos, em diferentes faixas etárias	87
Tabela 12 - Resultados dos testes de correlação de postos entre a grau de gravidade da demência e as pontuações no MEEM e na escala de Katz.....	90

LISTA DE ANEXOS

1	RESUMOS CLÍNICOS DOS PACIENTES QUE NÃO PREENCHERAM OS CRITÉRIOS PARA DEMÊNCIA .	135
2	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA DO TIPO ALZHEIMER – DSM-IV	158
3	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA VASCULAR – DSM-IV	159
4	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA DEVIDO A OUTRAS CONDIÇÕES MÉDICO GERAIS – DSM-IV	160
5	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA PERSISTENTE INDUZIDA POR SUBSTÂNCIA – DSM-IV	161
6	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA DEVIDO A MÚLTIPLAS ETIOLOGIAS – DSM-IV	162
7	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA VASCULAR SEGUNDO O NINDS/AIREN - NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE AND THE ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT EN NEUROSCIENCES	163
8	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DOENÇA DE ALZHEIMER SEGUNDO O NINCDS/ADRDA - NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE AND THE ALZHEIMER'S DISEASE AND RELATED DISORDERS ASSOCIATION	164
9	ESCALA DE DETERIORAÇÃO GLOBAL (GDS).....	165
10	ÍNDICE DE KATZ – INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.....	167
11	MINI EXAME DO ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN	168
12	PROTOCOLO DE PESQUISA	170
13	INSTRUÇÕES PARA O EXAME NEUROLÓGICO – AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA HC-UNICAMP.....	171

INTRODUÇÃO

As demências constituem síndromes clínicas caracterizadas pela perda das habilidades cognitivas e emocionais adquiridas, suficientemente graves para interferirem na vida diária de seus portadores (Associação Americana de Psiquiatria, 1994 e 1995). Sendo mais prevalentes nos idosos, pois incidem de forma crescente com o aumento da idade, elas vêm se tornando um problema de saúde pública na medida em que aumenta a longevidade das populações. Daí ressalta-se a importância do conhecimento das características desse distúrbio para um diagnóstico mais preciso e uma orientação mais segura, uma vez que assume proporções cada vez maiores e leva a uma sobrecarga social e familiar. (HOFMAN, et al, 1991; CUMMINGS, 1998)

Existem muitos estudos epidemiológicos sobre demências realizados em várias regiões do mundo; no entanto, o número ainda é pequeno quando comparado ao dos estudos de outras afecções comuns na velhice, tais como doenças cardiovasculares, osteoporose e neoplasias. A maior parte dos estudos analisa os idosos que vivem em comunidade, utilizando-se de prevalência. Há variações percentuais de prevalência decorrentes das diferentes metodologias utilizadas nos diversos protocolos, dos critérios diagnósticos consideradas, da gravidade de sintomas para estadiamento, da idade média dos grupos estudados, da inclusão ou não de idosos institucionalizados (ARONSON, et al., 1991; HEEREN, et al., 1991; BACHMAN, et al., 1993; SKOOG, et al., 1993; CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGEING, 1994; EBLY, et al., 1994; KOMAHASHI, et al., 1994; VAN DUIJN, 1996; WHITE, et al., 1996; HENDRIE, 1998; HERRERA JUNIOR, et al., 1998; LIU, 1998; ANDERSEN, et al., 1999).

Nos Estados Unidos (EUA), a prevalência de estados demenciais dobra a cada 5 anos a partir da sexta década da vida, existindo uma prevalência de 1% aos 60 anos de idade, crescendo para 40% após os 85 anos (HOFMAN, et al, 1991; CUMMINGS, 1998). Esses dados dizem respeito especialmente a doença de Alzheimer, que é a mais comum das formas de demência nesse país. Dados europeus também indicam a mesma ocorrência: 1% dos 60 aos 64 anos, e 32,2% após os 90 anos (HOFMAN, et al, 1991; CUMMINGS, 1998).

Estima-se que no mundo inteiro existam atualmente cerca de 11 milhões de pessoas

portadoras doenças de Alzheimer. A projeção é de que esse número dobre até 2025. Um estudo realizado em 1998 pela Associação Americana da Doença de Alzheimer mostrou que essa doença custa anualmente US\$ 33 bilhões, sendo US\$ 26 bilhões relacionados ao absenteísmo dos cuidadores e US\$ 7 bilhões com o custo da assistência. Não existem dados mundiais nem brasileiros sobre o impacto financeiro da doença de Alzheimer sobre a sociedade (OMS, 2001).

No Brasil, existem também alguns estudos sobre a prevalência de distúrbios cognitivos: num trabalho realizado por VERAS e COUTINHO (VERAS; COUTINHO, 1991, 1994; VERAS, 1994) com idosos residentes no Rio de Janeiro, evidenciou-se uma prevalência média de comprometimento cognitivo de 15%, com variações amplas entre os diversos distritos¹ (por exemplo, 5,9% em Copacabana, 29,8% em Santa Cruz). O risco de deficiência cognitiva aumentava 1,4 vez na faixa etária compreendida entre 70 e 79 anos e 3,8 vezes para a faixa etária de 80 anos ou mais, quando comparada aos idosos com idade entre 60 e 69 anos. O aumento do risco foi 20% maior em mulheres e 7 vezes maior em indivíduos da classe socioeconômica mais baixa.

Há outros trabalhos a respeito de prevalência de comprometimento cognitivo no Brasil. Em Porto Alegre, SILBERMAN et al. (1995) constataram uma prevalência de 29%; em São Paulo, RAMOS e et al. (1998) identificaram também uma prevalência de 29% em idosos com mais de 65 anos, sendo 33% entre mulheres e 22% entre os homens; na cidade de Catanduva, HERRERA JUNIOR e et al. (1998) verificaram uma prevalência de 7,1% , com variações entre 1,3% dos 65 aos 69 anos e 36,9% após os 84 anos. Houve também o predomínio entre as mulheres (duas para cada homem) e em analfabetos (11,8%), em comparação com sujeitos com escolaridade superior a 8 anos (2%). Neste estudo o diagnóstico de doença de Alzheimer ocorreu em 54,1% dos casos e o de demência vascular em 14,4% (SILBERMAM, 1995; RAMOS, 1998, HERRERA JUNIOR, 1998).

Com esse número crescente de indivíduos que desenvolvem quadros demenciais e com suas progressivas limitações, aumenta a possibilidade de institucionalização desses pacientes a fim de que recebam cuidados mais específicos e diminua a sobrecarga social e familiar. Isso vai

¹ O comprometimento cognitivo foi relacionado a fatores socioeconômicos e culturais das amostras analisadas.

contra o movimento de desinstitucionalização que ocorreu logo após a Segunda Guerra Mundial na Europa e EUA, onde novas propostas da assistência psiquiátrica surgiram, trazendo para a comunidade outras estratégias assistenciais.

Antes da desinstitucionalização, os hospitais estatais americanos abrigavam um grande número de pacientes idosos, com doença de Alzheimer e doenças relacionadas. Uma grande parte dos pacientes tinha sido lá internada como resultado de problemas sociais, econômicos ou problemas da própria saúde geral relacionados à senilidade, não havendo, na ocasião, outras alternativas de tratamento. Entre as novas estratégias propostas para esses pacientes institucionalizados há longo tempo surgiu a possibilidade de uso do hospital geral, como forma de atendimento mais rápido e mais econômico (MOAK, 1990). Houve aumento acentuado das “nursing homes”, também como alternativa, levando muitos desses pacientes a serem transferidos (ROVNER, et al., 1986). Embora o processo de desinstitucionalização tenha trazido resultados positivos e oportunidade de recuperação e ressocialização aos pacientes psiquiátricos, uma parcela não se beneficiou desse processo, em virtude de dificuldades e equívocos na implantação e no desenvolvimento de centros comunitários, que acabaram priorizando o tratamento de pacientes menos graves e mais jovens (KOBRYNSKI; MILLER, 1970).

Dessa forma, muitos pacientes retornaram para as instituições psiquiátricas e permaneceram internados cronicamente e outros nem chegaram a sair de lá. Constituem os chamados “crônicos” ou “moradores”, sendo que lá envelheceram e hoje se encontram em situação diferente daquela que apresentavam quando foram internados anos atrás. Muitos foram perdendo os vínculos com o mundo exterior, pelas rupturas familiares e pelo abandono.

Esses pacientes idosos precisam ser identificados e estudados, pois têm peculiaridades ocasionadas pelo longo tempo de permanência nas unidades psiquiátricas, longe do convívio social. Assim como a prevalência de demência cresce ao longo do processo de envelhecimento que ocorre na comunidade, torna-se interessante conhecer se o mesmo ocorre na população institucionalizada. Também pelo fato de terem transtornos psiquiátricos prévios, é interessante estudar a prevalência de demência com suas etiologias, seu estadiamento e sua repercussão na capacidade funcional desses idosos. A própria instituição pode se beneficiar

dessas informações, porque conhecendo melhor seus moradores, poderá estabelecer protocolos para diagnóstico e manejo de tais pacientes e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dentro dela. Também poderá racionalizar os gastos de manutenção e tratamento desses pacientes, prevenindo complicações e evitando internações clínicas e cirúrgicas desnecessárias, além de valorizar o envelhecimento dentro da própria unidade.

Inspirado por essa realidade, ou seja, pelo envelhecimento que também ocorre em instituições psiquiátricas que possuem pacientes de longa permanência e pela escassez de estudos na literatura nacional e internacional a respeito da prevalência de demências nesses hospitais, surgiu esta proposição de estudo, objetivando conhecer esta população envelhecida e marginalizada com seus diagnósticos psiquiátricos e suas complicações. Como a existência de pacientes crônicos com longa permanência em unidades psiquiátricas é uma realidade também em nosso país, foi escolhida uma instituição psiquiátrica brasileira para este estudo. Para isso foi necessário separar os pacientes com 60 anos ou mais, idade considerada como o início da velhice segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984), nos países em desenvolvimento. Esses pacientes foram então estudados por meio de um protocolo clínico, para o estabelecimento de diagnóstico e etiologia, considerando os obstáculos naturais encontrados nessa população, tais como: as próprias doenças psiquiátricas presentes, as limitações cognitivas e comportamentais, a fragilidade de muitos desses pacientes, as dificuldades de obtenção de informações mais específicas pela ausência de familiares; ainda assim, elas puderam ser superadas, fornecendo informações científicas úteis a respeito das peculiaridades do envelhecimento em unidades psiquiátricas.

Para entender-se melhor a natureza deste estudo, é importante conhecer melhor as demências, com seus critérios de diagnóstico, sua prevalência em diferentes populações, alguns estudos realizados no exterior e no Brasil a respeito da sua prevalência em instituições psiquiátricas, as principais doenças e algumas características do envelhecimento nessas unidades. A partir daí, teremos as bases necessárias para o entendimento deste estudo.

1 PRINCIPAIS TIPOS DE DEMÊNCIA

A forma mais comum de demência é a doença de Alzheimer, responsável por mais de 50% dos casos, especialmente após os 60 anos.. A segunda mais freqüente é a demência vascular, causada por doença cerebrovascular e associada a arterites, aterosclerose, hipertensão arterial sistêmica, diabetes e cardiopatias embolizantes. Esses dois tipos de demência podem estar associados em 10% dos casos, especialmente nos mais idosos, constituindo a demência mista. Além dessas duas etiologias mais comuns, degenerativa e vascular respectivamente, existem outras causas menos freqüentes, tais como: inflamatória, infecciosa, metabólica, traumática, tóxica e neoplásica (SOININEM; HEINONEN, 1982; SULKAVA, et al, 1983; MAYERUX, et al, 1985; KHACHATURIAN, 1985; CUMMINGS et al, 1986; NEARY et al, 1986; KATZMAN, 1986; CHANDRA et al, 1987; WADE et al, 1987; BERG, 1988; HYMAM et al, 1989; LEYS et al, 1989; BAYLES, 1991; BURNS et al, 1991; DAVOUS et al, 1992; LARSON et al, 1992; KAPLAN et al, 1997). O abuso de álcool também pode contribuir para o desenvolvimento de demência. Embora a esquizofrenia não seja apontada como fator causal, ela pode ocasionar também perda das habilidades cognitivas, especialmente nas formas em que predominam os chamados sintomas negativos² com isolamento social de longa duração (MOAK; FISHER, 1990).

O comprometimento intelectual na demência desenvolve-se ao longo do tempo com perda das funções mentais anteriormente adquiridas de forma progressiva e irreversível na maioria das vezes. As mudanças envolvem especialmente a cognição, comprometendo a memória, a linguagem e as funções viso-espaciais, havendo também alterações comportamentais.

As demências podem ser classificadas como corticais ou subcorticais, dependendo da região cerebral comprometida. As corticais englobam a doença de Alzheimer, de Creutzfeldt-Jacob e a de Pick, manifestadas principalmente por afasia, agnosia e apraxia. As subcorticais englobam a coréia de Huntington, doença de Parkinson, a hidrocefalia de pressão normal, a demência por multiinfartos e doença de Wilson, associadas a distúrbios do movimento, apraxia da marcha, retardo psicomotor, apatia e mutismo acinético.

² Sintomas negativos = embotamento afetivo, afeto inadequado. Alogia (pobreza da fala e pobreza do conteúdo da fala), apatia, anedonia, falta de atenção social.

Quadro 1 - Transtornos que podem produzir demência

Doença de Alzheimer

Demência Vascular

Múltiplos Infartos (chamada de demência por multiinfartos)

Lacunar

Doença de Binswanger

Microinfarto cortical

Drogas e toxinas (incluindo demência alcoólica crônica)

Massas intracranianas – tumores, massas subdurais, abscessos cerebrais.

Anóxia

Traumatismo Craniano

Traumatismo Craniano

Demência do Pugilística

Hidrocefalia de Pressão Normal

Transtornos neurodegenerativos

Doença de Parkinson

Doença de Huntington

Paralisia supranuclear progressiva

Doença de Pick

Esclerose lateral amiotrófica

Degenerações espinocerebelares

Degeneração olivopontocerebelar

Oftalmoplegia mais

Leucodistrofia metacromática (forma adulta)

Doença de Hallervorden-Spatz

Doença de Wilson

Infecções

Doença de Creutzfeldt-Jacob

SIDA

Encefalite viral

Leucoencefalopatia multifocal progressiva

Síndrome de Behcet

Neurossífilis

Meningite bacteriana crônica

Meningite criptocócica

Outras meningites fúngicas

Transtornos nutricionais

Síndrome de Wernicke-Korsakoff (deficiência de tiamina)

Deficiência de vitamina B12

Deficiência de folato

Pelagra

Doença de Marchiafava-Bignami

? Deficiência de Zinco

Transtornos metabólicos

Leucodistrofia metacromática

Leucodistrofia adrenal

Demência por diálise

continua

Hipotireoidismo e hipertireoidismo

continuação

Insuficiência renal severa

Síndrome de Cushing

Insuficiência hepática

Doença da Paratireóide

Transtornos inflamatórios crônicos

Lupus e outros transtornos vasculares do colágeno com vasculite intracerebral

Esclerose Múltipla

Doença de Whipple

Tabela extraída de M. Rosser. Dementia. In *Diseases of the nervous system clinical neurobiology*. 2º A. K.Asbury, G. M. McKhann, W.I. McDonald, editors, p. 789. Saunders, Philadelphia, 1992.

2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA

Não existe um teste específico “padrão ouro” para se estabelecer o diagnóstico de demência. Os critérios mais amplamente utilizados encontram-se no “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais”, em sua 4ª edição da ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (DSM-IV). (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995). Entre eles tem-se:

A1. Comprometimento da Memória

A2. Comprometimento de, pelo menos, uma outra função cognitiva:

Linguagem;

Praxias;

Gnosias;

Funções executivas;

B. Os déficits cognitivos causam significativo comprometimento social e ocupacional e representam declínio significativo no nível de funcionamento anterior.

C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente durante episódio de *delirium*.

D. O quadro pode estar relacionado a uma condição médica geral, aos efeitos persistentes de alguma substância (incluindo toxinas), ou a uma combinação desses dois fatores.

Para o diagnóstico de demência, há necessidade de uma sistematização clínica:

- a. História clínica – com um membro da família ou outro cuidador que esteja familiarizado com o paciente;
- b. Avaliação cognitiva com realização de testes para cada um dos vários aspectos da cognição: memória, linguagem, habilidades motoras, habilidade construcional, atenção, julgamento e pensamento abstrato. Estes constituem os testes chamados neuropsicológicos;
- c. Exame físico geral, neurológico e psiquiátrico;
- d. Investigação laboratorial: entre outros exames, T3, T4 e TSH; dosagem da vitamina B₁₂ plasmática, ácido fólico e outros exames bioquímicos;
- e. Investigação por imagens: tomografia computadorizada do cérebro, ressonância nuclear magnética, PET e SPECT;
- f. Repetição das avaliações em vários meses sucessivos se o diagnóstico ficou incerto.

De acordo com os critérios do DSM-IV (e em outros, como, por exemplo, no CID-10), o comprometimento da memória é fundamental para o diagnóstico de demência. Segundo CUMMINGS e BENSON (1986), a demência configura-se a partir do comprometimento de três das seguintes esferas da atividade mental: linguagem, memória, funcionamento viso-espacial, cognição (abstração, juízo, habilidades matemáticas, funções executivas) e personalidade ou emotividade (CUMMINGS; BENSON, 1986). Para O'CONNOR et al (1990) e DEPTULA et al (1993) em seus estudos comparando jovens e idosos, a idade modula a relação entre estado emocional e a função da memória, de forma que no processo de envelhecimento há maior susceptibilidade ao efeito adverso do estado emocional nas funções de memória, representada por maior indecisão, diminuição da concentração e alentecimento mental (O'CONNOR et al, 1990; DEPTULA et al, 1993).

3 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

O Mini-exame do Estado Mental (MEEM) de Folstein (FOSLSTEIN et al, 1975) é um exame utilizado internacionalmente para verificar as funções cognitivas, avaliando brevemente a orientação temporal e espacial, concentração, memória recente, linguagem e praxias, constituindo-se numa das avaliações mais estudadas e utilizadas por pesquisadores de diversos países, pois serve como forma de rastreamento da função cognitiva. Não dá o diagnóstico de demência, mas sugere alterações cognitivas (KLEIN et al, 1985; ESCOBAR et al, 1986; MAGAZINER et al, 1987; FARBER et al, 1988; FILLENBAUN et al, 1988; SALMON et al, 1989; BRAYNE; CALLOWAY et al, 1990; GALASKO et al, 1990; GIORDANE et al, 1990; HEEREN et al, 1991; JAGGER et al, 1992; YLIKOSKI et al, 1992; CRUM et al, 1993; GRUT et al, 1993; BERTOLUCCI et al, 1994).

O MEEM é um teste simples de rápida aplicação, passível de reaplicação. Dispensa material complementar e conhecimento especializado. É amplamente utilizado em todo o mundo, fazendo parte de baterias mais amplas, como o CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease) (DAVIDSON et al; 1995) e também por ter sua confiabilidade confirmada em diversas comparações com os outros testes (TSUANG et al, 1979; HARDING, et al, 1987; BREIER et al, 1991). Sofre influência especialmente do nível de escolaridade. Estudos prévios já demonstravam associação entre educação e os escores do MEEM. (CIOMPI; MILLER, 1976; JOHNSTONE, 1981; HARDING et al, 1987; MCGLASHAN, 1988; WYATT, 1991; HARDING et al, 1992; SCHAIE, 1992; BERTOLUCCI et al, 1994).

Embora o MEEM seja um método seguro para uma avaliação global do déficit cognitivo de pacientes idosos, seu uso na esquizofrenia ainda não foi validado. No entanto, mostra-se também confiável para uma caracterização mais profunda da deterioração cognitiva nesses pacientes, sendo aplicado em diversos estudos que envolvem essa população dentro e fora de unidades psiquiátricas (HARVEY et al, 1992)

A limitação maior desse teste, especialmente em nosso país, diz respeito à escolaridade, pois foi idealizado para uma população com pelo menos 8 anos de escolaridade (ALMEIDA, 1998). De acordo com BERQUÓ et al (1988) no censo de 1980, 50% dos

brasileiros com 60 anos ou mais eram analfabetos e do restante, apenas cerca de metade completou o curso primário. Assim, houve necessidade de encontrar notas de corte adequadas à nossa população (BERQUÓ; LEITE, 1988). BERTOLUCCI et al em 1994, em estudo realizado em São Paulo, propuseram nota de corte de 13 para analfabetos e 18 para aqueles com menos de 8 anos de escolaridade. Com essas adaptações, o valor de corte de 13 proporcionou uma sensibilidade de 82,4% e especificidade de 97,5%; para o ponto de corte 18, os valores seriam de 75,6% e 96,6% respectivamente (BERTOLUCCI et al, 1994).

Existem outros testes referidos na literatura, entre eles o CAMDEX (Cambridge Mental Disorders of Elderly Examination), constituindo um instrumento de avaliação diagnóstica desenvolvido como uma entrevista estruturada, com o objetivo de diagnosticar e quantificar a demência em pacientes idosos (ROTH et al, 1986). Suas vantagens em relação a outros instrumentos de avaliação diagnóstica estruturada ou semi-estruturada são suas capacidades de avaliar o estado mental e físico prévio do paciente, além de fornecer dados sobre o início e a progressão dos déficits cognitivos. É composto por várias seções:

- a. **Seção A:** entrevista estruturada com o paciente sobre seu estado atual (mental e físico), seus antecedentes pessoais e familiares.
- b. **Seção B:** teste cognitivo com 67 itens (CAMCOG), incluindo o MEEM, que avalia orientação, linguagem, memória, praxia, atenção, pensamento abstrato, percepção e cálculo;
- c. **Seção C:** observações do examinador sobre o estado do paciente;
- d. **Seção D:** exame físico e neurológico;
- e. **Seção E:** exames laboratoriais e radiológicos;
- f. **Seção F:** registro das medicações atualmente em uso;
- g. **Seção G:** outras informações adicionais relevantes obtidas durante a entrevista;
- h. **Seção H:** entrevista estruturada com familiar ou informante, que conheça bem o paciente, incluindo a escala de demência de Blessed, para quantificar a

gravidade da demência. (BLESSED et al, 1968).

Constitui-se numa avaliação muito completa para pacientes com comprometimento cognitivo, no entanto, não é muito apropriado para idosos psiquiátricos, em virtude da dificuldade desses pacientes em aderir a esse tipo de teste.

4 EXAME FÍSICO E NEUROLÓGICO

Os exames físico e neurológico são importantes para o diagnóstico etiológico de demência. Por meio do exame físico, podemos reconhecer endocrinopatias, vasculopatias, insuficiência renal e pulmonar, intoxicações, distúrbios carenciais e doenças infecciosas, todas estas podendo levar a uma síndrome demencial.

O aparecimento de sinais focais no exame neurológico é importante na diferenciação das demências vascular e degenerativa. A presença de sinais de frontalização, como desinibição dos reflexos primitivos, pode ser de utilidade no diagnóstico de demência fronto-temporal. A presença de sinais extrapiramidais, como marcha alterada com pequenos passos e rigidez, pode ser de utilidade no diagnóstico de demência parkinsoniana ou demência por corpúsculos de Lewy.

5 EXAME PSIQUIÁTRICO

Na avaliação de pacientes com distúrbios cognitivos, é essencial obter uma história psiquiátrica e proceder a um exame psiquiátrico simples.

Muitas síndromes psiquiátricas resultam de uma doença neurológica cerebral (p.ex., quando a demência vascular predispõe à depressão); por outro lado, as doenças psiquiátricas podem exacerbar distúrbios cognitivos (p.ex., a pseudodemência da depressão).

O exame psiquiátrico breve deve incluir a verificação da aparência do paciente, seu comportamento, sua atitude perante o examinador, seu estado de humor, o processo do pensamento e a presença ou ausência de alterações da percepção (ALEXOPOULOS; MATTIS,

S., 1991).

Quadro 2 - ESBOÇO DO EXAME DO ESTADO MENTAL

-
- I. Descrição geral
 - A. Aparência
 - B. Comportamento e atividade psicomotora
 - C. Atitude acerca do examinador
 - II. Humor e afeto
 - A. Humor
 - B. Afeto
 - C. Adequação
 - III. Fala
 - IV. Perturbação da percepção
 - V. Pensamento
 - A. Processo ou forma do pensamento
 - B. Conteúdo do pensamento
 - VI. Sensorio e cognição
 - A. Alerta e nível da consciência
 - B. Orientação
 - C. Memória
 - D. Concentração
 - E. Pensamento Abstrato
 - F. Fundo de informações e inteligência
 - VII. Controle de impulsos
 - VIII. Julgamento e *insight*
 - IX. Confiabilidade

Quadro extraído de KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. Compêndio de psiquiatria. In: *Exame clínico do paciente psiquiátrico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997 p. 267.

6 NEUROIMAGEM: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CEREBRAL (TCC)

A TCC não diagnostica demência, mas se constitui num exame complementar muito útil na detecção de suas causas, como processos expansivos, hidrocefalia de pressão normal e doenças cerebrovasculares.

Em demência do tipo Alzheimer, permite avaliar a presença de atrofia cortical e subcortical, além do aumento do tamanho dos ventrículos causados pela atrofia cerebral (DE LEON et al, 1979; SOININEM, 1982; DAMASIO et al., 1983; GEORGE et al, 1983; ERKINJUNTI et al, 1984; LEYS, 1989; BURNS,1991). Há maior especificidade quando são feitas tomografias seqüenciais, percebendo-se a atrofia progressiva (BRINKMAN; LARGEN,

1984; LUXENBERG et al, 1987).

Em relação às demências vasculares, a tomografia cerebral é importante para evidenciar os infartos únicos em posição estratégica ou em áreas que poderiam causar demência, ou, então, múltiplas áreas de comprometimento, auxiliando na diferenciação com a doença de Alzheimer. Também se observa com frequência a hipodensidade da substância branca periventricular, que também poderia ser causada por áreas de infarto e desmielinização secundária. Isso tem sido denominado leucoaraiose - termo este sugerido por Hachinski (ERKINJUNTI, 1984, 1987; GUPTA. et al, 1988).

Portanto, a tomografia computadorizada cerebral continua sendo um exame complementar útil no diagnóstico diferencial das síndromes demenciais. No entanto, limitada, pois nem sempre permite distinguir as alterações que ocorrem nas demências daquelas que acompanham o envelhecimento normal, especialmente quando realizadas em uma única ocasião, para cada paciente. (LUXENBERG, et al, 1987; SOENINEM; HEINONEM, 1982).

Em relação à esquizofrenia, a tomografia computadorizada cerebral não apresenta alterações específicas. KRAEPELIN, em última edição de seu tratado, levanta a hipótese de que, na demência precoce, possivelmente ocorre uma destruição de células do córtex cerebral (KRAEPELIN, 1919). Essa hipótese baseava-se nos achados do seu anatomopatologista Alois Alzheimer, que encontrou alterações na distribuição neuronal das camadas mais profundas do córtex. Nos anos 60, sua hipótese foi parcialmente confirmada, através da pneumoencefalografia, que evidenciou especialmente alteração subcortical (dilatação ventricular) em cérebros de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (ANSINK et al, 1969; LIDDLE, 1995; SCHARNAGEL, 1999).

Na década de 1970, JOHNSTONE et al comparam cérebros de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia com o grupo de pacientes controles normais, mediante tomografia computadorizada, observando graus significativamente maiores de dilatação no sistema ventricular dos doentes (CROW; MITCHELL, 1975; JOHNSTONE et al, 1976; FRITH, 1977). Outros estudos realizados mais tarde constataram os mesmos resultados de Johnstone, confirmando que os pacientes com esquizofrenia apresentavam acentuado grau de dilatação do

sistema ventricular, bem como do III ventrículo. Foi introduzido inclusive um índice denominado VENTRICULAR-BRAIN RATIO (VBR), constituído pela razão entre as áreas ventriculares e cerebrais obtidas pela planimetria. Estudos de RAZ e RAZ (1990) e de VanHORN e MacMANUS (1992) identificaram uma diferença entre os esquizofrênicos e controles, medidos por um índice denominado “tamanho de efeito”. No entanto, o aumento do tamanho ventricular não ocorre somente na esquizofrenia, podendo ocorrer em pacientes com transtorno do humor (RAZ; RAZ,1990; VanHORN; MacMANUS, 1992; ELKIS et al, 1995).

De maneira geral, os achados tomográficos de atrofia cortical em pacientes com esquizofrenia, quando comparados aos controles, mostram resultados contraditórios, pois 50% dos estudos revelaram maior grau de atrofia nos esquizofrênicos, mas os outros 50% não (HUCKMAN et al, 1975; ROBERTS et al, 1976; LEWIS, 1990). Essas observações tornaram-se mais confusas em relação a pacientes idosos que já apresentavam algum grau de atrofia cerebral, independentemente de qualquer doença.

7 ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA EM DIFERENTES POPULAÇÕES

Geralmente é grande a concentração de idosos demenciados em instituições asilares, com predomínio daqueles pacientes pertencentes a um estágio mais avançado da doença, que apresentam uma dependência mais intensa de cuidadores (RUBENSTEIN, 1988; MACERA, 1991; SEVERSON, 1994). Nos EUA, cerca de um terço dos portadores de demência encontram-se institucionalizados (RABINS, 1997). Segundo estudos realizados entre 1990 e 1998, os pacientes com demência nas instituições asilares abrangiam de 37,5 a 83,5% dos casos (CHANDLER; CHANDLER, 1988; ROVNER et al., 1990; DENCKER; GOTTFRIES, 1991; ROVNER et al., 1996; BAIYEWU et al., 1997; MARTIN et al., 1997; JOSEPH; BOULT, 1998; WU et al., 1998).

A doença de Alzheimer tem sido o tipo de demência prevalente em instituições asilares, variando entre 33,6 e 40,3%. (WETTSTEIN et al, 1997; LASSER; SUNDERLAND, 1998; SENO et al, 1999). Observações efetuadas no Brasil também confirmam tais dados: num

trabalho realizado por CUNHA et al (1986) em Belo Horizonte, constatou-se que 73,7% dos quadros demenciais, em idosos residentes em 10 instituições asilares entre 60 e 100 anos de idade, eram doença de Alzheimer (CUNHA, 1986). Recente pesquisa realizada por GORZONI (1999, tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas/Santa Casa de São Paulo), em uma instituição asilar da cidade de São Paulo - Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II, mostrou que a prevalência de idosos com diagnóstico clínico de doença de Alzheimer foi de 41,4%, correlacionando-se também com os resultados descritos pela literatura (GORZONI, 1999).

ENGELHARDT et al (1998) observaram que dos 292 idosos de uma instituição asilar do Rio de Janeiro, entre 65 e 108 anos de idade, 52,4% tinham comprometimento cognitivo verificado pelo MEEM.³ No entanto, o maior percentual de demência nesse estudo foi encontrado no grupo de idosos com idade igual ou superior a 85 anos, ou seja, 67,3%, contra 43,8% nos pacientes com idade entre 65 e 84 anos (ENGELHARDT, 1998)

Complicações clínicas e psiquiátricas podem ocorrer no processo de envelhecimento, sendo na maioria das vezes controladas na comunidade ou em hospitais gerais. Existe, no entanto, uma pequena parcela de indivíduos que necessitam de intervenção especializada – e, conseqüentemente, internação - quando surgem as doenças psiquiátricas, que incidem no envelhecimento, destacando-se os transtornos afetivos, a esquizofrenia tardia, a ansiedade generalizada, as complicações da síndrome de dependência do álcool, os quadros psicóticos orgânicos e outros transtornos neuróticos severos (LIMA; TEIXEIRA, 1995).

O envelhecimento que ocorre dentro da própria unidade psiquiátrica é uma realidade. Muitos pacientes, que foram internados quando eram mais jovens, permaneceram ao longo dos anos institucionalizados pelos mais diversos motivos, de forma que hoje se encontram mais velhos e também sujeitos às complicações do próprio processo de envelhecimento (TAUBE et al, 1983; ROVNER et al., 1986).

Estudos mais aprofundados são necessários para determinar a prevalência e os tipos

³ Folstein et al, 1975 , modificado segundo os critérios propostos por Bertolucci et al (1994) para a realidade brasileira.

de doenças demenciantes na idade avançada entre idosos de longa permanência nessas unidades, os quais geralmente foram admitidos por outras doenças psiquiátricas de início mais precoce, como a esquizofrenia. Esses pacientes, sobretudo os idosos, podem apresentar quadros clínicos e comportamentais difíceis de discernir entre uma demência resultante de uma doença degenerativa de início recente (como, por exemplo, a doença de Alzheimer) e uma deterioração intelectual e funcional associada a certas doenças crônicas (como, por exemplo, a esquizofrenia), presentes em pacientes de longa institucionalização.

Pacientes idosos constituíam mais de 20% dos internos em hospitais americanos em 1984 e cerca de 5% das novas internações (MOAK; FISHER, 1990). Em estudo realizado em 1988, por esses autores, a respeito de doença de Alzheimer e doenças correlatas em hospitais psiquiátricos públicos americanos, mediante um inquérito realizado por eles em 284 unidades identificadas pelo INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL AMERICANA (NIMH) demonstrou-se que os idosos constituíam 21,6% da população psiquiátrica internada naqueles hospitais. Aproximadamente um terço de tais pacientes, (32,8%) tinha doença de Alzheimer e doenças correlatas, apesar de a confiabilidade desse diagnóstico ser questionável. A porcentagem estimada de pacientes idosos internados pela primeira vez em virtude da manifestação clínica de demência foi de 72,1%, enquanto a porcentagem que desenvolveu demência durante o processo de envelhecimento nesses hospitais foi de 27,3%.

Embora a literatura seja escassa quanto às pesquisas específicas sobre demência em hospitais psiquiátricos brasileiros, um trabalho realizado por VIANA & ROQUAYROL (1988) verificou os casos de demência registrados na CASA DE SAÚDE SÃO GERALDO (Fortaleza – CE) no período de 1978 a 1985. De 16.106 internações, 197 receberam o diagnóstico de demência, sendo 14 casos pertencentes à faixa etária de 0 a 34 anos, 56 casos pertencentes à faixa etária de 35 a 65 anos e 122 casos de pessoas com idade entre 65 a 94 anos. Dessa forma, os percentuais maiores foram encontrados na faixa etária mais avançada (65 a 94 anos) com proporções de 12,9 a 27,3%. Os valores brutos mostraram-se maiores para o gênero masculino apenas para a faixa etária com menos de 65 anos, havendo predominância de pacientes do gênero feminino nas idades mais avançadas (VIANA; ROQUAYROL, 1988).

No Brasil tem havido pronunciada desativação de leitos psiquiátricos para internação. Entre 1984 e 1996, houve decréscimo de 36% do número total desses leitos, fenômeno que atingiu mais os leitos públicos (37%) que os privados (15%) (BOTEGA, N.S., 1997). Com isso, o total de internações também vem diminuindo ao longo dos últimos anos, embora os recursos alternativos de tratamento não tenham crescido na mesma velocidade.

No ano de 1995, ocorreram 325.755 internações pelo SUS nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo; destas, 7,1% tiveram como causa psicose alcoólica, 14,9%, quadros psicóticos orgânicos, 34,6%, esquizofrenia, 3,8%, psicose afetiva, 0,3%, transtornos neuróticos, 0,2%, transtorno de personalidade e 13%, síndrome de dependência do álcool (BOTEGA, 1997). Dados de 1997 do Ministério da Saúde mostram que o Brasil tinha 69.237 leitos para internação psiquiátrica, havendo apenas 1.765 (2,5%) em hospitais gerais (BOTEGA; SCHECHTMAN, 1997). Nesses leitos, a duração média das internações era de 5 e 7 dias, sendo os diagnósticos mais encontrados: alcoolismo, transtornos depressivos, psicose orgânica e esquizofrenia.

Dados fornecidos pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS⁴ (SIH/SUS) contendo o número de internações psiquiátricas (e respectivos diagnósticos) ocorridas no Brasil, no período de janeiro de 1998 a agosto de 1999, apontam os seguintes números para as faixas etárias acima de 60 anos, para um total de 71.085 internações:

1. Demência: 6.294 casos (8,85%);
2. Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool: 8.269 casos (11,6%);
3. Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de outras substâncias psicoativas: 425 casos (0,59%);
4. Esquizofrenia (transtornos esquizotípicos e delirantes): 36.056 (50,71%);
5. Transtornos do humor (afetivos): 6.001 casos (8,44%);

⁴ SUS:MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA EXECUTIVA DATASUS, <http://datasus.saúde.gov.br/cgi/tabagi.exe?sih/rnbr.def>

6. Transtornos neuróticos e relacionados com estresse: 545 casos (0,76%);
7. Retardo Mental: 5.981 casos (8,41%);
8. Outros transtornos mentais e comportamentais: 7.517 casos (10,57%).

Como podemos observar, é grande o número de pacientes com 60 anos ou mais que são internados em nossas enfermarias psiquiátricas. Não há dados suficientes para mostrar quantos pacientes atualmente idosos foram internados quando mais jovens e lá envelheceram, constituindo os chamados “crônicos” ou “moradores”. O que se pode afirmar é que o número desses pacientes com demência é significativo, tenha esse diagnóstico sido realizado como causa ou como comorbidade em relação ao transtorno mental que motivou a internação, seja ele resultante do longo tempo de permanência do paciente no nosocômio, em virtude de alguma doença cerebral ou ao próprio envelhecimento cerebral. Sendo assim, é de grande importância que se conheça o número de pacientes institucionalizados que apresentam algum tipo de demência, seja como diagnóstico inicial de internação ou desenvolvido durante a internação.

8 O IDOSO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

A hospitalização psiquiátrica pode se constituir numa intervenção legítima para avaliação e tratamento de idosos demenciados, seja por curto ou longo período de tempo. No entanto, dúvidas e opiniões antagônicas cercam a utilização e o papel desses hospitais em relação a essa faixa etária: pouco é conhecido a respeito das razões de internação, bem como se realmente ela é apropriada para essa população. É duvidoso se pacientes idosos devem ou não serem admitidos em unidades psiquiátricas, já que suas necessidades psiquiátricas nem sempre são apreciadas. Entretanto, quando surgem os distúrbios severos de comportamento, esses hospitais tornam-se convenientes para o seu controle, mesmo porque não existem outras opções. O comportamento agressivo e a agitação psicomotora geralmente constituem as razões predominantes de internação. A desproporcionalidade do número de homens entre os pacientes com demência sugere que estes são mais agressivos e mais difíceis de serem cuidados,

representando um grande problema para a família e para a sociedade (COHEN, 1963; STOTSKY, 1967; EPSTEIN; SIMON, 1968; FRIEDMAN; LEHRMAN, 1969; KAHN, 1975; HUGHES; LINDSEY, 1980; SHERWOOD; MOR, 1980; TALBOTT, 1983; RONCH, 1987; MOAK; FISHER, 1990).

Uma definição exata da prevalência de pacientes com demência em hospitais psiquiátricos é dificultada tanto pelos problemas diagnósticos nessa população quanto pelo fato de nem sempre serem aplicados os mesmos critérios para diagnóstico e internação. Entre os pacientes residentes com longo tempo de internato, é especialmente difícil discernir quando a demência se instalou. Além disso, a deterioração intelectual e funcional pode estar associada a certas doenças mentais crônicas: há pacientes que podem ser portadores de esquizofrenia e doença de Alzheimer, esquizofrenia e demência vascular, sendo muito provável que o número desses pacientes esteja crescendo, o que constitui um grande desafio diagnóstico (MOAK; FISHER, 1990).

Um estudo realizado por TAUBE et al. (1983) com pacientes idosos internados em hospitais psiquiátricos americanos, avaliou as características dessa população. Os achados documentam a existência de uma nova população de longa permanência que é semelhante em vários aspectos à velha população de longa permanência existente antes do movimento de desinstitucionalização. Nesse estudo, os pacientes foram subdivididos em 3 grupos: um de novos pacientes de longa permanência⁵, outro de pacientes com um tempo intermediário de longa permanência⁶, e o terceiro de antigos pacientes de longa permanência⁷. No grupo de antigos pacientes de longa permanência, cerca de 60% tinham 65 anos ou mais, sendo 33% com idades entre 64 e 74 anos e 24% com 75 anos ou mais. Aproximadamente 70% deles pacientes tinham diagnóstico de esquizofrenia e 16%, de síndrome cerebral orgânica. Entre o grupo de novos pacientes de longa permanência, somente 27% tinham 75 anos ou mais. Nesse grupo foram quatro os diagnósticos mais freqüentes: esquizofrenia (45%), síndrome cerebral orgânica (26%), retardo mental (13%), e transtornos depressivos (6%) (TAUBE, 1983). Assim, tanto no grupo de

⁵ Com 1 a 5 anos de internação.

⁶ Com 5 a 19 anos de internação.

⁷ Com 20 ou mais anos de internação.

novos, quanto no de antigos pacientes de longa permanência, é grande o número de idosos que têm síndrome cerebral orgânica e que podem desenvolver síndrome demencial se permanecerem vivos.

Um dado interessante com relação a idosos em hospitais psiquiátricos diz respeito a sua sobrevivência nessas instituições. Há uma correlação muito forte entre *sobrevida* e *grau de independência*⁸; entretanto, nenhuma correlação foi encontrada entre *sobrevida* e *idade de admissão hospitalar*, ou entre *sobrevida* e *medidas neuropsicológicas de gravidade da demência* - o que demonstra a ausência do valor preditivo dos testes neuropsicológicos em pacientes institucionalizados. Dessa forma, a combinação de demência e perda das capacidades funcionais é tida como o mais importante fator preditivo de sobrevivência em instituição psiquiátrica (KAY, 1962; GOLDFARB, 1969; PECK et al., 1978; THOMPSON; EASTWOOD, 1981; SCHOENBERG et al., 1981; VITALIANO et al., 1981; DONALDSON; JAGGER, 1983; BEARD, et al., 1984; CAMPBELL et al., 1985; DIESFELDT et al., 1986; MÖSLÄ et al., 1986; MARTIN, 1987; ALBERT, 1988; VAN DIJK et al., 1991; MARTIN et al., 1997). A sobrevida de pacientes demenciados é menor que de outros pacientes institucionalizados quando comparada à daqueles que têm outras condições invalidantes.

A dependência funcional é aquela associada a déficits em capacidades funcionais (vestir-se, banhar-se, alimentar-se, usar o toailete, locomover-se e controlar os esfíncteres), podendo ser avaliada por meio de vários instrumentos de medida (por exemplo: KATZ, 1963; LAWTON e BRODY, 1969; FILLEMBBAUM e SMYER, 1981; LAWTON et al, 1982). Limitações na capacidade funcional e dificuldades para o desempenho de atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) também não implicam impedimento para o funcionamento psicossocial. Portanto, a diminuição da capacidade funcional decorrente do agravamento de doenças crônicas não impede o idoso de funcionar intelectual e socialmente, de solicitar e de oferecer ajuda a outros idosos e aos mais novos. No entanto, na presença de doenças orgânicas cerebrais (como uma demência), isso deixa de ser verdade, de maneira que a avaliação da capacidade funcional constitui uma forma de avaliar a própria evolução do idoso e seu

⁸ Medida pela habilidade de caminhar, continência (urinária e fecal) e preservação dos atos da vida diária (banhar-se, comer, vestir-se e uso adequado do toailete).

prognóstico, especialmente numa unidade psiquiátrica.

9 AS PRINCIPAIS DOENÇAS EM IDOSOS DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Os avanços na psiquiatria e as novas atitudes da sociedade em torno das doenças mentais têm sido instrumentos na transformação dos hospitais psiquiátricos de asilos para desvalidos em centros terapêuticos ativos para doenças mentais. Os hospitais psiquiátricos estão assumindo um papel mais positivo no cuidado do idoso, deixando de ser simples unidades de custódia para se tornarem instituições terapêuticas ativas. Apesar disso, a alta hospitalar para pacientes idosos que melhoraram a ponto de estarem aptos para viver na comunidade ainda tem sido lenta, em razão da escassez de serviços de suporte na própria comunidade. Os idosos que apresentam mais que uma desordem mental leve e manifestam um comportamento inaceitável para os outros, necessitam de um período maior de hospitalização e com um programa geriátrico ativo paralelo ao tratamento psiquiátrico. O perfil desses pacientes engloba aqueles agitados, desassossegados, com deambulação sem rumo, vagar noturno, incontinência (urinária e fecal), delírios e alucinações; portanto, com alto grau de dependência (COHEN, 1963; STORSKY, 1967; EPSTEIN; SIMON, 1968; FRIEDMAN.; LEHRMAN, 1969; KOBRYNSKI; MILLER, 1970; KAHN, 1975; HUGHES; LINDSEY, 1980; SHERWOOD; MOR, 1980; TALBOTT, 1983; RONCH, 1987; MOAK, 1990).

Entre os diagnósticos psiquiátricos mais freqüentes encontrados nos pacientes idosos residentes em hospitais psiquiátricos tem-se: esquizofrenia, transtornos afetivos, síndrome de dependência do álcool e retardo mental. Nota-se claramente que a grande maioria desses internos (de curto e predominantemente de longo período de tempo) é de esquizofrênicos, cujo o quadro em idade avançada assume aspectos particularmente diferentes dos apresentados pelos pacientes esquizofrênicos mais jovens. Muitos deles, bem como portadores de outras doenças psiquiátricas que permaneceram por longo tempo internados, evoluem com uma deterioração cognitiva grave e progressiva, juntamente com os distúrbios de comportamento. Em muitos deles o comprometimento cognitivo é tão acentuado que chega a assemelhar-se àquele encontrado em pacientes portadores das demências propriamente ditas (BLEULER, 1974; BELISKY;

McGLASHAN, 1993)

Os estudos referentes à esquizofrenia em pacientes idosos e suas relações com as demências não são muitos e muitas vezes com resultados conflitantes:

De acordo com JOHNSTONE et al. (1978), em estudos envolvendo esquizofrênicos crônicos institucionalizados por longo tempo, há uma relação significativa entre *área ventricular* (verificada por exame tomográfico cerebral) e *transtorno intelectual*. Seus achados sugeriram que dentro do grupo de pacientes esquizofrênicos, havia um subgrupo cuja doença podia ser considerada como esquizofrenia típica, com grave transtorno intelectual associado a uma evidente alteração estrutural do cérebro. Dessa forma, a institucionalização por si só não constituiu uma explicação para o déficit intelectual que os esquizofrênicos apresentavam; parece que esse déficit, pelo menos em parte, resultava da própria doença e não se deu, como se supunha, apenas em decorrência das condições em que tais pacientes viviam (JOHNSTONE et al., 1978).

Há diversos estudos na literatura mostrando a presença de alargamento ventricular em pacientes esquizofrênicos com maior deterioração, o que os distingue de outros pacientes psiquiátricos e mesmo de esquizofrênicos sem deterioração. Embora o aumento do tamanho ventricular geralmente esteja associado a um déficit intelectual, no caso das demências orgânicas esses achados podem refletir que o pobre desempenho em atividades intelectuais estaria mais ligado à doença cerebral orgânica secundária do que à própria esquizofrenia. Isso nos conduz à idéia de que entre os pacientes com esquizofrenia, nos quais a doença cursa sem remissões e progressivamente, há um subgrupo que apresenta aumento do tamanho ventricular, com redução da capacidade cognitiva. Se o aumento do tamanho ventricular, associado a uma maior deterioração cognitiva, é resultado da própria doença, é uma questão que ainda não pode ser respondida com base nos dados obtidos (ASANO, 1967; DAVIDSON; BAGLEY, 1969; LILLISTON, 1973; CROW; MITCHELL, 1975; HUCKMAN et al., 1975; GYLDENSTED; KOSTELJANETZ, 1976; JELLINEK, 1976; JOHNSTONE et al., 1976; FRITH 1977; JOHNSTONE et al., 1978).

DAVIDSON et al. (1995) realizaram um estudo em pacientes esquizofrênicos

cronicamente institucionalizados, focalizando principalmente a gravidade dos sintomas, com o objetivo de verificar as diferenças em relação ao déficit cognitivo em diversas faixas etárias (DAVIDSON et al, 1995). Estes autores utilizaram escalas de sintomas positivos e negativos⁹ para examinar a sintomatologia, e o MEEM¹⁰ para estabelecimento do perfil cognitivo. Foram examinados 393 pacientes institucionalizados divididos em sete diferentes grupos etários com intervalo de 10 anos, dos 25 aos 85 anos de idade. Os resultados mostraram que os pacientes idosos esquizofrênicos continuaram tendo sintomas psicóticos e não-psicóticos ao longo do processo de envelhecimento: os sintomas positivos eram moderadamente menos graves, ao passo que os negativos foram significativamente mais graves. Todos eles apresentaram déficit cognitivo global, verificado pelos baixos escores no MEEM. Os escores indicaram declínio de 1,6 a 4,6 pontos por década. Assim como em estudos anteriores (GOLDBERG et al., 1987; GOLDSTEIN et al, 1991; GOLD et al, 1992; HEATON et al., 1994), os dados não indicaram declínio semelhante a doença neurológica degenerativa: na verdade, entre os pacientes esquizofrênicos, o declínio foi significativamente maior que o do idoso não-esquizofrênico; entretanto, menor que em portadores da doença de Alzheimer. A correlação encontrada entre déficit cognitivo e sintomas negativos sugere que o déficit cognitivo grave e os sintomas negativos de esquizofrênicos ao longo do processo de envelhecimento sejam consequência de um certo tipo de esquizofrenia que apresentava sinais de dificuldades de ajustamento social, déficit cognitivo moderado e sintomas negativos desde o início de sua manifestação (BRIDGE et al, 1978; JOHNSTONE et al., 1986; KEEFE et al., 1989; McGLASHAN et al, 1992; HOFF et al., 1992; DAVIDSON et al,1995).

Nesse mesmo estudo procurou-se relacionar a gravidade do déficit cognitivo com o menor número de anos de educação formal: parece haver um substrato biológico propício para a baixa escolaridade na juventude, o que aumentaria o risco de déficit cognitivo no envelhecimento.

Verificação importante também foi feita em relação ao uso crônico de neurolépticos.

⁹ Sintomas positivos: conteúdo do pensamento (delírios); distúrbios da percepção (alucinações e manifestações comportamentais); catatonia, agitação) e Sintomas Negativos

¹⁰ Folstein, M.F., et al 1975

Apoiando-se em estudos anteriores (HEATON; CROWLEY, 1981; BUHRICH et al., 1988) demonstrou-se que o uso crônico de neurolépticos não teria nenhum efeito deletério na cognição de esquizofrênicos idosos, não importando a droga empregada. Na verdade, contribuindo para o controle dos sintomas psicológicos e das alterações comportamentais, observa-se que há melhora da atenção e, conseqüentemente, um efeito até benéfico dos neurolépticos sobre a cognição (SPOHN; STRAUSS, 1989; SERPER et al., 1990). No entanto, a administração de agentes anticolinérgicos pareceu estar associada a efeitos nocivos sobre a cognição, refletidos pelo declínio mais acentuados nos escores do MEEMI (KOO; PRICE, 1993).

Outros fatores podem ainda interferir na função cognitiva de idosos esquizofrênicos, embora as manifestações típicas da esquizofrenia nessa fase da vida estejam ainda distantes de elucidação, e apesar do conjunto de sintomas ser similar ao de idosos institucionalizados por outras doenças. Há diferenças em relação à sintomatologia de esquizofrênicos da mesma faixa etária que vivem na comunidade; observações sugerem que aqueles dentre esses pacientes que receberam alta da instituição têm função cognitiva melhor que a dos que lá permaneceram (SCHWARTZMAN, DOUGLAS, 1962; JOHNSTONE, 1981; MATHAI; GOPINATH, 1985), o que pode ser interpretado como sendo a institucionalização também responsável pela piora do comprometimento cognitivo.

Tem sido sugerido que a comorbidade existente nos pacientes idosos esquizofrênicos - tais como convulsões, déficits sensoriais severos e traumatismos cranianos - contribui e até se confunde com a sintomatologia da doença primária. Outras doenças tais como a doença de Alzheimer, multiinfartos cerebrais, doença de Parkinson, que afetam diretamente a cognição e são mais prevalentes em idosos, poderiam aumentar as diferenças entre pacientes esquizofrênicos jovens e idosos quanto a seu desempenho cognitivo. No entanto, de acordo com um estudo clínico-patológico (HAROUTUNIAN et al., 1994; POWCHIK. et al. 1993; PUROHIT et al, 1993), a autópsia do cérebro desses pacientes, mesmo quando havia graves déficits cognitivos, não demonstrou sinais de doença de Alzheimer, múltiplos infartos, corpúsculos de Lewy ou de tumores e/ou outras lesões específicas.

Os instrumentos disponíveis para a avaliação dos sintomas de pacientes

esquizofrênicos idosos podem constituir uma dificuldade metodológica: foram concebidos para avaliação de pacientes mais jovens e, por isso, apresentam limitações quanto a sua aplicação em idosos. Da mesma forma, embora o MEEM possa, com relativa confiabilidade, estabelecer a função cognitiva de esquizofrênicos idosos (HARVEY et al., 1992), é apenas um *screening*, uma vez que sua validação ainda não foi estabelecida em relação à esquizofrenia. Seriam, pois, necessárias baterias neuropsicológicas mais detalhadas. Além disso, ainda não há uma padronização estabelecida para se afirmar em que momento um déficit cognitivo global se transformou em demência: persiste o debate a cerca do grave déficit cognitivo da esquizofrenia ser considerado uma demência propriamente dita (JOHNSTONE, 1978; KIRKPATRICK et al., 1987; SAYKIN et al, 1991). Para MAYER-GROSS et al. (1954), a questão sobre a deterioração da esquizofrenia, se esta leva ou não a uma demência, “pode apenas ser respondida após a definição do conceito de demência” (MAYER-GROSS et al, 1954). Há indefinições decorrentes de significados pouco precisos atribuídos a esse conceito, seja pelo DSM-IV ou pelos neurologistas e psiquiatras (KRAEPELIN, 1919). KRAEPELIN definiu “demência precoce” como uma doença caracterizada por um declínio progressivo do funcionamento, cognitivo no qual “a memória é comparativamente pouco desordenada”. Portanto, embora KRAEPELIN soubesse que a memória fosse afetada em alguns pacientes idosos esquizofrênicos, ele não usou o termo “demência precoce” para se referir à condição na qual o prejuízo de memória fosse o sintoma central. Por outro lado, o DSM-IV coloca uma perda severa da memória como parte central e essencial na definição de demência, mas não define o ritmo do declínio ou sua fisiopatologia específica. Finalmente, na definição de demência usada por neurologistas e psiquiatras, a progressão rápida do declínio de memória é considerada essencial, e uma fisiopatologia degenerativa correspondente àquela apresentada na doença de Alzheimer deveria estar presente (McKHANN et al. 1984).

Inicialmente, a esquizofrenia foi vista como um transtorno no qual o déficit cognitivo era uma característica importante (demência precoce) (KRAEPELIN,1919). Os sintomas negativos contribuíram para essa percepção. Estudos contemporâneos demonstraram déficits cognitivos consistentes em certos subgrupos de pacientes esquizofrênicos, envolvendo principalmente tarefas neuropsicológicas consideradas sensíveis ao funcionamento do lobo

frontal. Entretanto, não está claro se tais déficits são adquiridos durante o curso da doença ou se representam habilidades cognitivas que jamais foram desenvolvidas, conforme a hipótese neurodesenvolvimental da esquizofrenia. (GOLDBERG et al, 1987).

Ainda não há dados suficientes para se afirmar que a esquizofrenia é uma doença estática e que com o envelhecimento passa a ser uma doença degenerativa. Entre os objetivos de futuros estudos de acompanhamento clínicos, bem como de investigações clínico-patológicas, estão a elaboração de instrumentos para investigação de áreas específicas de déficit cognitivo em esquizofrênicos idosos e a descrição e validação de uma definição clínica para esse déficit cognitivo grave. Tudo isso abre campo para novas definições de demência em pacientes esquizofrênicos. (HEATON et al, 1994)

Entre outras doenças psiquiátricas encontradas em tais unidades de internação, devem-se considerar os transtornos depressivos. Enquanto a prevalência de sintomas depressivos em idosos na comunidade é de cerca de 15%, nos institucionalizados é muito maior. Os sintomas podem ser diferentes daqueles de adultos mais jovens, sobretudo em virtude do aumento das queixas somáticas. No entanto, verificam-se freqüentemente características melancólicas como hipocondria, baixa auto-estima, sentimento de inutilidade e tendências auto-acusatórias, com ideação paranóide e suicida. A depressão encontrada nesses pacientes pode estar associada a uma doença física ou mental, ou também aos medicamentos que vêm sendo utilizados (JENIKE, 1989; WILLIAMS, 1989; KOENING; BREITNER, 1990; ROSEMBERG et al, 1992; ADDONÍSIO; ALEXPOULOS et al, 1983).

O transtorno bipolar, cujas manifestações iniciais surgem na meia-idade, permanece estável ao longo do envelhecimento. Há uma vulnerabilidade para recorrências de maneira que episódios maníacos podem se manifestar em idades mais avançadas. Um primeiro episódio maníaco após os 65 anos deve alertar para uma busca de causa fisiológica ou orgânica associada, assim como de efeitos colaterais de medicamentos. Os sinais e sintomas incluem um humor elevado, expansível ou irritável, diminuição do tempo de sono, distração fácil e maior impulsividade. Pode haver comportamento hostil ou paranóide, bem como transtorno cognitivo, desorientação e flutuações de consciência (KOENING et al, 1990; SALZMAN, 1990).

Os transtornos delirantes também podem ocorrer no envelhecimento, assumindo

várias formas, sendo mais comuns os delírios persecutórios. Esses idosos podem se tornar violentos em relação aos cuidadores ou a outros pacientes da instituição. Entre as causas desencadeantes estão o isolamento social a que são submetidos esses pacientes, bem como doença física, comprometimento visual e/ou auditivo. Os delírios também comumente podem acompanhar outros transtornos psiquiátricos, tais como demências, dependência do álcool, transtornos depressivos e bipolares. Também podem resultar dos próprios medicamentos utilizados, assim como serem sinais precoces de um tumor cerebral. Não é comum a parafrenia, que é um transtorno delirante de início tardio, havendo especialmente delírios de perseguição. Para alguns autores, esta seria uma variante da esquizofrenia que se manifesta a partir dos 60 anos (FRANCIS; KAPOOR, 1992).

Os transtornos da ansiedade também podem ocorrer em suas várias formas: transtorno do pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno de ansiedade generalizada. Os mais comuns são as fobias, no entanto, os sinais e sintomas são menos graves do que em indivíduos mais jovens, mas os efeitos são mais debilitantes nos idosos. As obsessões e compulsões podem aparecer pela primeira vez nessa fase mais tardia da vida: esses pacientes podem se tornar obsessivos em seu desejo de organização, podem ter compulsões para verificar coisas repetidamente, tornando-se inflexíveis e rígidos (SALZMAN, 1990).

Os transtornos somatoformes são característicos dos idosos, especialmente pelo fato de terem a possibilidade de comorbidade, ou seja, de várias doenças simultâneas. A hipocondria é bastante comum, requerendo exames físicos repetidos (ROVNER; KATZ, 1993; WEISS; LAZARUS, 1993).

Os transtornos por uso de álcool ou de outras substâncias também estão presentes em unidades psiquiátricas. Um número razoável desses pacientes podem desenvolver doenças que afetam a cognição, como a encefalopatia de Wernicke e síndrome de Korsakoff, além de doença física, principalmente a cirrose hepática. Esses transtornos constituem 10% de todos os problemas emocionais nos idosos. Entre os sinais e sintomas, sobretudo nos internados a médio e longo prazo, destacam-se delírios, alucinações, maus cuidados pessoais, depressão e agressividade (SOLOMON et al, 1993).

A epilepsia que é uma doença neurológica crônica, também pode ser encontrada em instituições psiquiátricas. No entanto, crises convulsivas podem ocorrer mesmo em pacientes não-portadores, desencadeadas por outros fatores tais como falência orgânica, desequilíbrio eletrolítico, medicamentos, abstinência de drogas e encefalopatias hipertensivas. (DELANTY; VAUGHAN; FRENCH, 1998). Em tais pacientes uma investigação mais completa deveria ser feita. O sintoma mais característico, consiste numa alteração da personalidade. Mais raramente figuram psicose, violência e depressão. Os transtornos da personalidade envolvem sobretudo os pacientes com epilepsia de lobo temporal (HERMAN et al, 1991), incluindo em suas manifestações alterações no comportamento sexual, intensa religiosidade, viscosidade e uma experiência aumentada de emoções. Também alucinações e delírios podem ocorrer. Uma das preocupações em relação ao seu tratamento, diz respeito aos efeitos psicológicos e cognitivos das drogas antiepiléticas: algumas delas podem comprometer a cognição de forma leve à moderada necessitando então de ajuste das doses. Entre elas podem-se citar os barbitúricos e a carbamazepina que são medicamentos rotineiros em instituições psiquiátricas. Também deve-se referir a eletroconvulsoterapia (CURRIER et al, 1992), que foi muito mais usada antigamente do que atualmente, sendo considerada como uma intervenção associada a perda de memória. No entanto, há também referência que os pacientes readquirem suas capacidades cognitivas básicas em 6 meses. A interferência também depende da quantidade de intervenção elétrica utilizada. Não existem evidências de lesão cerebral causada por esta intervenção.

O diagnóstico de demência não figura entre os principais e mais prevalentes em instituições psiquiátricas. Contudo, a demência constitui uma das principais ocorrências do envelhecimento. A demência é um comprometimento progressivo e geralmente irreversível do intelecto, aumentando em prevalência com a idade; desenvolve-se ao longo do tempo, com perda gradual das funções mentais, envolvendo alterações na cognição, na memória, na linguagem e nas funções visuo-espaciais, além de alterações comportamentais, tais como: agitação psicomotora, inquietação, perambulação, raiva, violência, gritos, desinibição sexual e social, impulsividade, distúrbios do sono e delírios. Embora as demências associadas à idade avançada sejam tipicamente causadas por doença degenerativa primária do sistema nervoso central (doença de Alzheimer) ou por doença vascular (demência vascular), outros fatores contribuem para o

comprometimento cognitivo, sendo comuns as demências por causas mistas. O diagnóstico em instituições psiquiátricas não é fácil de ser realizado, especialmente em relação às diferentes etiologias, pelas dificuldades do exame clínico, dos exames laboratoriais e de neuroimagem nesses pacientes. Tudo isso tem um elevado custo econômico, resultando, assim, no pequeno número de pesquisas relativas aos pacientes idosos psiquiátricos. As fontes científicas que correlacionam os diferentes diagnósticos e a evolução clínica desses pacientes dentro desses hospitais são escassas (ULHMANN; LARSON, 1989; COYNE et al, 1993; WEISS; LAZARUS, 1993).

Assim, a presença de idosos dentro das unidades psiquiátricas é uma realidade: há os que foram internados jovens e, por diversas razões, lá envelheceram, os que passaram por várias unidades psiquiátricas e para lá retornaram por não mais se adaptarem a viver na comunidade e os que foram internados já idosos (estes em muito menor proporção).

Sabe-se que o envelhecimento é um processo natural da vida, interpretado às vezes erroneamente como algo que merece um tratamento específico. Só tornam-se velhos aqueles que vencem os fatores de risco, e as doenças que poderiam abreviar a sua existência. Na verdade, o que acontece é que existe uma maior fragilidade do organismo, de maneira que o idoso torna-se mais susceptível a doenças e complicações. Há maior vulnerabilidade às agressões do ambiente, às doenças médicas e psiquiátricas. Tal vulnerabilidade pode ser parcialmente compensada de diversas maneiras, como, por exemplo, pela retaguarda familiar e de uma rede de amigos. Quando o idoso encontra-se institucionalizado, isso desaparece totalmente e ele tende a ficar mais isolado e sujeito a relações mais superficiais e transitórias, estabelecidas com os outros internos e com a equipe que trata dele.

De maneira geral, os indivíduos internados em uma unidade psiquiátrica não recebem tratamento diferenciado e orientado segundo a faixa etária, visando de alguma forma compensar o aumento da fragilidade ocasionada pelo envelhecimento.

A demência é uma das faces do envelhecimento patológico: ocorre na comunidade e nas instituições, sendo um dos fatores que mais fragiliza e incapacita seus portadores para as

atividades da vida diária. Não se pode generalizar que todo idoso, especialmente o que é portador de doença psiquiátrica ou que esteja internado em uma unidade específica, vá desenvolver distúrbios cognitivos e demência. No entanto, tais definições, diagnóstico e estadiamento, são necessários e importantes para garantir um envelhecimento mais digno onde quer o indivíduo esteja. Se não houver essa preocupação, estes quadros poderão ser mascarados e serem confundidos com o envelhecimento malsucedido, contribuindo para que esses idosos tenham maior comprometimento geral, com maiores gastos para a instituição.

Esse estudo foi realizado em uma instituição psiquiátrica isolada, o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” da Prefeitura Municipal de Campinas. Pretendeu-se verificar a prevalência de idosos nesse hospital, traçando elos mais claros a respeito das doenças ali existentes, determinando os casos de distúrbios cognitivos na população local com idade igual ou superior a 60 anos e, a partir daí, os casos de demência e suas prováveis etiologias. Não existe estudo semelhante na literatura brasileira, de forma que este pode abrir um campo de interesse tanto à psiquiatria quanto à neurologia e à geriatria/gerontologia, no sentido de não só de se conhecerem os distúrbios neuropsiquiátricos de idosos, mas também de caracterizar melhor a evolução clínica do paciente demenciado fora do ambiente familiar e sem o seu cuidador específico.

OBJETIVOS

1. Caracterizar a população idosa de um hospital psiquiátrico de pacientes crônicos em termos das variáveis: gênero, idade, escolaridade, tempo de internação, tipos de diagnósticos psiquiátricos preexistentes e tempo de duração das doenças psiquiátricas preexistentes.
2. Determinar a prevalência de idosos com distúrbios cognitivos e com demência, avaliados por intermédio de história e exames clínico, neurológico, psiquiátrico, cognitivo (MEEM de Folstein), e de capacidade funcional (Escala de Katz), com base nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV.
3. Entre os portadores de demência, identificar a provável etiologia e o seu grau de gravidade, utilizando-se de exames laboratoriais, neuroimagem (TCC), critérios do DSM-IV, critérios diagnósticos para doença de Alzheimer segundo o NINCDS - ADRDA, critérios diagnósticos para demência vascular segundo o NINDS-AIREN e a Escala de Deterioração Global (GDS).

MÉTODO

Os idosos objeto deste estudo foram selecionados dentre os pacientes psiquiátricos internados no SSCF de Campinas. Essa população contava com 142 indivíduos de ambos os gêneros. Os idosos selecionados foram todos os indivíduos dessa população que tinham 60 anos ou mais. Eles eram residentes na instituição há pelo menos 2 anos. Nessa instituição, não havia internação para pacientes idosos agudos.

1 A INSTITUIÇÃO

O SSCF, antigo Hospício de Dementes de Campinas, está localizado no distrito de Souzas, Campinas, e é referência para a Organização Mundial da Saúde em atendimento psiquiátrico no Brasil desde 1993. Em 1990, com a intervenção municipal, foi assinado um convênio de co-gestão com a prefeitura de Campinas, por intermédio da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

O hospital oferece um programa para reabilitação de pacientes moradores, com significativa porcentagem de idosos, com história manicomial de 20, 30, 40 anos. Tal programa tem por objetivo criar condições para o resgate da autonomia e da cidadania anuladas por décadas no hospício.

Neste momento, contrói-se uma nova concepção de espaço de tratamento, que não a do espaço de exclusão e reclusão. Foram criadas 11 casas protegidas, que atendem aproximadamente 45 usuários. Essas casas, alugadas pela instituição em bairros residenciais, funcionam em regime de *república* mista. Tem-se consolidado nesses espaços a experiência da desospitalização de indivíduos que perderam o vínculo familiar e social, permanecendo durante anos “do outro lado do espelho”, onde domina o contrário da razão - o marginal.

Em sua estrutura técnica, cada setor do hospital tem sua própria equipe, composta por médicos, enfermeiros, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, dentista e monitores. Todas as equipes estão subordinadas a um diretor clínico e seu assistente, havendo um colegiado de gestão participativa e um conselho deliberativo. O hospital oferece também, um

Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT), que atende cerca de 120 usuários, associando o projeto terapêutico à reabilitação para o trabalho. Atualmente o NOT conta com sete oficinas: vitrais, marcenaria, papel reciclado, gráfica, culinária, agrícola e mosaico.

Conta ainda com um hospital-dia, que atende 100 usuários e também uma unidade de internação com 50 leitos para enfermos em crises agudas. Dentro da área do hospital, uma chácara, está o Centro de Convivência, que, como o próprio nome retrata, é um espaço de troca de vivências, com um ateliê de artes, um laboratório de informática, uma biblioteca organizada pelos usuários e um salão de beleza, entre outras atividades.

Em parceria com a Fundação Municipal para a Educação Comunitária de Campinas, o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” mantém um Centro Cultural. Este aparelho promove a aproximação entre usuários e comunidade, que utilizam o espaço como escola, centro de exposições, cursos diversos e atividades lúdicas. Com sede própria, fora do perímetro do hospital, o Centro Cultural ultrapassa os jardins do “Cândido Ferreira”, inserindo-se no dia-a-dia do distrito.

Desse modo, busca-se a descontração da imagem do espaço de atendimento como o da reclusão, do isolamento e do sofrimento humano. Mas é apenas o início de um longo caminho a ser percorrido até que se constitua uma nova mentalidade acerca da loucura e dos direitos humanos.

2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi realizado um estudo de prevalência transversal (retrospectivo), ou seja, de levantamento do número de pacientes portadores de demência dentro de uma população internada num serviço psiquiátrico. Investigamos a associação entre demência e as variáveis antecedentes: idade, gênero, escolaridade, tempo de duração da doença psiquiátrica preexistente e tempo de internação na instituição. Demência foi portanto, assumida como variável - critério. Foi definida por critérios clínicos estabelecidos pelo DSM-IV, utilizando-se o MEEM de Folstein para um “*screening-cognitivo*” e a escala de Katz para avaliação da capacidade funcional. A etiologia da

demência foi estabelecida mediante os dados obtidos da história e dos exames clínico, neurológico, psiquiátrico, dos exames bioquímicos, e de neuroimagem (TCC), com base em critérios adotados internacionalmente (DSM-IV, NINDS-AIREN, NINCDS-ADRDA) (anexo 2, 7 e 8, respectivamente).

O MEEM de Folstein foi utilizado para o “*screening-cognitivo*” dos idosos internados por ser de aplicação rápida, prática e fácil, sendo utilizado internacionalmente em pesquisas com esses tipos de pacientes. Em virtude da baixa escolaridade dessa população, foram consideradas as modificações introduzidas por Bertolucci et al em 1994, para a realidade brasileira, utilizando-se os seguintes níveis de corte: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média e 26 para alta escolaridade. Dessa forma, tem-se sensibilidade de 82,4% para analfabetos, 75,6% para baixa e média escolaridade e 80% para alta escolaridade; e especificidade de 97,5% para analfabetos, 96,6% para baixa e média escolaridade e 95,6% para alta escolaridade.

Foram avaliados a orientação temporal e espacial, o registro (memória imediata), o cálculo, a memória recente e a linguagem (agnosia, afasia, apraxia, e habilidade construtiva). Dentro desses itens, foram analisados mais especificamente a orientação temporal (OT), a espacial (OE) e a memória de evocação recente (ME) de todos os pacientes. A orientação temporal é a capacidade do indivíduo de localizar-se no tempo e o escore máximo é de 5 pontos e o mínimo 0 (zero). A orientação espacial é a capacidade do indivíduo de localizar-se no espaço e o escore máximo é de 5 pontos e o mínimo 0(zero). A memória de evocação recente é a capacidade do indivíduo de lembrar-se de três palavras repetidas anteriormente após uma atividade distratora de 2 minutos, e o escore máximo é 3 pontos e o mínimo 0 (zero). Esses itens do MEEM foram escolhidos para serem analisados separadamente pela facilidade de obtenção das informações e por estarem significativamente alterados nos pacientes portadores de demência.

A capacidade funcional foi avaliada com a Escala de Katz (KATZ, 1963), que quantifica a independência funcional, ou seja, agir sem supervisão, direção ou assistência ativa de outra pessoa. Baseia-se em informações do cuidador e na observação dos profissionais responsáveis quanto à capacidade do paciente para realizar seis tipos de atividade: banhar-se, vestir-se, satisfazer necessidades fisiológicas no sanitário, locomover-se, controlar os esfíncteres

e alimentar-se por conta própria. O escore ou “índice de Katz” varia de 0 a 6, conforme o número de atividades que o sujeito consegue realizar com ou sem ajuda (zero = totalmente dependente, até 6 = totalmente independente).

O estudo foi realizado em duas fases:

FASE I: identificação dos idosos portadores de déficits cognitivos, que preenchiam os critérios do DSM-IV para demência.

Todos os pacientes com 60 anos ou mais, foram submetidos às seguintes condições de avaliação nesta fase: anamnese, exame clínico geral, exame neurológico, exame psiquiátrico, MEEM de Folstein e avaliação da capacidade funcional mediante a escala de Katz. Tais avaliações foram realizadas na própria instituição psiquiátrica em pelo menos 3 sessões de no mínimo 60 minutos de duração cada uma, pelo mesmo clínico que é o autor desta pesquisa.

Os pacientes foram convidados, e conduzidos pelo corpo de enfermagem do serviço. Todos os outros dados foram coletados nos prontuários da instituição.

FASE II: identificação da etiologia das demências e de seu grau de evolução.

Os idosos portadores de demência foram submetidos a uma bateria de exames laboratoriais e a tomografia computadorizada cerebral, com o objetivo de identificação da etiologia da demência. Esses exames foram realizados no Hospital das Clínicas da UNICAMP (HC-UNICAMP), distante 20 Km do SSCF. Os pacientes foram transportados até o local em ambulância, acompanhados por um auxiliar de enfermagem e pelo clínico pesquisador. Entre os exames laboratoriais destacam-se: hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, creatinina sérica, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, prova de falcização, glicemia, T4 livre, TSH, ácido fólico plasmático, vitamina B₁₂ plasmática e sorologia para sífilis. Para que fosse possível a realização da TCC, os pacientes foram submetidos a uma sedação leve pelo uso endovenoso de midazolam (Dormonid^R) diluído em solução fisiológica à 0,9%, sob orientação do clínico pesquisador. Os exames laboratoriais foram colhidos e realizados no laboratório central do HC-UNICAMP e a TCC em seus laboratórios do serviço de imagens.

Optou-se pela TCC por ser o exame disponível no período de observação, além de ser

de realização mais simples e rápida, levando-se em consideração as condições clínicas e psicológicas de cada paciente. Todos eles foram submetidos a esse exame com e sem contraste iodado.

A gravidade da doença foi determinada por intermédio da aplicação da Escala de Deterioração Global (GDS), desenvolvida por Reisberg et al (1982) para caracterizar a síndrome clínica e classificá-la em sete diferentes estágios (1-7), segundo o aumento gradual de comprometimento.

Todos os pacientes foram acompanhados em relação a suas evoluções durante o período de realização do estudo. Houve dois óbitos dentro da população estudada: um deles veio a falecer antes da execução da FASE II e o outro após a sua realização. Ambos pertenciam ao subgrupo dos pacientes com demência.

3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Não preencher os critérios para demência segundo o DSM-IV.

4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados da presente investigação foram tratados mediante um conjunto de testes não-paramétricos delineados com o objetivo de testar as diferenças entre amostras independentes. A opção pela estatística não-paramétrica obedeceu à lógica da natureza dos dados de que dispúnhamos: a amostra era relativamente pequena e não-aleatória e não era possível pressupor a normalidade da distribuição dos dados. Além disso, dispúnhamos de dados de natureza nominal e ordinal, mas nunca intervalar ou de razão que nos permitissem, de fato, realizar operações de somar, dividir e multiplicar, que são as realizadas nas provas paramétricas. Assim, as provas não-paramétricas não lidam com os valores numéricos brutos, mas com postos ou ordenações de seus valores. Não se baseiam em diferenças de médias, mas de medianas cujo cálculo só exige contar, e não somar e dividir (SIEGEL, 1975)

Um dos testes utilizados foi o *U* de Mann Whitney, que é o equivalente não-

paramétrico do teste *t*. Serve para testar a significância estatística das diferenças entre dois grupos independentes e exige que os dados sejam ordinais. Seu equivalente para mais de duas amostras independentes é o Kruskal-Wallis, que foi por nós utilizado quando adequado. Além disso, utilizamos o teste χ^2 , que serve para estimar a significância estatística das diferenças entre as frequências esperadas e as obtidas por uma amostra, ou seja, é útil para avaliar a correspondência entre a expectativa teórica e o que os dados revelam.

Outra prova utilizada foi a de correlação de posto de Spearman, que testa o grau de covariação entre pares de variáveis ordenadas segundo a sua posição relativa nas respectivas distribuições. Quando a correlação a ser testada envolveu pelo menos uma variável categórica (por exemplo, gênero), utilizamos a prova de Kendall, que lida com associações dispostas numa tabela de contingência (VOGT, 1993; SIEGEL, 1975).

Apenas numa das análises adotamos prova paramétrica, a análise de variância (ANOVA), porque ela revelou-se adequada aos dados. Ela testa a significância estatística entre as diferenças dos escores médios de dois ou mais grupos em uma ou mais variáveis ou fatores. Trabalha com a razão (F) entre a variância de um grupo para outro e a variância dos grupos (VOGT, 1993).

RESULTADOS

Dos 142 pacientes internados no SSCF, foram selecionados 46 (32,4%) que eram idosos (60 anos ou mais). Todos eles foram submetidos a anamnese, exames clínico, neurológico, psiquiátrico, e avaliação da capacidade funcional, utilizando-se a escala de Katz. Trinta e oito desses pacientes foram submetidos à avaliação neuropsicológica através do MEEM de Folstein; 8 pacientes não puderam realizá-lo em virtude de suas limitações: 3 deles com déficits sensoriais severos; 3 afásicos e 2 com mutismo. Desses 38 pacientes, 14 (36,8%) tiveram escores acima ou iguais ao ponto de corte estabelecido segundo a sua escolaridade e 24 (63,2%) abaixo do ponto de corte, caracterizando déficit cognitivo importante.

Com base nessas observações clínicas e nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV para o diagnóstico de demência, os idosos foram classificados em dois grupos: os portadores de demência (23 pacientes) e os não-portadores de demência (também 23 pacientes).

Entre os 23 pacientes que preencheram os critérios (grupo I), 3 deles tinham escores do MEEM acima ou iguais ao ponto de corte estabelecido, 6 não foram submetidos em virtude de suas limitações importantes (mutismo e afasia motora) e 14 tinham escores abaixo do ponto de corte estabelecido. Em relação à capacidade funcional (escala de Katz), os níveis de dependência total e parcial foram muito maiores (8 pacientes com dependência total, ou seja, 34,8%, e 13 com dependência parcial, ou seja, 56,5%). Somente 2 pacientes (8,7%) eram totalmente independentes.

Entre os 23 pacientes que não preencheram os critérios (grupo II), 11 tiveram escores acima ou iguais ao ponto de corte estabelecido, 2 deles não foram submetidos em virtude de suas limitações sensoriais importantes (surdo-mudo; surdez total) e 10 tiveram escores abaixo do ponto de corte estabelecido. Embora estes últimos tivessem déficit cognitivo, não se caracterizaram como portadores de demência. Em relação à capacidade funcional, 21 pacientes eram totalmente independentes (91,3%) e apenas 2 (8,7%) parcialmente dependentes.

Para que fosse estabelecida a etiologia dos casos de demência nos 23 pacientes do grupo I, além das informações obtidas pelos critérios já citados, esses pacientes foram submetidos a uma bateria de exames laboratoriais utilizada no Departamento de Neurologia do

HC-UNICAMP para estabelecer o diagnóstico de demência, e também a uma TCC contrastada, além dos critérios do DSM-IV para os diversos tipos de demência, do NINCDS-ADRDA para doença de Alzheimer, e NINDS-AIREN para demência vascular, internacionalmente utilizados e aceitos.

Para conhecer a gravidade das demências do grupo de pacientes que preencheram os critérios, utilizou-se a Escala de Deterioração Global (GDS) de Reisberg et al, 1982 complementada pelas informações obtidas através dos dados clínicos e neuropsicológicos.

1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS CONFORME AS VARIÁVEIS GÊNERO, IDADE, ESCOLARIDADE, TEMPO DE RESIDÊNCIA NA INSTITUIÇÃO E DURAÇÃO DA DOENÇA PSIQUIÁTRICA PREEXISTENTE

Foram 46 idosos, dentre os quais 27 eram homens e 19 eram mulheres. A idade do grupo variava entre 60 e 84 anos, com média de 69,70 e desvio-padrão(dp) de 6,27. A moda(m) foi de 61 anos. Trinta eram analfabetos, quatro tinham 1 ou 2 anos de escolaridade e 12 tinham 3 ou 4 anos de escolaridade. O grupo residia na instituição há um tempo que variava entre um mínimo de 2 e um máximo de 54 anos, com média de 25 anos, moda de 19 e desvio-padrão de 14,10 anos. O tempo de duração da doença psiquiátrica variava entre 10 e 60 anos, com média de 33,76 anos, moda de 50 e desvio-padrão de 14,98 anos. Foi observada correlação estatisticamente significativa entre tempo de internação e duração da doença psiquiátrica:

$$(r = 0,581, \text{ sign. a } 0,01)$$

Na Figura 1, a seguir, pode ser observada a distribuição da população idosa segundo as variáveis de interesse. O grupo tinha um número maior de homens do que de mulheres; a proporção de idosos entre 60 e 69 anos sobrepoujou a das que tinham entre 70 e 80; foi pequeno o número dos que contavam entre 80 e 84 anos. O nível de escolaridade era muito baixo e a maioria era de analfabetos. O tempo de internação era muito alto para toda a amostra, chamando a atenção o fato de que cerca de metade dos idosos estava vivendo na instituição há mais de 20 anos. Pelos dados de duração da doença psiquiátrica dos idosos obtidos nos seus prontuários, foi possível depreender que a maioria deles foi internada tão logo a moléstia se manifestou, e

permanecendo na instituição para o resto de suas vidas. De fato, o cálculo da correlação de postos entre essas variáveis revelou um valor de 0,566, estatisticamente significante (0,000).

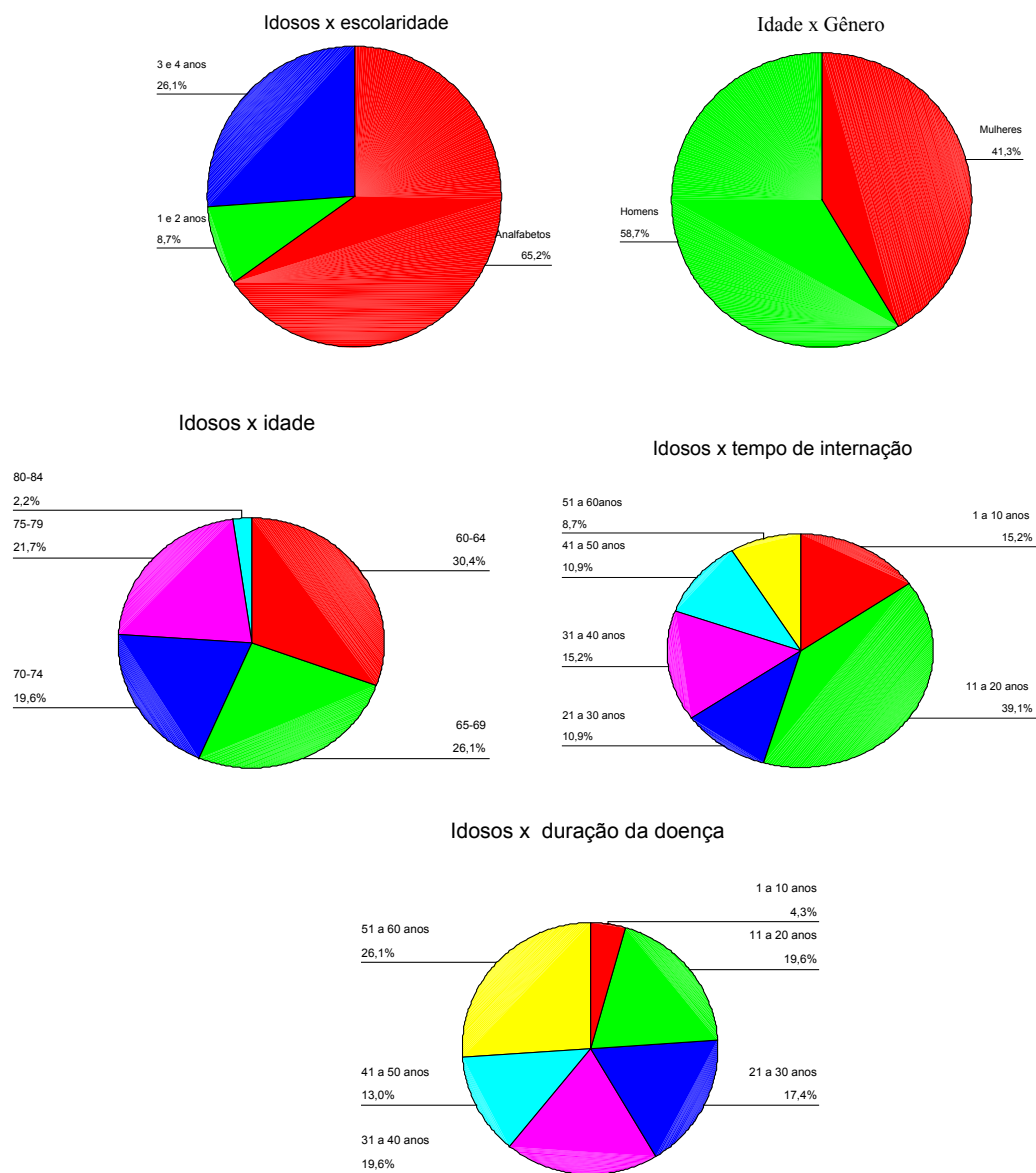


Figura 1. Caracterização da população idosa segundo os critérios de gênero, escolaridade, tempo de internação e duração da doença psiquiátrica

Na Figura 2 aparecem os valores médios e a variabilidade para os valores de idade,

para o tempo de internação e a duração da doença. Homens e mulheres idosos são muito parecidos entre si quanto a essas variáveis, notando-se que as mulheres são ligeiramente mais velhas do que os homens. No entanto, os resultados das comparações estatísticas (teste U de Mann-Whitney) relativas a essas variáveis não foram significativas.

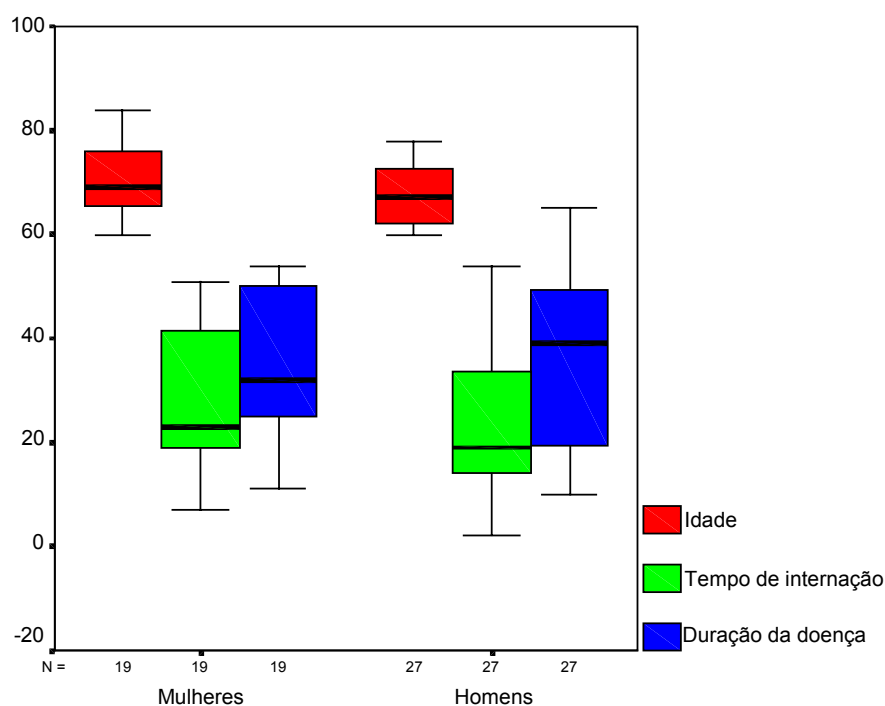


Figura 2. Valores médios e variabilidade para as variáveis idade, tempo de internação e duração da doença psiquiátrica preexistente para mulheres e homens idosos

Foram levantados nos prontuários dos idosos os tipos de diagnóstico psiquiátrico e as doenças não-psiquiátricas de que eram eventualmente portadores. Os resultados aparecem nas Figuras 3 e 4, a seguir.

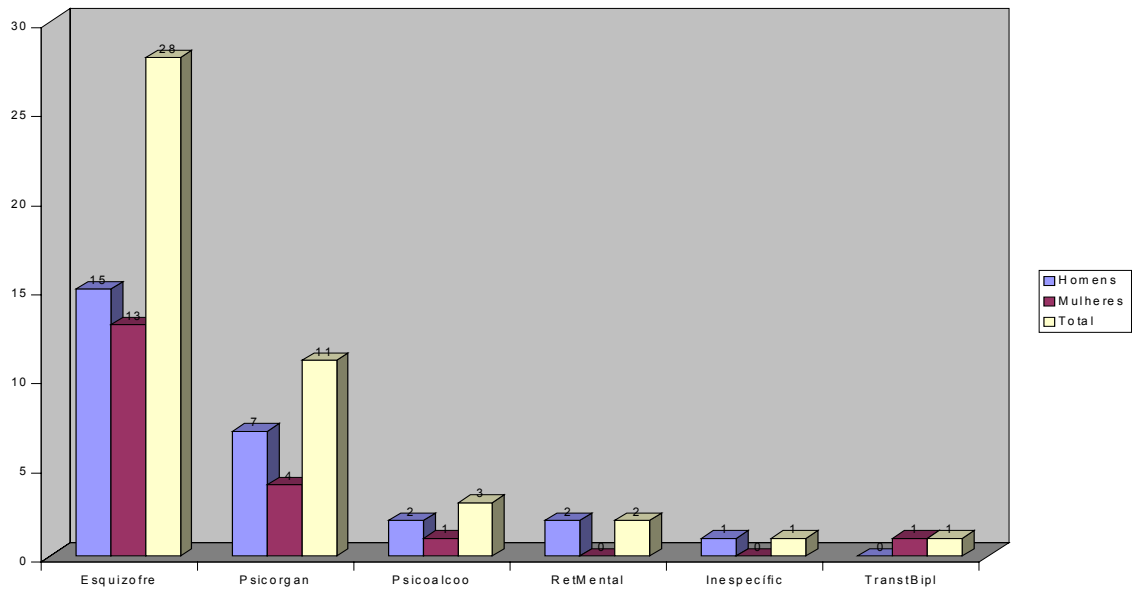


Figura 3. Distribuição das doenças psiquiátricas entre os idosos

A Figura 3 permite saber que a doença psiquiátrica prevalente entre os idosos era a esquizofrenia, cuja freqüência era quase igual à das outras doenças somadas

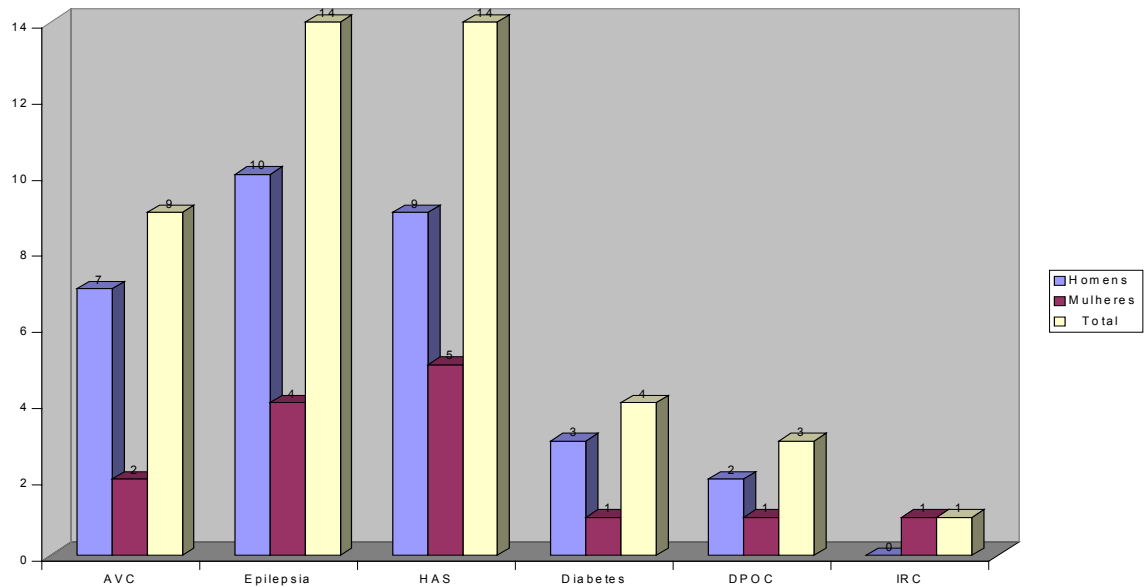


Figura 4. Distribuição de doenças não-psiquiátricas entre os idosos

A maioria dos idosos era também portadora de epilepsia e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Segundo os prontuários, uma parcela deles tinha tido acidentes vasculares cerebrais (AVC); um número menor tinha registros de diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e insuficiência renal crônica (IRC).

2 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO O CRITÉRIO DE PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE DEMÊNCIA

De acordo com o que foi relatado no Método, o diagnóstico de demência foi feito com o auxílio dos dados clínicos obtidos por meio da anamnese, dos exames clínico, neurológico e psiquiátrico, da avaliação neuropsicológica breve através do MEEM de Folstein e com informações a respeito da capacidade funcional obtidas mediante a escala de Katz. Esses dados foram confrontados com os critérios estabelecidos pelo DSM-IV, o que permitiu a categorização de dois grupos: pacientes portadores de demência e pacientes não-portadores de demência, como veremos a seguir. É importante salientar que o diagnóstico de demência é eminentemente clínico. No entanto, as informações obtidas por meio dos testes neuropsicológicos e funcionais contribuem para um diagnóstico mais preciso.

2.1 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PELO MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN (FOLSTEIN ET AL, 1975), MODIFICADO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE BERTOLUCCI (BERTOLUCCI ET AL, 1994)

O MEEM foi aplicado a 38 dos 46 idosos, havendo oito exclusões pelas suas limitações anteriormente citadas.

Para os 38 sujeitos, os escores totais no MEEM variaram de 0 a 20 com média(M) = 12,63 e desvio-padrão = 4,83; a mediana foi = 13,50 e a moda = 13,00. Na Figura 5 apresentamos a distribuição de frequência dos escores totais no grupo.

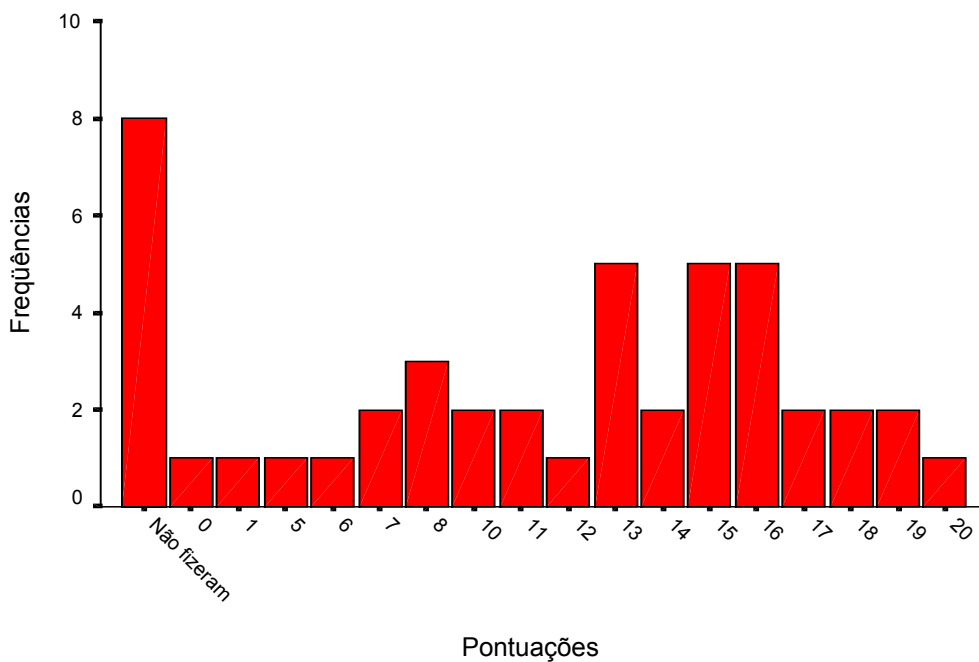


Figura 5. Distribuição dos escores totais dos idosos no MEEM (N = 38)

Aplicando-se o critério proposto por Bertolucci et al. (1994) para amostras brasileiras (13 como nota de corte para analfabetos e 18 para alfabetizados com até oito anos de escolaridade), verificamos que 24 idosos podiam ser categorizados como portadores de déficits cognitivos e 14, não. As pontuações obtidas por esses dois grupos aparecem na Figura 6. A diferença de frequência observada entre os dois grupos é estatisticamente significativa (0,003 para um valor de *qui quadrado* de 27,56).

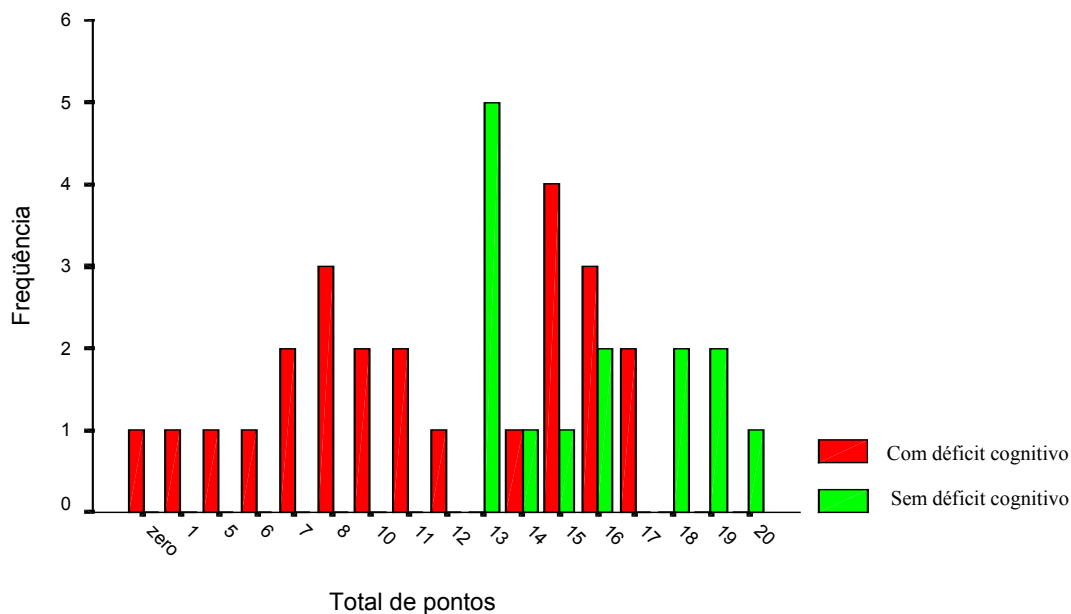


Figura 6. Escores médios dos idosos classificados como portadores e não-portadores de déficits cognitivos, segundo seu desempenho no MEEM

Os valores médios no MEEM para o grupo portador de déficits cognitivos foi de 10,83 (dp = 4,95), enquanto para o grupo não-portador foi de 15,71 (dp = 2,64). No grupo de portadores de déficits cognitivos, o valor máximo foi 17 e o mínimo foi zero. No de não-portadores os pontos extremos foram 20 e 13, respectivamente. O grupo portador de déficits cognitivos pontuou mais baixo do que o de não-portadores em todos os itens do MEEM. Em ambos os grupos, o pior desempenho foi em memória de evocação recente (M = 0,70 e 1,04, respectivamente), seguido por orientação temporal (M = 1,00 e 0,97, respectivamente) e por orientação espacial (M = 1,91 e 1,63, respectivamente). Esses dados podem ser observados na Figura 7.

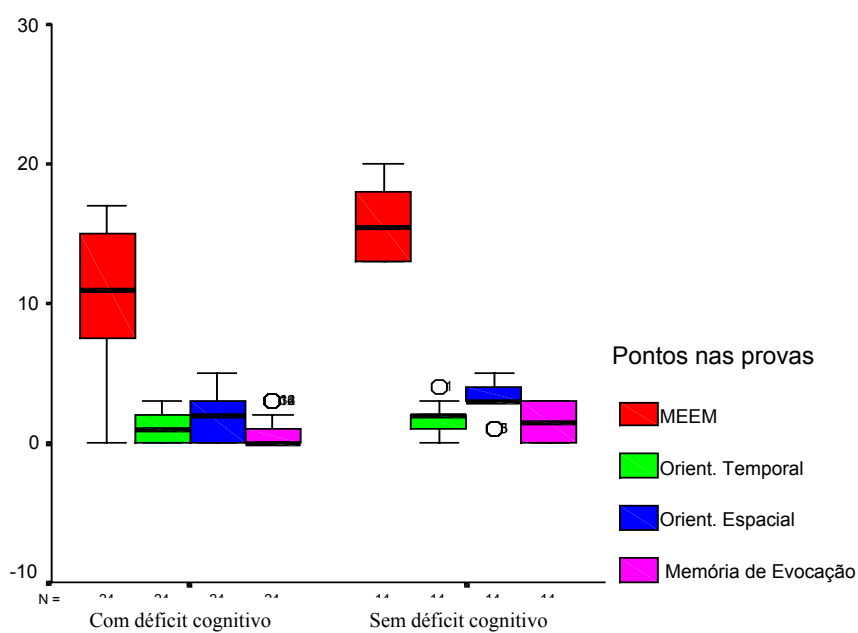


Figura 7. Valores médios e variabilidade dos escores obtidos no MEEM pelos idosos portadores e não-portadores de déficits cognitivos no MEEM

Realizamos o teste U de Mann-Whitney para verificar a ocorrência de diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos quanto ao desempenho no MEEM. Os valores do teste aparecem na Tabela 1, que permite observar que os grupos diferiram quanto ao escore total no MEEM e no subtteste de orientação espacial e memória de evocação recente.

Tabela 1- Comparação entre os portadores e não-portadores de déficits cognitivos quanto ao seu desempenho no MEEM

	Z	Significância
Desempenho global no MEEM	- 2,403	0,016*
Orientação temporal	- 1,736	0,083
Orientação espacial	- 1,997	0,046*
Memória de evocação recente	- 2,024	0,043*

* *significante* ($p \leq 0.05$)

Realizamos provas de correlação para verificar a existência de associações entre o desempenho no MEEM e as variáveis idade, gênero, tempo de internação e duração da doença psiquiátrica. Os resultados aparecem na tabela a seguir.

Tabela 2 - Correlações entre o desempenho dos idosos no MEEM e gênero, idade, tempo de internação e duração de doenças psiquiátricas preexistente nos idosos

	Coefficiente de correlação	Significância
Gênero	0,142**	0,309
Idade	0,020 [•]	0,992
Tempo de internação	- 0,376 [•]	0,020*
Duração de doenças psiquiátricas	- 0,158 [•]	0,342

** *Kendall* [•] *Spearman* * *significante*

2.2 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS POR INTERMÉDIO DA ESCALA DE CAPACIDADE FUNCIONAL DE KATZ

Todos os idosos foram submetidos a uma avaliação com a escala de Katz, cujos resultados variam de zero (maior dependência funcional) a 6 (maior independência funcional). A média do grupo foi igual a 4,02, com desvio-padrão = 2,36, pontuação mínima = 0 e máxima = 6; a mediana foi = 5,50 e a moda = 6. Na Figura 8 podemos observar o desempenho da amostra total de idosos nesse teste.

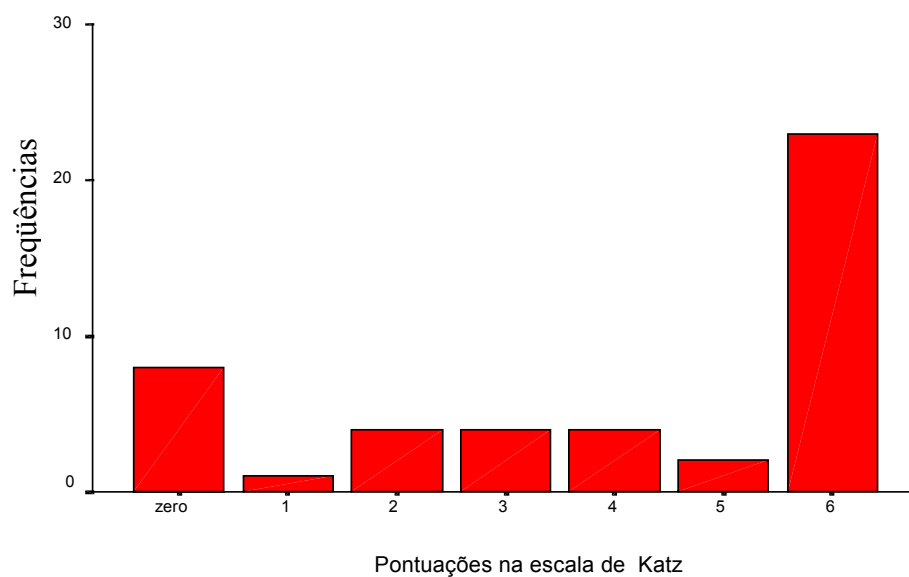


Figura 8. Desempenho dos idosos na escala de Katz (N = 46)

Procedemos a análises de variância para investigar as relações entre o grau de capacidade funcional, o desempenho no MEEM e as variáveis da história dos idosos. Os resultados aparecem na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados da análise de variância entre os valores observados no MEEM e os resultados no Katz, por gênero, idade, tempo de internação e duração das doenças psiquiátricas preexistentes

Variáveis	F	Significância
Gênero	1,473	0,213
Idade	1,530	0,194
Tempo de internação	2,512	0,378
Duração das doenças psiquiátricas	0,817	0,563
Pontuação no MEEM	5,324	0,001*

* significativa ($p \leq 0.05$)

A correlação de postos entre os valores observados no MEEM e no Katz foi, assim, estatisticamente significativa ($\rho = 0,578$ e $\text{sign} = 0,000$). A existência de relação estatisticamente

significante entre o desempenho nas provas MEEM e na escala de Katz torna interessante mostrar a distribuição dos valores das variáveis relativas a ela. É o que veremos nas Figuras 9 e 10. Embora houvesse um número equivalente de idosos totalmente independentes em termos funcionais nos grupos de portadores e de não-portadores de déficits cognitivos, nos níveis de acentuada a moderada incapacidade predominaram idosos portadores de déficits cognitivos (Figura 9). No grupo de portadores de déficits cognitivos, a variabilidade de desempenho na escala de Katz foi maior: 50% dos idosos pontuaram entre 0 e 3 e 50% entre 3 e 6. Já no grupo de não-portadores, apenas três idosos pontuaram 0, 1 e 2 e os demais obtiveram 5 e 6 pontos (Figura 10).

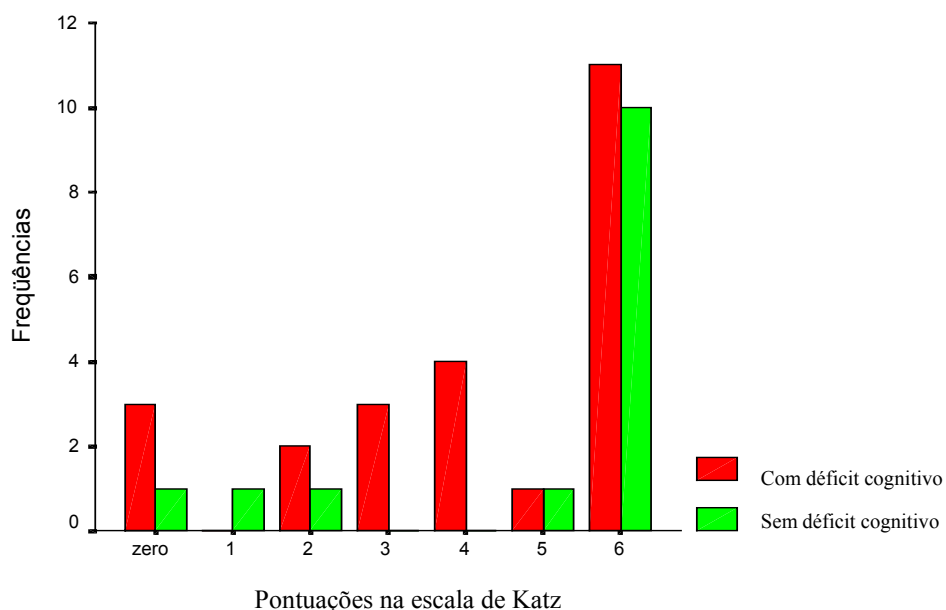


Figura 9. Desempenho na escala de Katz, dos portadores ($N = 24$) e dos não-portadores ($N = 14$) de déficits cognitivos, segundo os critérios do MEEM

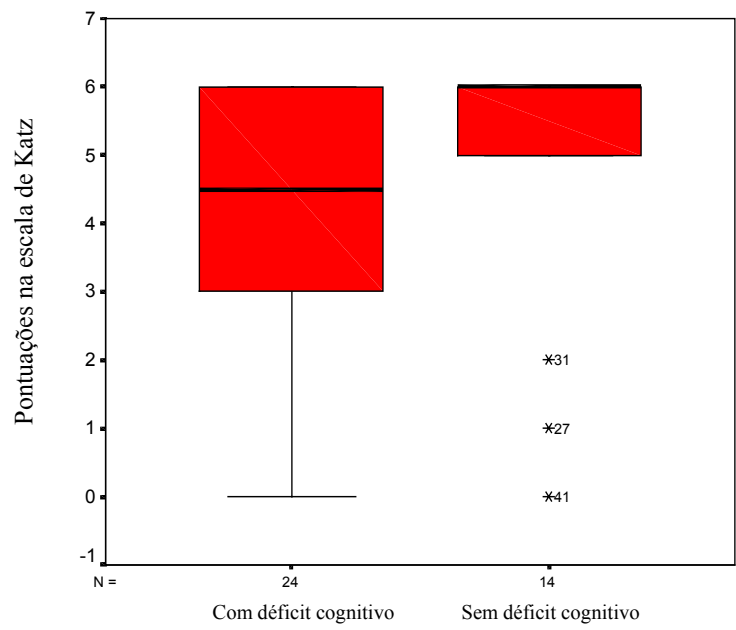


Figura 10. Valores médios e variabilidade das respostas dos idosos portadores e não-portadores de déficits cognitivos na escala deKatz

2.3 RESULTADOS CLÍNICOS DOS PACIENTES QUE PREENCHERAM OS CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA

PACIENTE 7 – IO

Características Demográficas: 61 anos, feminino, branca, analfabeta, sem profissão, internada no hospital psiquiátrico de Americana em 7 de janeiro de 1982, permanecendo até 9 de fevereiro de 1984, quando foi transferida para o SSCF.

Sintomas e Evolução: embotamento psíquico sem autocuidado, isolamento afetivo, solilóquios, manteve-se pouco comunicativa embora calma, verbalizando cada vez menos, isolando-se cada vez mais, desinteressando-se de tudo e perdendo a capacidade de reconhecer as pessoas e o ambiente.

Resultados do Exame Neurológico: movimentos involuntários de língua, de maxilar inferior e dedos das mãos (bilateralmente e assimétricos); reflexo de “*snout*” positivo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 0

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 6

2.Estado Psicocomportamental:

Fala lenta, desconexa, com perseveração, desatenta, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: normal para a idade.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: DPOC.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (3).

Medicação atualmente utilizada: nenhuma (usou haloperidol 5mg/dia, durante 10 anos).

PACIENTE 8 – JAS

Características Demográficas: 62 anos, masculino, branco, semi-analfabeto, lavrador, internado pela família no SSCF em 1 de outubro de 1980.

Sintomas e Evolução: confusão mental, distúrbios de comportamento, alucinações e delírios, empobrecimento das funções psíquicas e uso intenso de álcool desde a infância; evoluiu com confusão mental progressiva, piorando após um AVC, passando a ter também convulsões e perda de memória.

Resultados do Exame Neurológico: hemiplegia direita completa, com hipotrofia muscular, hemiparesia discreta à esquerda, afasia motora, sinal de Babinski positivo à direita.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM - não aplicado.

OT (orientação temporal): -

OE (orientação espacial): -

ME (memória de evocação recente): -

ET (escore total): -

2.Estado Psicocomportamental:

Apático, indiferente, afásico, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais:

1.T4 livre: 0,85 U_g/dL (0.9 – 1.8 U_g/dL);

2.TSH: 17.73 mU_i/L(0.35 – 6.2mU_i/L).

Resultados da Neuroimagem: lesões hipodensas em substância branca bilateralmente, área hipodensa focal na região dos núcleos da base à esquerda.

Diagnósticos:

Principal: psicose orgânica;

Secundário: AVCi esquerdo, síndrome de dependência do álcool, diabetes, epilepsia.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente dependente (0).

Medicação atualmente utilizada: carbamazepina 400mg/dia; glibenclamida 10mg/dia.

PACIENTE 9 – EJF

Características Demográficas: 61 anos, masculino, pardo, analfabeto, sem profissão, internado pela família no SSCF em 17 de outubro de 1958.

Sintomas e Evolução: alterações de conduta, com agitação e agressividade, desde criança com convulsões e dificuldade de aprendizado; evoluiu com controle das convulsões, diminuição da agressividade e agitação, mas com indiferença e desinteresse progressivos, além de isolamento. Teve tuberculose pulmonar em 1996, desenvolvendo dispnéia permanente.

Resultados do Exame Neurológico: postura encurvada, sinal de Romberg positivo, marcha com pequenos passos e lentidão de movimentos.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 8

2.Estado Psicocomportamental:

Apático, indiferença afetiva, perseveração, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: atrofia córtico-subcortical leve,

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: epilepsia, oligofrenia, TBC pulmonar.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (2).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5mg/dia; biperideno 2mg/dia; captopril 25mg/dia, hidergina 4,5 mg/dia.

PACIENTE 10 – GV

Características Demográficas: 62 anos, masculino, branco, analfabeto, sem profissão, internado no SSCF em 10 de junho de 1997 (encontrado perambulando pela rua).

Sintomas e Evolução: desorientado, episódios de delírio, falava sozinho, emitindo sons ininteligíveis; evoluiu com queda progressiva do estado geral e mutismo.

Resultados do Exame Neurológico: reflexos de “*snout*” e de sucção positivos.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1. MEEM – não pode ser aplicado.

OT (orientação temporal): -

OE (orientação espacial): -

ME (memória de evocação recente): -

ET (escore total): -

2.Estado Psicocomportamental:

Inquieto, desatento, exaltado, não cooperante, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: hipocromia acentuada.

Resultados da Neuroimagem: atrofia córtico-subcortical predominante.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose orgânica com demência;

2.Secundário: HAS, ICC.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (2).

Medicação atualmente utilizada: carbamazepina 400mg/dia; digoxina 0,25mg/dia; captopril 12,5 mg/dia; periciazina 5mg/dia.

PACIENTE 13 – JML

Características Demográficas: 65 anos, masculino, negro, analfabeto, sem profissão, internado no SSCF em 6 de julho de 1982.

Sintomas e Evolução: fala inconsciente, *delirium tremens* logo no início, permanecendo com alucinações; evoluiu durante a internação com AVC esquerdo, perda da fala (inicialmente) e dos movimentos do lado direito, tornando-se completamente alheio ao ambiente.

Resultados do Exame Neurológico: hemiparesia direita, disartria, sinal de Babinski positivo à direita, reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente, não deambula.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 0

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 1

2.Estado Psicocomportamental:

Lento, apático, disártrico, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: não realizados.

Resultados da Neuroimagem: não realizada.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose alcoólica de Korsakoff;

2.Secundário: AVCi esquerdo.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente dependente (0).

Medicação atualmente utilizada: nenhuma (usou clorpromazina 200mg/dia e biperideno 4mg/dia, durante 10 anos)

OBS.: Esse paciente veio a falecer antes da realização da segunda fase de avaliação de forma que o diagnóstico etiológico se fez essencialmente pelos dados clínicos.

PACIENTE 16 – MSN

Características Demográficas: 61 anos, feminino, negra, primário incompleto (menos de 4 anos), empregada doméstica, internada vários anos no hospital psiquiátrico de Americana e transferida para o SSCF em 10 de fevereiro de 1994.

Sintomas e Evolução: desorientada no tempo e no espaço, empobrecimento do conteúdo de pensamento e afeto, com antecedentes de convulsões; evoluiu com convulsões somente quando retirado o anticonvulsivante, mantendo-se desinteressada, inquieta e desassossegada, sem capacidade para novos aprendizados, com perda das capacidades anteriores.

Resultados do Exame Neurológico: sinal Romberg positivo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 0

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 5

2.Estado Psicocomportamental:

Julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais:

1.Gama GT: 42 U/L (7- 32 U/L).

Resultados da Neuroimagem: calcificações neurocisticercóticas e atrofia cerebelar.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose orgânica;

2.Secundário: oligofrenia, alcoolismo e epilepsia.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (2);

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5mg/dia; fenobarbital 150mg/dia.

PACIENTE 17 – JGS

Características Demográficas: 74 anos, masculino, pardo, semi-analfabeto, lavrador, internado pela família no SSCF em 27 de maio de 1992.

Sintomas e Evolução: delírios místicos progressivos, acessos de fúria; evoluiu com progressivo isolamento social, fala restrita, com recusa a todos os estímulos.

Resultados do Exame Neurológico: marcha festinante, movimentos espontâneos de mastigação, reflexo patelar esquerdo exaltado.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1. MEEM

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 13

2. Estado Psicocomportamental:

Inquieto, fala restrita em quantidade, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: atrofia córtico-subcortical leve.

Diagnósticos:

1. Principal: esquizofrenia simples;

2. Secundário: HAS.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (5).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5mg/dia; nifedipina 20mg/dia; hidroclorotiazida 50mg/dia.

PACIENTE 20 – JSL

Características Demográficas: 61 anos, masculino, branco, oleiro, analfabeto, internado pela família no SSCF em 10 de dezembro de 1963.

Sintomas e Evolução: alterações progressivas de comportamento: riso, choro, agressividade, desorientação, pobre contato afetivo e convulsões; evoluiu com a mesma sintomatologia, com progressiva deterioração geral e desconfianças.

Resultados do Exame Neurológico: acuidade auditiva diminuída bilateralmente, reflexos periféricos exaltados bilateralmente e simetricamente.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 1

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 8

2.Estado Psicocomportamental:

Apático, desatento, fala incoerente, perseveração, julgamento diminuído e sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais:

1.Gama GT: 53 U/L (10- 50 U/L);

2.T4 Livre: 0,76 Ug/dL (0.9- 1.8 Ud/dL);

3.TSH: 9.97 mUi/L (0.35- 6.20 mUi/L).

Resultados da Neuroimagem: normal para a idade.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: oligofrenia, HAS, epilepsia, diabetes.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: carbamazepina 600mg/dia, prometazina 75mg/dia, clorpromazina 300mg/dia, diazepam 20mg/dia, glibenclamida 5mg/dia, nifedipina 20 mg/dia, propranolol 120mg/dia.

PACIENTE 22 – DPD

Características Demográficas: 71 anos, masculino, branco, solteiro, sem profissão, analfabeto, com várias internações psiquiátricas anteriores em Itapira, e no SSCF em 10 de maio de 1969.

Sintomas e Evolução: crises convulsivas e heteroagressividade; evoluiu com mutismo e progressivo desinteresse e não-participação, com lentidão em todos os movimentos, piorando após AVC.

Resultados do Exame Neurológico: hemiparesia direita completa, afasia motora, sinais de Grasset e Mingazzini positivos à direita, sinal de Babinski positivo à direita; reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente e marcha ceifante.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM - não aplicado

OT (orientação temporal): -

OE (orientação espacial): -

ME (memória de evocação recente): -

ET (escore total): -

Estado Psicocomportamental:

Apático, indiferente, afásico, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais:

1.Gama GT: 70 U/L (10- 50 U/L).

Resultados da Neuroimagem: infartos múltiplos.

Diagnósticos:

1.Principal: demência não especificada.

2.Secundário: epilepsia, HAS, AVCi esquerdo.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente dependente (0).

Medicação atualmente utilizada: carbamazepina 600mg/dia, fenobarbital 100/mg/dia, diazepam 20mg/dia, piracetam 1200mg/dia, captopril 50mg/dia, furosemide 20mg/dia.

PACIENTE 23 – MA

Características Demográficas: 70 anos, feminino, branca, solteira, analfabeta, sem profissão, internada pela família no SSCF, em 9 de fevereiro de 1967.

Sintomas e Evolução: alterações progressivas de comportamento: alucinações, delírios, intensa agressividade; evoluiu com AVCi esquerdo, com grande comprometimento motor periférico, sem fala, mas mantendo-se sempre agressiva.

Resultados do Exame Neurológico: hemiplegia direita incompleta, afasia motora, sinal de Babinski positivo à direita, marcha ceifante e reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM - não aplicado

OT (orientação temporal): -

OE (orientação espacial): -

ME (memória de evocação recente): -

ET (escore total): -

2.Estado Psicocomportamental:

Inquieta agressiva, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais:

1.T4 livre: 2,54 Ug/dL (0.90- 1,80 Ug/dL);

2.TSH: < 0,01mUi/L (0.35 - 6.20mUi/L).

Resultados da Neuroimagem: porencefalia.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: demência, AVCi esquerdo.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (3).

Medicação atualmente utilizada: nenhuma.

PACIENTE 24 – CLF

Características Demográficas: 68 anos, masculino, branco, solteiro, analfabeto, sem profissão, com várias internações anteriores no SSCF e definitivamente desde 26 de maio de 1992.

Sintomas e Evolução: crises convulsivas desde a infância que se tornaram mais frequentes na idade adulta, com alterações de comportamento; evoluiu com fala sem nexos; nos últimos 3 anos, tornou-se inconveniente, desinibido, incomodativo, concomitantemente com alterações de memória. Ultimamente embotado e quieto.

Resultados do Exame Neurológico: marcha festinante, movimentos involuntários das mãos e do tronco, reflexo de sucção positivo, amaurose bilateral e mutismo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM - não aplicado

OT (orientação temporal): -

OE (orientação espacial): -

ME (memória de evocação recente): -

ET (escore total): -

2.Estado Psicocomportamental:

Indiferente, mutismo, inquieto e sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: atrofia bifrontal cortical e subcortical.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose orgânica;

2.Secundário: epilepsia, erisipelas de repetição, hiperplasia prostática benigna.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente dependente (0).

Medicação atualmente utilizada: carbamazepina 300mg/dia.

PACIENTE 30 – SR

Características Demográficas: 75 anos, feminina, branca, casada, prendas domésticas, analfabeta, internada pela família no SSCF em 9 de setembro de 1951.

Sintomas e Evolução: crises de choro, riso e delírios místicos após ser abandonada pelo marido; evoluiu desenvolvendo embotamento progressivo com delírios de perseguição, risos imotivados e apatia.

Resultados do Exame Neurológico: marcha bizarra, movimentos pendulares do tronco, e involuntários dos membros inferiores, reflexos de “*snout*” e de sucção positivos.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 0

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 0

2.Estado Psicocomportamental:

Inquieta, não-cooperativa, apática, desconexa, conduta bizarra, julgamento diminuído, sem *insight*;

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: atrofia córtico-subcortical leve.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: síndrome de confusão mental, anemia.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (3).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 2,5mg/dia, biperideno 2mg/dia.

PACIENTE 31 – UG

Características Demográficas: 79 anos, feminino, parda, solteira, empregada doméstica, analfabeta, internada pela família no SSCF em 12 de outubro de 1949.

Sintomas e Evolução: alterações progressivas de comportamento após ser abandonada pelo companheiro, passando a viver como uma andarilha; confusão mental, idéias delirantes – chegou a receber alta para a casa de parentes, mas o quadro recidivou; evoluiu quieta, com embotamento, pouco contato com as pessoas e alheia ao ambiente.

Resultados do Exame Neurológico: marcha com pequenos passos, tremores de lábios e do pé esquerdo, postura encurvada para a frente.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 4

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 13

2.Estado Psicocomportamental:

Desatenta, apática, desconexa, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: atrofia córtico-subcortical leve

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual.

2.Secundário: doença hemorroidária.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (2).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5mg/dia; prometazina 25mg; biperideno 2mg/dia.

PACIENTE 32 – MH

Características Demográficas: 84 anos, feminino, negra, solteira, prendas domésticas, semi-analfabeta, internada pela família no SSCF em 18 de junho de 1952.

Sintomas e Evolução: transtornos de comportamento desde os 30 anos, após cirurgia de histerectomia (fibroma); alucinações visuais, choro, solilóquios; evoluiu com delírios de perseguição, delírios místicos, perda progressiva das capacidades intelectuais.

Resultados do Exame Neurológico: marcha festinante, postura encurvada, tremores das mãos, discinesia buco-língua-facial.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 1

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 12

2.Estado Psicocomportamental:

Inquieta, fala restrita, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: normal para a idade.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual.

2.Secundário: retardo mental moderado, síndrome parafrênica.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (3).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5mg/dia, biperideno 4mg/dia, piracetam 1200 mg/dia.

PACIENTE 34 – DS

Características Demográficas: 66 anos, feminino, negra, solteira, prendas domésticas, analfabeta, com várias internações em outros hospitais psiquiátricos e transferida para o SSCF em 10 de fevereiro de 1994.

Sintomas e Evolução: desvio de conduta, desde um traumatismo craniano, na juventude, alucinações, agitação, agressividade; evoluiu com os mesmos sintomas, com grande dificuldade de sociabilidade e perda progressiva dos conhecimentos anteriores.

Resultados do Exame Neurológico: tremor fino das mãos, reflexo de “*snout*” positivo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 1

OE (orientação espacial): 1

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 8

2.Estado Psicocomportamental:

Desatenta, desconexa, indiferença afetiva, julgamento diminuído, confabulação, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: normal para a idade.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: nenhum.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: clorpromazina 200mg/dia, prometazina 25mg/dia.

PACIENTE 35 - MIM

Características Demográficas: 77 anos, feminino, negra, solteira, prendas domésticas, primário completo, internada pela família no SSCF em 5 de janeiro de 1971.

Sintomas e Evolução: fez uso de álcool por mais de 20 anos, desenvolvendo quadro delirante e alucinações auditivas; evoluiu com convulsões e comprometimento progressivo da consciência.

Resultados do Exame Neurológico: reflexo de “*snout*” positivo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 1

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 15

2.Estado Psicocomportamental:

Apática, inquieta, indiferença afetiva, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: normal para a idade.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose orgânica;

2.Secundário: epilepsia parcial, síndrome de dependência do álcool.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (4).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5 mg/dia.

PACIENTE 37 – CA

Características Demográficas: 68 anos, feminino, branca, solteira, prendas domésticas, analfabeta, com várias internações psiquiátricas em outros hospitais e transferida para o SSCF em 7 de fevereiro de 1994.

Sintomas e Evolução: distúrbio de comportamento progressivo com alucinações visuais e auditivas, heteroagressividade, delírios de perseguição e convulsões; evoluiu com rebaixamento geral, contato pobre, embotamento e indiferença.

Resultados do Exame Neurológico: tremor fino das mãos e dos dedos.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 0

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 7

2.Estado Psicocomportamental:

Inquieta, desconfiada, cooperando mal, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: calcificações neurocisticercóticas.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia paranóide;

2.Secundário: síndrome demencial, epilepsia, cardiopatia.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (4).

Medicação atualmente utilizada: periciazina 25mg/dia.

PACIENTE 38 - ARN

Características Demográficas: 76 anos, masculino, branco, lavrador, analfabeto, internado pela família no SSCF em 7 de agosto de 1984.

Sintomas e Evolução: trabalhou na lavoura até os 58 anos, quando começou a ficar agitado, com alucinações e insônia, já tendo déficit mental anterior; evoluiu com deficiência visual e auditiva, ficando cada vez mais rebaixado e com mutismo.

Resultados do Exame Neurológico: hipoacusia bilateral acentuada, déficit visual bilateral acentuado, postura levemente curvada para frente, reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente, reflexo de sucção positiva e hemiparesia esquerda completa.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM - não aplicado

OT (orientação temporal): -

OE (orientação espacial): -

ME (memória de evocação recente): -

ET (escore total): -

Estado Psicocomportamental:

Desatento, indiferente, apático, não-cooperativo, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: infartos lacunares à direita.

Diagnósticos:

1.Principal: retardo mental moderado;

2.Secundário: oligofrenia, epilepsia, diabetes, oftalmopatia e surdez.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente dependente (0).

Medicação atualmente utilizada: nenhuma..

PACIENTE 39 - ARS

Características Demográficas: 67 anos, masculino, branco, solteiro, lavrador, semi-analfabeto, com várias internações psiquiátricas e transferido para o SSCF em 8 de fevereiro de 1994.

Sintomas e Evolução: antecedentes convulsivos desde jovem, pobreza ideo-afetiva, crítica rebaixada, agressivo; evoluiu com pobreza progressiva do relacionamento, hábitos não adequados e embotamento.

Resultados do Exame Neurológico: marcha ceifante, sinal de Romberg positivo, hemiparesia esquerda completa, sinal de Grasset positivo à esquerda.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 1

OE (orientação espacial): 0

ME (memória de evocação recente): 1

ET (escore total): 10

2.Estado Psicocomportamental:

Fala lenta, apático, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: infarto fronto-temporal direito e lacunar esquerdo.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: epilepsia, AVCi direito.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (4).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5 mg/dia.

PACIENTE 41 – AD

Características Demográficas: 77 anos, feminino, negra, solteira, empregada doméstica, semi-analfabeta, internada no SSCF em 4 de junho de 1951.

Sintomas e Evolução: distúrbios progressivos de humor desde os 19 anos, com períodos de agitação, inquietude e euforia, e outros de intensa prostração e desinteresse; evoluiu com quadro depressivo prolongado, diminuição progressiva da visão e vários episódios isquêmicos cerebrais que foram interferindo na consciência e no comportamento, tornando-a embotada e apática.

Resultados do Exame Neurológico: marcha festinante, sinal Romberg positivo, amaurose à direita, reflexo de “snout” positivo, reflexos periféricos mais vivos, simetricamente e bilateralmente e hemiparesia direita completa.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 13

2.Estado Psicocomportamental:

Perseveração, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: infartos múltiplos bilaterais e lacunar à esquerda.

Diagnósticos:

1.Principal: transtorno afetivo bipolar;

2.Secundário: AVCs múltiplos, catarata bilateral, epilepsia, ICC, HAS.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente dependente (0).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5 mg/dia, carbamazepina 800mg/dia, digoxina 0,125 mg/dia, furosemide 40mg/dia, captopril 50mg/dia, difenil-hidantoína 200mg/dia.

PACIENTE 42 - JJS

Características Demográficas: 73 anos, masculino, branco, solteiro, lavrador, analfabeto, internado pela família no SSCF em 3 de junho de 1974;

Sintomas e Evolução: discurso confuso, delírios de referência, agitação psicomotora e desassossego permanente; evoluiu com perda completa da coerência, quietude progressiva e isolamento social.

Resultados do Exame Neurológico: instabilidade postural, tremor das mãos (mais acentuado à esquerda).

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 4

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 11

2.Estado Psicocomportamental:

Desconfiado, juízo diminuído, fala desconexa, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: normal para a idade.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia paranóide;

2.Secundário: HAS, estado crepuscular episódico.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (4).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 12,5mg/dia, biperideno 4,0mg/dia, captopril 25mg/dia, hidroclorotiazida 50 mg/dia.

PACIENTE 43 - AS

Características Demográficas: 78 anos, feminino, branca, viúva, ajudante de cozinha, primário incompleto (2 anos), internada por determinação judicial no SSCF em 17 de novembro de 1948.

Sintomas e Evolução: delírios de perseguição e místicos, alucinações auditivas (pessoas a xingavam) e humor instável; evoluiu com instabilidade de humor, isolamento social, com fratura de fêmur, ficando sem poder andar nos últimos anos.

Resultados do Exame Neurológico: amaurose esquerda, dismetria à esquerda, hemiparesia direita e disartria.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 1

OE (orientação espacial): 1

ME (memória de evocação recente): 1

ET (escore total): 11

2.Estado Psicocomportamental:

Desatenta, apática, indiferença afetiva, juízo diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais: n.d.n.

Resultados da Neuroimagem: infarto frontal esquerdo.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia paranóide;

2.Secundário: seqüelas de fratura de fêmur esquerdo, amaurose esquerda.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente dependente (0).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 1 mg/dia, prometazina 25 mg/dia.

PACIENTE 46 - JA

Características Demográficas: 73 anos, feminino, negra, solteira, serviços gerais, semi-analfabeta, com antecedentes de várias internações psiquiátricas em outros hospitais e transferida para o SSCF em 07 de fevereiro de 1994.

Sintomas e Evolução: irritabilidade progressiva, delírios auditivos (persecutórios), ouvindo vozes e falando inadequadamente; evoluiu com oscilações de afeto, com períodos de acalmia, tornando-se sorridente e cooperativa. Desenvolveu uma insuficiência renal crônica, sendo submetida à hemodiálise 3 vezes por semana.

Resultados do Exame Neurológico: instabilidade postural, déficit visual bilateral, sinal de Romberg positivo, marcha prejudicada pelo déficit visual.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 1

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 7

2.Estado Psicocomportamental:

Lenta, desconexa, incoerente, perseveração, julgamento diminuído, sem *insight*.

Resultados de exames laboratoriais:

1.Creatinina: 6,16 mg/dL(0,6 - 1,4 mg/dL);

2.Gama-GT: 67 (7- 32 U/L).

Resultados da Neuroimagem: atrofia cortical.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia paranóide;

2.Secundário: glomerulonefrite crônica, HAS, IRC.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente dependente (0).

Medicação atualmente utilizada: periciazina 10mg/dia, furosemide 40mg/dia, captopril 50mg/dia.

2.4 ACHADOS DOS EXAMES CLÍNICO, NEUROLÓGICO E PSIQUIÁTRICO NOS PACIENTES

Entre os achados neurológicos mais freqüentes em ambos os grupos verificou-se o predomínio da alteração dos reflexos periféricos entre os portadores de demência, bem como alterações de marcha, afasia motora e hemiparesia.

Tabela 4 - Comparação entre os achados neurológicos mais freqüentes nos pacientes portadores e não-portadores de demência

Achados	ND	D
Reflexos Periféricos Alterados	3	11
Marcha Bizarra	0	3
Afasia Motora	0	3
Tremores nos Membros	9	6
Alterações do Equilíbrio	8	6
Marcha Festinante	5	7
Reflexo de “ <i>snout</i> ”	5	7
Alterações de Postura	4	6
Discinesia Tardia	4	4
Exames Neurológicos Normais	3	1
Marcha Ceifante	2	4
Hemiparesia	2	7
Não deambula	1	1
Sinal de Babinski	1	1
Tremor de Lábio e maxilar	1	1
Disartria	0	2

Entre os achados psicocomportamentais mais freqüentes houve grandes diferenças: no grupo dos portadores de demência, os pacientes foram muito menos colaborativos e afetivos, mais desconexos, incoerentes, desatentos, apresentaram alterações na fala e desinteresse.

Tabela 5 - Comparação entre os achados mais freqüentes no exame psicocomportamental dos portadores e dos não-portadores de demência

Achados	ND	D
Colaborativos	18	6
Atentos	11	1
Com <i>Insight</i>	11	0
Sem <i>Insight</i>	8	16
Julgamento Diminuído	6	9
Fala Lenta	6	9
Afeto Lábil	5	12
Desconfiado	5	6
Inquieto	4	7
Desconexo	3	10
Desatento	3	9
Coerente	3	0
Fala Normal	3	0
Interessado	3	0
Delirante	2	0
Ansioso	2	1
Apático	2	9
Exaltados	1	2
Julgamento Preservado	1	0
Gentil	1	0
Não colaborativo	0	10
Com perseveração	0	2
Com estereotipias de movimentos	0	2
Confabulação	0	1
Agressividade	0	1

Entre as doenças psiquiátricas, constatou-se que a esquizofrenia esteve igualmente distribuída em ambos os grupos, sendo o diagnóstico prevalente nessa instituição.

Tabela 6 – Doenças psiquiátricas encontradas nos pacientes portadores e não-portadores de demência

Diagnóstico	Portadores de Demência		Não-portadores de Demência	
	Qtde	%	Qtde	%
EQZ	14	60,9	14	60,9
Ps. Orgânica	5	21,7	6	26,0
Ps. Alcoólica	1	4,3	2	8,7
Retardo Mental	1	4,3	1	4,4
Demência	1	4,3	0	0
Transt. Bipolar	1	4,3	0	0

Ps = psicose Transt.= transtorno Qtde = quantidade

Entre as doenças clínicas (secundárias), constatou-se serem mais freqüentes nos portadores de demência a epilepsia e o acidente vascular cerebral. A hipertensão arterial sistêmica esteve distribuída de maneira semelhante nos dois grupos.

Tabela 7 - Comparação entre as doenças secundárias mais freqüentes nos pacientes portadores e não-portadores de demência

Patologia	ND	D
Epilepsia	3	11
Acidente Vascular Cerebral	3	6
Hipertensão Arterial Sistêmica	7	6
Oligofrenia	5	5
Síndrome de Dependência do Álcool	2	3
Diabetes	1	3
Cardiopatias	2	3
Oftalmopatia	3	3
Demência (inespecífica)	1	2
Síndrome de Confusão Mental	0	2
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	2	1
Tuberculose Pulmonar	0	1
Hiperplasia Prostática Benigna	1	1
Erisipela	0	1
Anemia	0	1
Doença Hemorroidária Aguda	0	1
Parafrenia	0	1
Seqüela de Fratura de Fêmur	0	1
Insuficiência Renal Crônica	0	1
Nenhuma Doença	2	1
Esquizofrenia	2	0
SIDA	1	0
Obesidade	1	0
Neoplasia	1	0
Déficit sensorial auditivo severo	1	0
Polineuropatia Periférica	1	0

Na Figura 11, é possível observar que os grupos de portadores e não-portadores de demência apresentavam-se distribuídos de maneira semelhante em relação às doenças psiquiátricas, motivo pelo qual podemos inferir que são estatisticamente equivalentes quanto a essa variável.

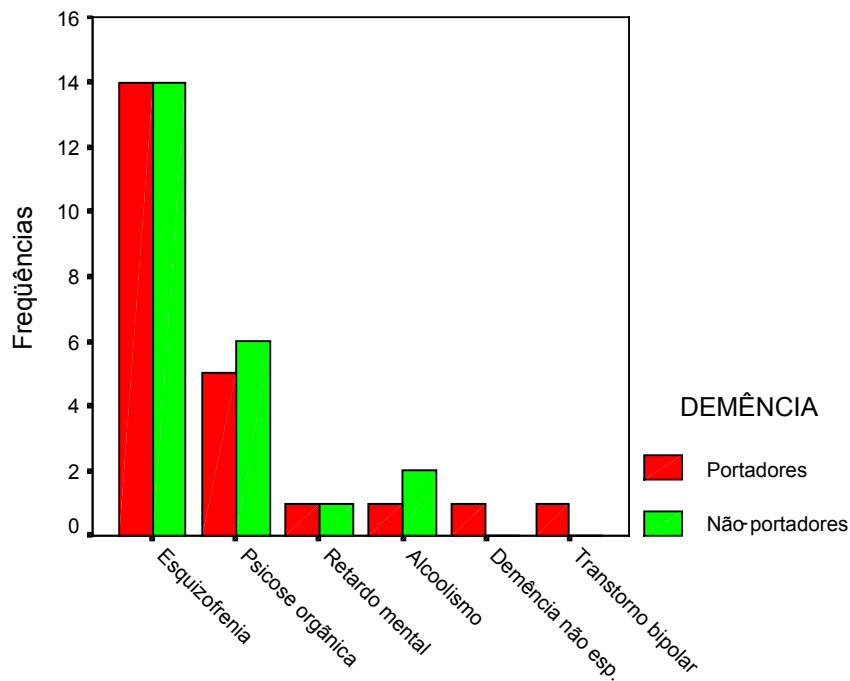


Figura 11. Distribuição das doenças psiquiátricas entre os portadores e os não-portadores de demência

2.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS E COMPARAÇÕES ESTATÍSTICAS ENTRE OS GRUPOS DE PORTADORES E DE NÃO-PORTADORES DE DEMÊNCIA

Como vimos anteriormente, segundo os critérios aplicados para o diagnóstico de demência, foram identificados 23 idosos portadores e 23 idosos não-portadores de demência. As Figuras 12, 13, 14, 15 e 16, a seguir, apresentam dados que permitem conhecer as suas características. Os idosos demenciados eram principalmente analfabetos, mulheres, internados há pelo menos 10 anos e que têm sido pacientes psiquiátricos durante toda a sua vida adulta. No

entanto, as análises de variância revelaram que o tempo de internação foi a única variável que diferenciou estatisticamente os dois grupos ($F = 7,261$, $\text{sign.} = 0,008$).

Como era previsível, foram encontradas relações estatisticamente significantes entre demência e desempenho no MEEM ($F = 43,675$, com $\text{sign.} = 0,000$) e nos seus três subitens, assim como foi encontrada relação entre demência e desempenho no Katz ($F = 51,774$, com $\text{sign.} = 0,000$) (figura 17 e 18).

Quanto ao diagnóstico psiquiátrico, a doença prevalente entre os idosos portadores de demência era a esquizofrenia ($N = 14$). Os outros diagnósticos encontrados eram psicose orgânica ($N = 5$), psicose alcoólica ($N = 1$), demência inespecífica ($N = 1$), retardo mental leve ($N = 1$) e transtorno bipolar ($N = 1$).

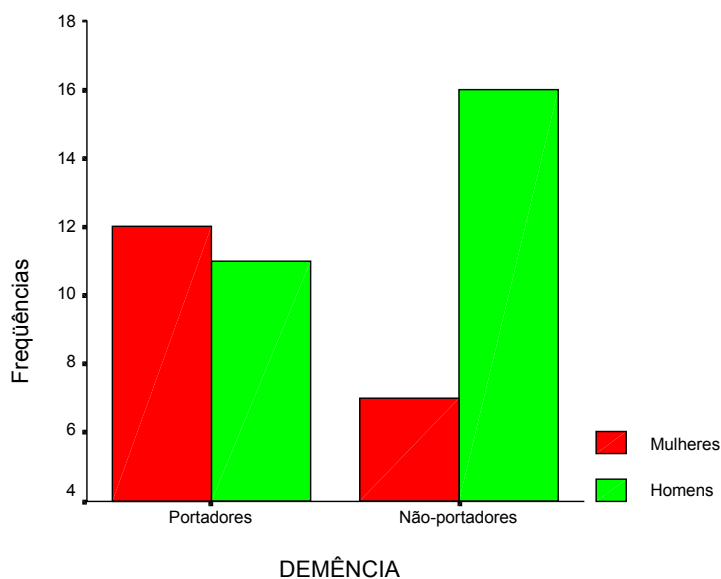


Figura 12 - Distribuição dos portadores e não-portadores de demência conforme o gênero

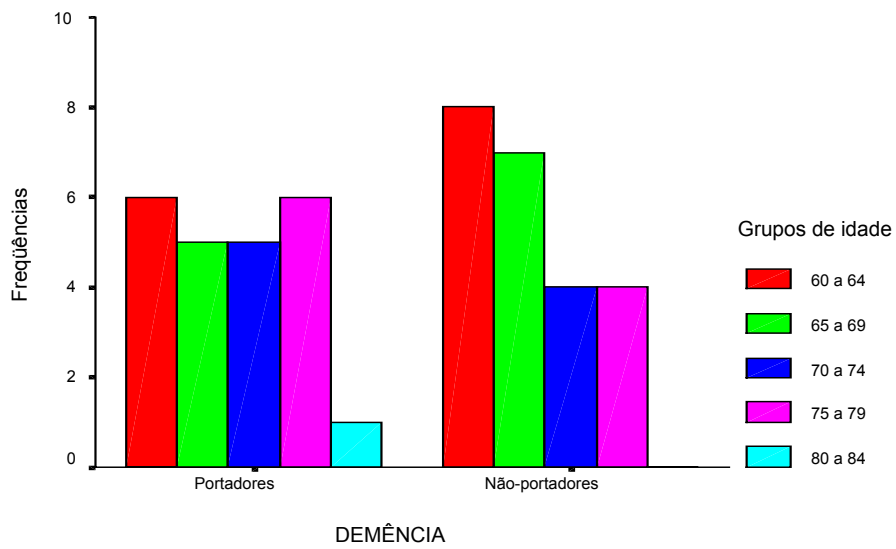


Figura 13 - Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme as faixas etárias

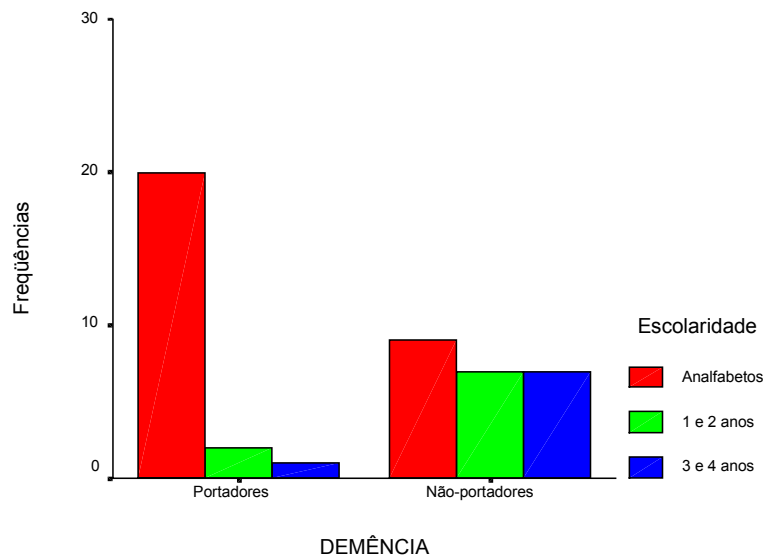


Figura 14 – Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme o grau de escolaridade

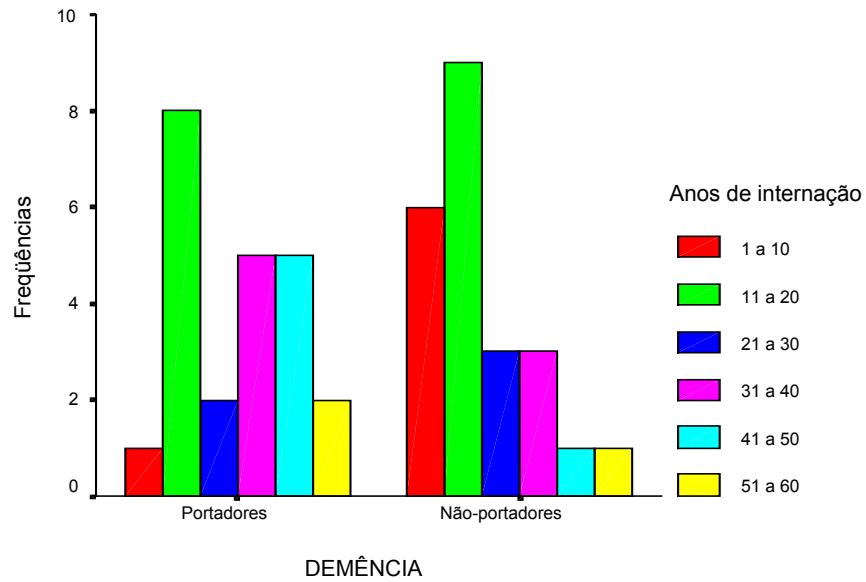


Figura 15 - Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme seu tempo de internação

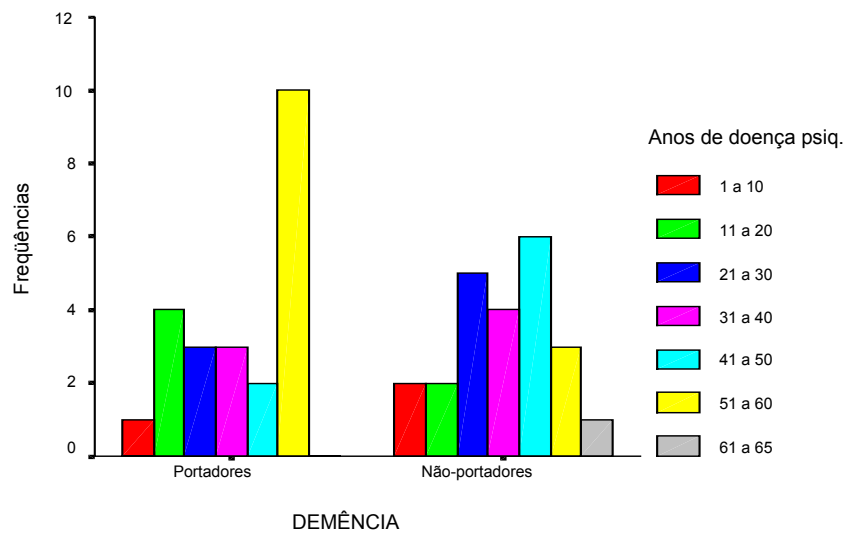


Figura 16 - Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme a duração da doença psiquiátrica

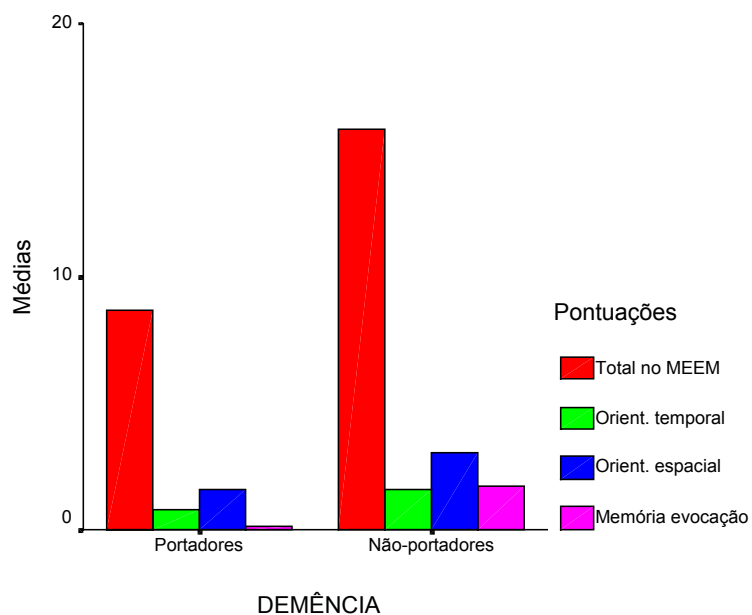


Figura 17 – Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme a pontuação no MEEB

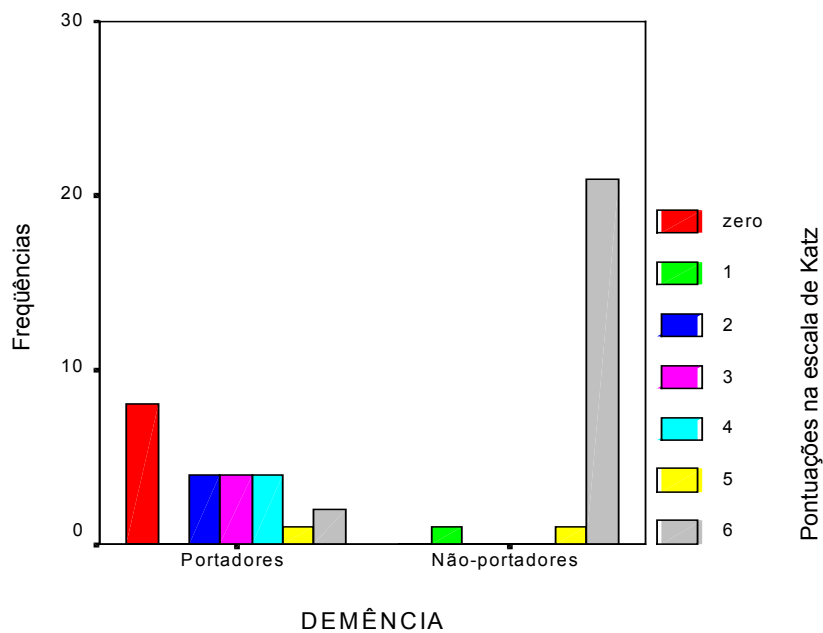


Figura 18 – Distribuição dos pacientes portadores e não-portadores de demência conforme a pontuação na escala de Katz

3 ANÁLISE DA ETIOLOGIA DA DEMÊNCIA SEGUNDO OS CRITÉRIOS LABORATORIAIS DE NEUROIMAGEM E CLÍNICOS (OBSERVAÇÃO CLÍNICA,

CRITÉRIOS DO DSM-IV, CRITÉRIOS DO NINCDS-ADRDA E DO NINDS-AIREN)

3.1 ACHADOS LABORATORIAIS

Todos os pacientes (com exceção de um) foram submetidos a uma bateria de exames laboratoriais para o diagnóstico etiológico de demência. O objetivo era a verificação de possíveis alterações orgânicas, não detectadas clinicamente, que pudessem relacionar-se primária ou secundariamente ao diagnóstico de demência. Os resultados mostraram-se sem alterações significativas na grande maioria dos pacientes. O paciente 8, apresentou alterações das dosagens de hormônio tireoideo, ou seja T4 livre = 0,85 Ug/dL (valores normais = 0,9 a 1,8 Ug/dL) e TSH = 17,73 mUi/L (valores normais = 0,35 a 6,2 mUi/L). O paciente 20, também apresentou alterações das dosagens de hormônio tireoideo, ou seja, T4 livre 0,76 Ug/dL (valores normais = 0,9 a 1,80 Ug/dL) e TSH = 9,97 mUi/L (valores normais = 0,35 a 6,2 mUi/L). A paciente 23, apresentou T4 livre = 2,54 Ug/dL (valores normais = 0,9 a 1,80 Ug/dL) e TSH < 0,01 mUi/L (valores normais = 0,35 a 6,2 mUi/L).

3.2 ACHADOS DA NEUROIMAGEM

Dos 23 pacientes que preencheram os critérios diagnósticos para demência, 22 foram submetidos a TCC. Entre os achados mais frequentes estiveram: hipodensidade lacunar; áreas focais de hipodensidade; proeminência de sulcos corticais e fissuras sylvianas; dilatação ventricular; alargamento de sulcos cerebrais; hipodensidade de substância branca e calcificações puntiformes esparsas. Seis pacientes foram considerados sem alterações significativas para as suas respectivas idades. O paciente que não foi submetido a TCC apresentava sinais de AVCi esquerdo prévio.

Tabela 8 – Resumo dos achados mais freqüentes na tomografia computadorizada cerebral dos pacientes portadores de demência

Achados	N
Hipodensidade Lacunar	6
Área Focal de Hipodensidade	6
Proeminência dos Sulcos Corticais e das Fissuras Sylvianas	6
Dilatação Ventricular	5
Alargamento do sulco cerebral	5
Hipodensidade da Substância Branca Periventricular	4
Calcificações Puntiformes Esparsas	2
Atrofia cerebelar	1
Diminuição do Volume Encefálico	1
Hidrocefalia <i>ex-vacuum</i> discreta	1
Ausência de Alterações	1

TABELA 9 - Resultados da tomografia computadorizada cerebral de 23 pacientes portadores de demência

Paciente	Achados tomográficos	Laudos
7 – IO	discreta hipodensidade da substância branca em região periventricular	normal para a idade
8 – JAS	área hipodensa focal nos núcleos da base do hemisfério cerebral esquerdo, lesões hipodensas da substância branca periventricular, dilatação ventricular	lesões hipodensas da substância branca bilateralmente sugestiva de infartos múltiplos
9 – EJF	discreto alargamento da fissura sylviana, sistema ventricular normal	atrofia córtico-subcortical leve
10 - GV	discreta dilatação do sistema ventricular supratentorial e infratentorial	atrofia córtico-subcortical (predominante)
16 – MSN	calcificações puntiformes esparsas no córtex, no núcleo caudado esquerdo e no núcleo lentiforme direito e mesencéfalo esquerdo, atrofia cerebelar	calcificações neurocisticercóticas
17 – JGS	proeminência dos sulcos corticais e fissuras sylvianas, discreta hipodensidade de substância branca periventricular.	atrofia córtico-subcortical leve
20 – JSL	dentro dos padrões normais	normal para a idade
22 – DPD	hipodensidade frontal direita na substância branca e córtex, hipodensidade mal definida cortical frontal esquerda	infartos múltiplos
23 – MA	extensa área de hipodensidade comprometendo todo o hemisfério cerebral esquerdo	porencefalia
24 – CLF	cisternas basais e sylvianas proeminentes, regiões subcorticais intensamente afinadas, promovendo dilatação ventricular lateral	atrofia bifrontal cortical e subcortical
30 – SR	alargamento dos sulcos cerebrais, cerebelar e cisternas sylvianas, discreto alargamento ventricular	atrofia córtico-subcortical leve
31 – UG	alargamento dos sulcos cerebrais e cisternas sylvianas, alargamento discreto dos ventrículos laterais.	atrofia córtico-subcortical leve
32 - MH	discreta proeminência dos sulcos corticais e diminuição do volume do encéfalo	normal para a idade
34 - AS	discreta proeminência dos sulcos corticais e cisternas sylvianas	normal para a idade
35 - MIM	sulcos corticais proeminentes, ventrículos e cisternas normais	normal para a idade
37 – CA	calcificações em ambos os hemisférios cerebrais (granulomas calcificados), proeminência dos sulcos corticais e sylvianos	calcificações neurocisticercóticas
38 – ARN	hipodensidade mal definida na cápsula interna direita, estendendo-se até a coroa radiada	infartos lacunares à direita
39 – ARS	hipodensidade em região córtico-subcortical nos giros frontais inferior médio e superior direito	infarto fronto-temporal direito
41 – AD	áreas hipodensas bilateralmente difusas, em região cortical e subcortical, hipodensidade lacunar frontal esquerda	infartos múltiplos bilateralmente mais infarto lacunar esquerdo
42 – JJS	discreto alargamento da fissura sylviana, calcificações esparsas	normal para a idade
43 – AS	hipodensidade extensa na substância branca frontal esquerda, hidrocefalia <i>ex-vacuum</i> discreta	infarto frontal esquerdo
46 – JA	alargamento das cisternas basais e sylvianas	atrofia cortical
13 – JML	não realizou exames, pois foi a óbito.	-----

3.3 ETIOLOGIA PROVÁVEL DOS PACIENTES QUE PREENCHERAM OS CRITÉRIOS PARA DEMÊNCIA

Os diagnósticos clínicos foram estabelecidos com base nos critérios encontrados no DSM-IV, nos critérios diagnósticos para doença de Alzheimer segundo o NINCDS-ADRDA e nos critérios diagnósticos para demência vascular segundo o NINDS-AIREN.

Tabela 10 - Provável diagnóstico etiológico da demência

Diagnóstico	N
Etiologia Única	
Demência Alzheimer	9
Demência Vascular	5
Demência Alcoólica	2
Demência por Insuficiência Renal Crônica	1
Demência de Lobo Frontal	1
Etiologia Mista	
Demência Alzheimer + Demência Vascular	1
Demência Vascular + Demência Alcoólica	1
Demência Alzheimer + Demência por Hipotireoidismo	1
Demência Vascular + Demência por Hipertireoidismo	1
Dem. Vascular + Dem. por Hipotireoidismo + Dem. Alcoólica	1

Esses resultados dizem respeito a fase II desse estudo, na qual foram analisados apenas os 23 pacientes portadores de demência. Portanto, resumindo-os temos:

- em termos de alterações laboratoriais, verificaram-se níveis alterados de TSH e T4 livre em três pacientes, sendo dois deles sugestivos de hipotireoidismo e um de hipertireoidismo. Não foi possível determinar, pela história clínica, quando essas alterações teriam surgido, daí serem considerados como fatores participantes do diagnóstico de demência.
- em termos de alterações na TCC, verificaram-se várias modificações que influenciaram no diagnóstico etiológico da demência: hipodensidade lacunar, área focal de hipodensidade, proeminência dos sulcos corticais e das fissuras

sylvianas, dilatação ventricular, alargamento dos sulcos cerebrais, hipodensidade de substância branca periventricular.

Tabela 11 - Provável diagnóstico etiológico das demências nos pacientes ≥ 60 anos, em diferentes faixas etárias

Paciente		Provável Diagnóstico da Demência
61 a 65 anos		
7	61 anos	tipo Alzheimer
8	62 anos	Vascular + hipotireoidismo + alcoólica
9	61 anos	tipo Alzheimer
10	62 anos	tipo Alzheimer
13	65 anos	Vascular + Alcoólica
16	61 anos	Alcoólica
20	61 anos	tipo Alzheimer + Hipotireoidismo
34	65 anos	tipo Alzheimer
66 a 70 anos		
23	70 anos	Vascular + hipertireoidismo
24	68 anos	Lobo Frontal
37	68 anos	tipo Alzheimer
39	67 anos	Vascular
71 a 75 anos		
17	74 anos	tipo Alzheimer + Vascular
22	71 anos	Vascular
30	75 anos	tipo Alzheimer
42	73 anos	tipo Alzheimer
46	73 anos	Insuficiência renal crônica
76 a 80 anos		
31	79 anos	tipo Alzheimer
35	77 anos	Alcoólica
38	76 anos	Vascular
41	77 anos	Vascular
43	78 anos	Vascular
81 anos ou mais		
32	84 anos	Alzheimer

Em relação à etiologia, 18 pacientes tiveram causa única para demência (78,3%), e 5 (21,7%) com mais de uma causa (figura 19).

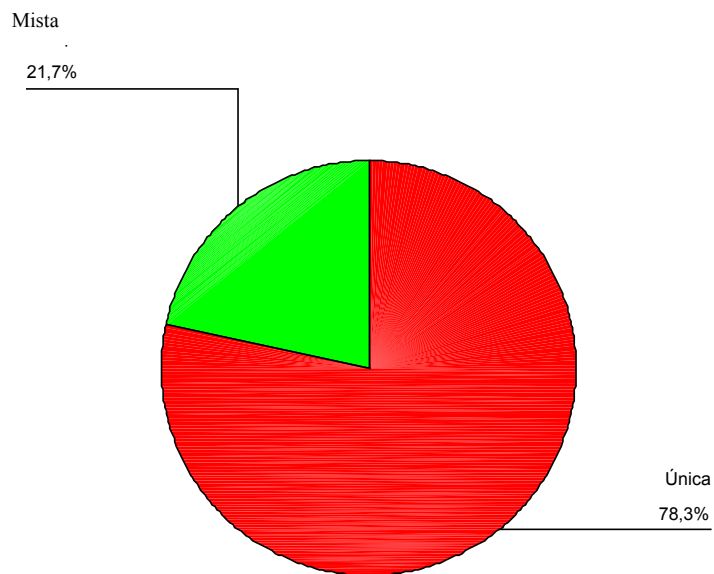


Figura 19. Porcentagem de ocorrência de demências com origem única e mista

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as freqüências dos dois tipos de etiologia de demência entre os idosos ($\chi^2 = 7,348$, $\text{sign} = 0,007$).

A Figura 20, a seguir, apresenta a distribuição das médias dos sujeitos, diagnosticados como portadores de demência de etiologia única e de etiologia múltipla, no MEEM e no Katz. O teste U de Mann-Whitney aplicado às pontuações, nessas provas, não revelou diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, o que significa que a despeito da etiologia, a funcionalidade física e cognitiva desses idosos é parecida. Aplicado o teste de Kendall, essa ocorrência expressou-se na inexistência de associações estatisticamente significantes entre o grau de gravidade das demências e a etiologia.

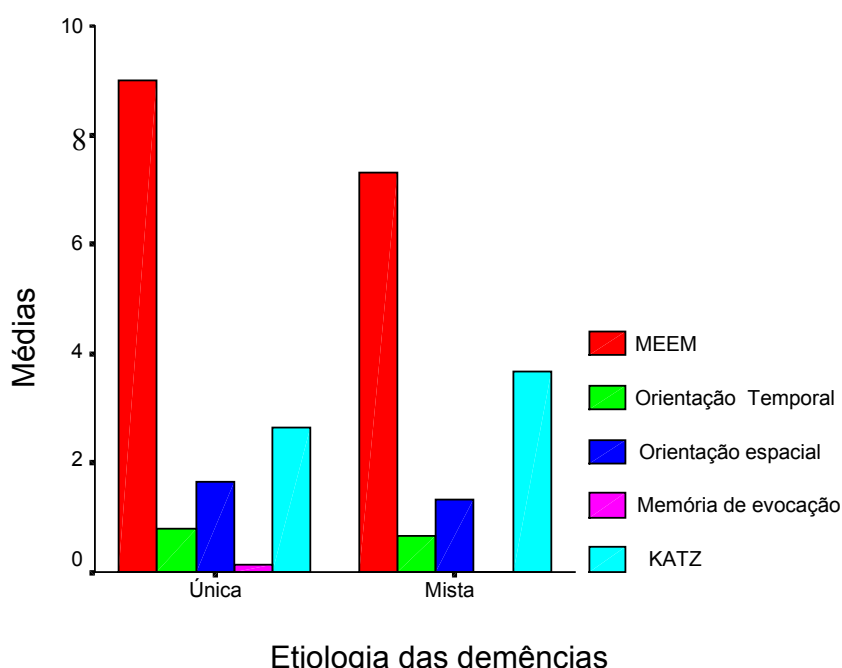


Figura 20. Distribuição dos pacientes portadores de demência segundo a etiologia única e mista

4 ANÁLISE DA GRAVIDADE DA DEMÊNCIA, SEGUNDO A ESCALA DE DETERIORAÇÃO GLOBAL (GDS) DE REISBERG

O GDS permite classificar as demências numa escala de 1 a 7, sendo este último o ponto máximo de gravidade. Os idosos pontuaram nos níveis 5, 6 e 7, conforme distribuição que pode ser observada na figura 21, relativa aos 23 idosos diagnosticados como portadores de demência.

Não foram observadas, correlações estatisticamente significantes entre a gravidade das demências e as variáveis: gênero, idade, duração da doença e tempo de internação.

No entanto, foram observadas correlações estatisticamente significantes entre a gravidade da demência e a pontuação global no MEEM e entre a gravidade e a pontuação de dois subitens do MEEM (orientação espacial e temporal). Foram também comparadas as distribuições do GDS e da escala de Katz, com resultados estatisticamente significantes (tabela 12).

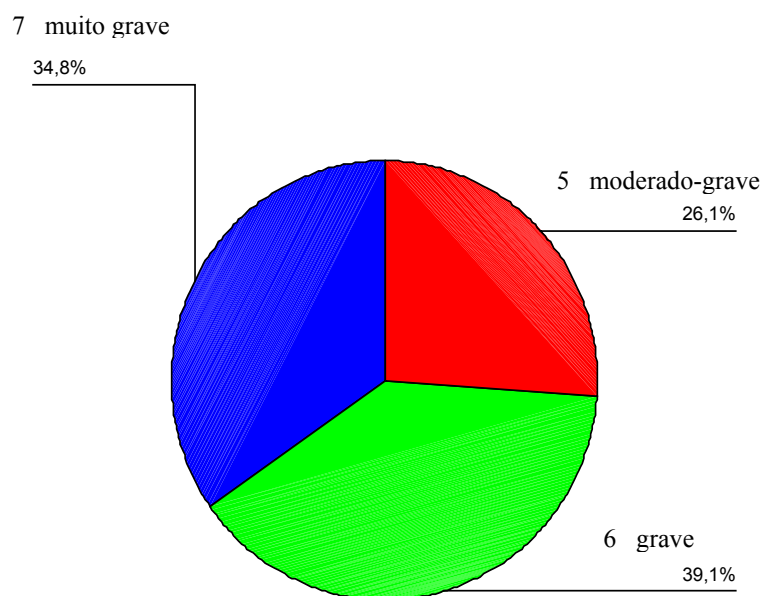


Figura 21 . Porcentagem de casos por gravidade das demências

Tabela 12 - Resultados dos testes de correlação de postos entre a grau de gravidade da demência e as pontuações no MEEM e na escala de Katz

Pares de Variáveis	Coefficientes de correlação (rho)	Significância
GDS x MEEM	- 0,684*	0,001
GDS x Orient. Temporal	- 0,594*	0,006
GDS x Orientação espacial	- 0,417*	0,048
GDS x Memória de evocação	- 0,162	0,268
GDS x Katz	- 0,481*	0,010

* *significante*

Ou seja, quanto mais baixa a pontuação na escala de Katz e no MEEM (exceção feita ao subitem memória de evocação recente), mais alto o nível de severidade da demência.

DISCUSSÃO

Apesar do movimento de desinstitucionalização psiquiátrica ocorrido nos últimos anos em todo o mundo, ainda é grande a prevalência de idosos no SSCF. Na época deste estudo, havia 46 idosos (32,4% dos internados) considerados “crônicos” ou “moradores” que, por diversas razões, não puderam receber alta hospitalar ou serem transferidos para outros serviços: alguns deles em virtude de doenças crônicas com deterioração progressiva, levando a distúrbios mais graves de comportamento; outros, pelo comprometimento acentuado da capacidade funcional, ocasionando um alto grau de dependência; além do abandono ou da rejeição familiar (também em consequência da longa ausência do convívio familiar). Deve-se salientar que a realidade socioeconômica e cultural de nosso país é bastante diferente da dos países mais desenvolvidos, não havendo em muitos casos condições mínimas para a manutenção de tais pacientes em tratamento domiciliar. Em outros países há possibilidade de que pessoas com esse tipo de quadro sejam acompanhadas fora do hospital, em ambulatórios especializados e centros-dia que procuram reabilitar e reintegrar os pacientes no convívio social e familiar. Já em nossa realidade há carência de ambulatórios especializados, de meios acadêmicos para condução desses casos, além de profissionais e cuidadores habilitados para o seguimento de idosos psiquiátricos. Também a permanência hospitalar prolongada tem seus prejuízos para os idosos, podendo, segundo alguns autores, contribuir para uma maior deterioração cognitiva e fragilização (ABRAHAMSON, 1993). Em nosso estudo constatou-se uma correlação significativa entre o tempo de internação e o tempo de duração da doença psiquiátrica (Figuras 1 e 2). O tempo de internação foi bastante grande para toda a amostra, sendo que mais da metade desses idosos já estava vivendo na instituição há mais de 20 anos (Figura 1). As doenças psiquiátricas preexistentes eram antigas, propiciando o longo período de internação. Houve ligeira predominância de homens internados em relação às mulheres (58,7% e 41,3% respectivamente) (Figura 1), o que acompanha outras situações descritas na literatura, nas quais os homens constituem a maioria dos internos em hospitais psiquiátricos em razão de serem mais agressivos e mais difíceis de serem tratados em seus domicílios (COHEN, 1963; STOTSKY, 1967; EPSTEIN; SIMON, 1968; FRIEDMAN, LEHRMAN, 1969; KAHN; HUGHES; LINDSEY, 1980; SHERWOOD; MOR, 1980; TALBOTT, 1983; RONCH, 1987; MOAK; FISHER, 1990). Em

relação à idade, a maioria estava entre os 60 e 69 anos não havendo nenhum acima dos 85 anos (Figura 1). Também se verificou um elevado grau de analfabetismo (65,2%) (Figura 1). Embora fosse grande o tempo de internação para a maioria dos pacientes, encontrou-se uma variação grande neste tempo (2 e 54 anos), com uma concentração maior de pacientes entre 11 e 20 anos (39,1%) (Figuras 1 e 2). Esse conjunto de fatores torna essa população não só mais frágil, como também sujeita a alterações mais severas da cognição, em virtude de serem idosos e de estarem internados há muitos anos, longe do convívio social, com alto grau de analfabetismo e por terem doença psiquiátrica antiga. Considerando o estudo de Moak e Fisher (1990) em hospitais psiquiátricos americanos, quando verificaram uma prevalência de 21% de idosos naquelas instituições, a prevalência nesse serviço foi muito maior (32,4%), caracterizando uma população mais vulnerável e necessitada de cuidados especiais, que precisa ter suas particularidades identificadas e estudadas.

Em relação às doenças psiquiátricas existentes, houve um predomínio da esquizofrenia (Figura 3). Em suas diversas formas de manifestação, essa doença pode assumir caráter crônico, levando à deterioração tanto do ponto de vista comportamental, quanto do cognitivo. Por essas razões, pode mascarar outros diagnósticos, sobretudo em idades mais avançadas, tais como doenças crônico-degenerativas, que podem cursar com manifestações semelhantes. Embora existam muitos estudos referentes à associação da esquizofrenia com outras doenças cerebrais, não há ainda muitos que focalizem os esquizofrênicos institucionalizados e a possibilidade do desenvolvimento de demência independentemente da doença psiquiátrica preexistente. A esquizofrenia, apesar de inúmeras discussões a respeito de suas relações com a demência, não é considerada um fator etiológico pela maioria dos autores (GOLD et al., 1992; ABRAHAMSON, 1993; DAVIDSON et al, 1996). O grau de deterioração que ela provoca em pacientes idosos é muito menor que o ocasionado pelos diversos tipos de demência, especialmente as degenerativas (KAPLAN et al., 1997). Desse modo, é importante também estudar mais profundamente esses esquizofrênicos para verificar se houve realmente deterioração maior e, portanto, rever seus diagnósticos para se estabelecer sua situação cognitiva atual. Os idosos internados também eram portadores de diversas doenças clínicas, destacando-se HAS, AVCs e epilepsia, que possivelmente influíram no comprometimento progressivo do

funcionamento cerebral, com conseqüências graves (Figura 4). É interessante notar que nessa população havia apenas um paciente com o diagnóstico de demência e não havia nenhuma outra referência sobre a instalação de outros casos ao longo dos anos, apesar da piora do estado cognitivo de vários desses pacientes.

Com base nessas observações gerais, levando-se em conta as limitações existentes para estudar mais particularmente essa população e tendo como objetivo verificar os casos de demência nessa instituição, recorreu-se ao protocolo elaborado para este estudo, utilizando-se dois recursos práticos. Para a avaliação neuropsicológica empregou-se o MEEM de Folstein, que vem sendo utilizado em estudos populacionais, inclusive em pacientes internados, não importando seus diagnósticos (KAPLAN et al., 1997). Embora esse exame não dê um diagnóstico de demência por ser apenas um “*screening*” cognitivo, permitiu estudar rapidamente diversos aspectos da cognição. Mesmo havendo uma alta prevalência de analfabetismo, com as adaptações realizadas por Bertolucci et al. (1994), a sensibilidade do método ainda é grande, para detecção de distúrbios cognitivos (82,4%). Para avaliação da capacidade funcional, utilizou-se a escala de Katz, que permitiu estudar os indivíduos em relação a diferentes atividades da vida diária. Nenhum desses exames foi concebido para diagnosticar, mas como auxiliares diagnósticos, pois fornecem informações complementares àquelas obtidas por meio da anamnese e dos exames clínico, neurológico e psiquiátrico. Nas demências há importantes comprometimentos que podem ser melhor avaliados com o auxílio do MEEM e de uma escala de capacidade funcional. Hoje sabe-se que um diagnóstico de demência baseia-se não só nas alterações da capacidade cognitiva, mas também em mudanças que o indivíduo pode apresentar em suas várias atividades da vida diária e da vida prática.

Submetendo-se os 46 idosos ao protocolo elaborado, pôde-se verificar uma heterogeneidade acentuada em relação ao estado geral desses pacientes. Em virtude de limitações sensoriais, oito pacientes não puderam ser submetidos ao MEEM. Destes, seis pacientes já evidenciavam clinicamente sinais de demência, por apresentarem, além do comprometimento da memória, alterações importantes de linguagem (4 pacientes), das praxias, das gnosis e das funções executivas (os 6 pacientes). Também segundo as informações da história clínica, todos eles apresentavam um declínio progressivo em relação a seus estados anteriores. Os outros dois

pacientes não submetidos ao MEEM tinham déficits sensoriais acentuados, mas sem sinais clínicos de comprometimento cognitivo importante, pois participavam ativamente em tarefas do hospital. Dos 38 pacientes que se submeteram ao MEEM (Figura 5), verificou-se que 24 deles tiveram escores abaixo dos seus respectivos pontos de corte (dependendo da sua escolaridade), caracterizando déficits cognitivos: sua pontuação foi significativamente menor (Figuras 6 e 7) do que nos outros 14 pacientes. O desempenho global no MEEM foi menor, bem como em relação a dois dos seus subitens (orientação espacial e memória de evocação recente) (Figura 7). Pudemos observar que mesmo havendo longa permanência na mesma instituição, a orientação espacial esteve bastante prejudicada, ajudando a refletir dano cerebral importante. Também a memória de evocação recente foi significativamente diferente, sendo que dos 3 pontos possíveis apenas dois pacientes alcançaram 1 ponto. Já a orientação temporal, embora também alterada, não se mostrou de forma significativa (Figuras 7 e Tabela 1). Independentemente do estado cognitivo, foi bastante marcante nos 38 pacientes a noção exata do horário do dia: isso se explica pela rotina do hospital em relação aos horários, sobretudo das refeições e da administração dos medicamentos, ajudando esses pacientes a se localizarem em relação ao período do dia. Foram feitas também correlações para verificar a possível associação entre o desempenho no MEEM e outras variáveis: obteve-se significância estatística somente em relação ao tempo de internação (Tabela 2). O desempenho no MEEM foi pior de forma proporcional ao tempo de internação. Concordando com estudos prévios já citados (SCHARTZMAN; DOUGLAS, 1962; JOHNSTONE et al., 1981; MATHAI; GOPINATH, 1985), o isolamento social desses pacientes pareceu contribuir para um maior comprometimento cognitivo de maneira mais importante do que a própria idade, o gênero ou a doença psiquiátrica preexistente.

Todos os 46 idosos foram submetidos à avaliação da capacidade funcional (Figura 8) e estas foram quantificadas através da escala de Katz (KATZ, 1963). Considerando apenas os 38 pacientes avaliados pelo MEEM, 21 deles obtiveram valores correspondentes a independência funcional (Figuras 9 e 10), sendo de ambos os grupos (com e sem déficits cognitivos, segundo o MEEM). Houve, no entanto, correlação entre os valores observados no MEEM e na escala de Katz (Tabela 3); entre os pacientes com moderadas e acentuadas incapacidades funcionais, predominavam os portadores de déficit cognitivo (Figura 9). Assim, houve maior variabilidade de

pontuação na escala de Katz entre os portadores de déficit cognitivo (50% entre 0 e 3, e 50% entre 3 e 6), ao passo que, no grupo dos pacientes sem déficit cognitivo, somente 3 pacientes pontuaram abaixo de 3, enquanto os outros pontuaram entre 5 e 6, números estes que demonstram menor dependência e independência funcional plena (Figura 10). Esses dados salientam a maior fragilidade dos pacientes com déficit cognitivo, demonstrando sua necessidade de cuidados especiais. Dessa forma, a associação entre baixo desempenho no MEEM e maior incapacidade funcional pode servir de critério importante para determinar também os tipos de cuidados que esses pacientes deveriam receber.

Considerando então todas essas informações, os 46 pacientes foram divididos em dois grupos, portadores de demência (grupo I) e não-portadores de demência (grupo II) utilizando os critérios do DSM-IV. Todos os 23 pacientes que preencheram os critérios tiveram alterações acentuadas da memória e dos outros itens referentes à capacidade cognitiva (apraxia, agnosia, afasia). O comprometimento da memória é indispensável para se fazer um diagnóstico de demência, sendo o sintoma mais proeminente. Esses indivíduos ficam comprometidos em suas capacidades de aprender coisas novas ou esquecem o que já sabiam. Foram incluídos aqui também os pacientes que não realizaram o MEEM. Com base nos exames clínico, neurológico e psiquiátrico, pôde-se comparar os dois grupos. Em relação aos achados neurológicos, os dois grupos se equivaleram, no entanto, notaram-se alterações acentuadas nos reflexos periféricos, distúrbios da marcha, comprometimento motor e de fala nos pacientes do grupo I. Isso se deveu ao fato de esses pacientes serem acometidos por lesões neurológicas mais graves do que os pacientes do grupo II, contribuindo assim para a instalação da própria demência (Tabela 4). O mesmo ocorreu em relação aos achados no exame psiquiátrico: as alterações foram significativamente muito maiores no grupo I, especialmente em decorrência de seu maior prejuízo cognitivo: foram muito menos colaborativos, mais desatentos, desconexos e com labilidade afetiva. Tais características fazem parte do quadro clínico de pacientes portadores de demência, independentemente de terem ou não doenças psiquiátricas preexistentes. No grupo II essas alterações foram muito menores, de forma que, embora ambos os grupos fossem muito semelhantes em relação às doenças psiquiátricas, as alterações comportamentais foram diferentes, podendo ser atribuídas mais à demência instalada do que à doença psiquiátrica preexistente

(Tabela 5). A esquizofrenia foi o diagnóstico mais encontrado na maioria dos pacientes internados, sendo nos dois grupos em número igual (Tabela 6 e Figura 11). Ela constitui a maior causa de internação em unidades psiquiátricas (TAUBE et al., 1983). Embora possa alterar a cognição de seus portadores em pelo menos alguns dos seus subtipos (BRIDGE et al., 1978; JOHNSTONE et al., 1986; KEEFE et al., 1989; McGLASHAN. et al., 1992; HOOFF et al., 1992; DAVIDSON et al., 1995), em nossa amostra não pôde ser considerada como um fator de risco ou etiológico para a demência, o que está de acordo com diversos estudos (GOLD et al., 1992; ABRAHAMSON, 1993; DAVIDSON et al., 1996). Não foi possível estudar mais profundamente as características dos pacientes esquizofrênicos dos dois grupos, não havendo indícios de que predominassem os sintomas negativos nos esquizofrênicos que preencheram os critérios para demência, nos quais parece existir uma maior deterioração cognitiva (BRIDGE et al., 1978; JOHNSTONE et al., 1986; KEEFE et al., 1989; McGLASHAN et al., 1992; HOOFF et al., 1992; DAVIDSON et al., 1995). O que podemos afirmar é que os pacientes internados com diagnóstico de esquizofrenia e que preenchem os critérios para demência tiveram um declínio acentuado em relação aos seus estados anteriores, comprometendo o seu funcionamento cognitivo e social na instituição. O mesmo não ocorreu com os esquizofrênicos que não preencheram tais critérios. Portanto, desenvolveram o quadro demencial durante o período que estiveram na instituição. Os dois grupos também se equivaleram no que se refere às doenças secundárias, sendo que no grupo I houve maior referência a epilepsia e aos AVCs (Tabela 7). Todos esses dados foram obtidos dos prontuários desses pacientes.

Os idosos portadores de demência foram principalmente analfabetos e mulheres, internados há pelo menos 10 anos nesse serviço e com doenças psiquiátricas de longa duração (Figuras 12 e 14). O único dado significativamente importante que diferenciava os dois grupos foi o tempo de internação, há pelo menos 10 anos (11 a 20 anos) (Figura 15). É importante considerar que, dos 24 pacientes que apresentaram déficit cognitivo pelo MEEM, 14 deles preencheram os critérios do DSM-IV para demência; os outros 10 pacientes, mesmo com pontuação inferior ao ponto de corte, não se enquadraram nos critérios estabelecidos, constituindo um grupo de indivíduos com maior possibilidade de desenvolver uma demência se permanecerem vivos. Por outro lado, desde que recebam cuidados especiais envolvendo a

estimulação cognitiva, podem não desenvolver demência, abrindo, portanto, um campo de interesse de atuação nessa instituição. Até o momento, tais aspectos desses pacientes permanecem sem estudo aprofundado. Entre os outros nove pacientes que completam o grupo dos portadores de demência, estão os seis que não fizeram o MEEM e três que tiveram escores acima do ponto de corte – estes tiveram seus escores exatamente no valor do ponto de corte, mas no subitem de memória de evocação recente obtiveram pontuação nula, sem exceção. Mesmo não sendo o MEEM um exame diagnóstico, os seus vários subitens podem ser valorizados especialmente no que diz respeito à memória de evocação recente, à orientação espacial e à orientação temporal. Mesmo com os escores no ponto de corte, esses pacientes tinham a característica essencial de uma demência, que é o desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, além do comprometimento da memória.

Em relação ao grau de escolaridade, houve uma significativa associação entre baixa escolaridade e demência (Figura 14). O desempenho no MEEM foi significativamente diferente em ambos os grupos com pontuação menor nos pacientes do grupo I (Figura 17). Foi bem evidente a maior proporção de analfabetos e semi-analfabetos no grupo dos pacientes portadores de demência. Já no grupo de não-portadores de demência, o grau de escolaridade foi mais alto. Concordando com a literatura existente a esse respeito, também numa instituição psiquiátrica para crônicos, verificou-se que a baixa escolaridade é um risco para o desenvolvimento de demência em portadores de doenças psiquiátricas (HEATON; CROWLEY, 1981; BURICH et al., 1988; PETERSEN et al., 1992; STERN; ALEXANDER et al., 1992; STERN; ANDREWS et al., 1992; STERN, 1994). Nessa unidade também se constatou um baixíssimo nível socioeconômico, o que também pode se somar à baixa escolaridade e contribuir para o maior risco de demência (ROCCA. et al., 1990; ZHANG et al., 1990; OTT et al., 1995). A baixa escolaridade, especialmente o analfabetismo, interfere na maioria dos testes neuropsicológicos que podem ser empregados na avaliação cognitiva de pacientes idosos (MORTIMER; GRAVES, 1983; CARAMELLI et al., 1997). As habilidades de linguagem parecem ser bastante vulneráveis aos efeitos da educação. Por outro lado, a alta escolaridade e possivelmente a capacidade profissional podem ser fatores que conduzam a uma maior possibilidade de compensar danos neuronais (RITCHIE; TOUCHON, 1992). Na população estudada havia a total falta desses “protetores”, pois predominaram o analfabetismo e uma atividade profissional muito limitada e indiferenciada.

Entretanto, outros fatores também puderam influenciar para que esses indivíduos desenvolvessem o quadro demencial, tais como a precária situação socioeconômica, alterações nutricionais e comorbidade (MORTIMER; GRAVES,1983). Idosos com alta escolaridade poderiam utilizar melhor as estratégias cognitivas compensatórias durante a aplicação de testes neuropsicológicos. Assim, a baixa escolaridade poderia favorecer um diagnóstico mais precoce do comprometimento cognitivo, pois esses pacientes mostrariam seus “defeitos“ nos testes neuropsicológicos mais cedo do que os com maior escolaridade (CARAMELLI et al., 1997). O efeito protetor da escolaridade baseia-se na hipótese de que ela poderia contribuir para o aumento da densidade sináptica nos indivíduos com nível intelectual maior, de forma que mesmo que não pudessem evitar a demência, esta se manifestaria em idades mais avançadas (MORTIMER,; GRAVES, 1983). A escolaridade elevada influencia na heterogeneidade neuropsicológica dos diferentes indivíduos.

Em relação ao diagnóstico etiológico da demência, este já era evidente em muitos casos com todos os dados que já haviam sido observados. No entanto, a bateria de exames laboratoriais e a TCC, utilizados pelo departamento de neurologia da UNICAMP, puderam fornecer dados complementares para um diagnóstico mais preciso. Procurou-se dividir o grupo de pacientes em portadores de demência de causa única e os de causa mista (Tabela 10), dependendo do número de fatores etiológicos implicados. Havia dois pacientes com níveis diminuídos de T4 livre e aumentados de TSH, sugerindo um diagnóstico clínico de hipotireoidismo. Nas respectivas histórias clínicas desses dois pacientes, não havia referência a qualquer disfunção tireoidiana prévia. O hipotireoidismo, conforme podemos observar no Quadro 1, é causa de demência (KAPLAN et al., 1997). Assim, optou-se por adotar esse diagnóstico também como provável causa para demência nesses dois pacientes. Encontrou-se um outro paciente com níveis de TSH bastante diminuídos, bem como com aumento do T4 livre. Pela mesma razão exposta acima, o hipertireoidismo desse paciente foi considerado como fator etiológico de demência (KAPLAN et al., 1997). Nesses pacientes havia outros indícios de doenças, o que levou à sua classificação como portadores de demências por causas mistas. Um dos pacientes estudados apresentou níveis de creatinina sérica muito elevados, estando em programa de hemodiálise há cerca de dois anos. Não foi possível determinar desde quando ele era portador de insuficiência

renal, sabendo-se, entretanto, que era de longa duração. Atribuiu-se a demência desse paciente à insuficiência renal crônica, pois não se enquadrava em outros diagnósticos. A insuficiência renal crônica e a própria hemodiálise podem ser consideradas causas de demência, conforme mostra o Quadro 1 (KAPLAN et al., 1997). Vinte e dois pacientes foram submetidos a TCC, a qual também faz parte do protocolo acima referido (Tabelas 8 e 9). Sabendo-se que este é também um exame complementar e inespecífico, teve seu valor limitado por ser realizado apenas uma vez em cada um desses pacientes. A TCC pode fornecer informações mais precisas quando realizada de forma seriada, trimestral ou, pelo menos, semestralmente. Assim mesmo, obtêm-se informações importantes em pacientes que tenham antecedentes de AVCs, pois podem mostrar infartos em posições estratégicas, que, quando afetadas, podem gerar demência, bem como múltiplas áreas de comprometimento. Outras doenças também podem ser comprovadas por meio da TCC, tais como hidrocefalia de pressão normal e tumores cerebrais. Neste estudo, foram encontrados diversos pacientes com sinais evidentes de comprometimento cerebral isquêmico (hipodensidade lacunar, hipodensidade de substância branca periventricular e porencefalia); em outros, sinais de redução no tamanho volumétrico do cérebro, atrofia córtico-subcortical importante; em outros ainda, o aspecto tomográfico do cérebro era normal para a idade; em dois pacientes calcificações neurocistecircóticas e em outro importante atrofia bifrontal (Tabela 9). Em todos esses 22 pacientes procurou-se relacionar os achados tomográficos com os respectivos quadros clínicos e laboratoriais para chegar aos diagnósticos etiológicos. Os pacientes que receberam diagnóstico etiológico de demência tipo Alzheimer tiveram em comum o grave comprometimento de memória, além de outros comprometimentos da cognição (alterações de linguagem, prejuízo na execução de atividades motoras, incapacidade variável de reconhecimento de objetos e abstração ausente); tampouco tinham sinais neurológicos de localização e foi muito evidente o declínio geral em relação a situações anteriores. Não foi possível, entretanto, determinar a partir de quando. Os déficits eram permanentes, nenhum deles estava em estado de *delirium* e todos, além da longa permanência hospitalar, tinham doenças psiquiátricas. Nenhuma dessas doenças psiquiátricas foi considerada responsável direta pelo quadro demencial, embora em 10 dos pacientes que tinham como etiologia única ou mista a doença de Alzheimer o diagnóstico psiquiátrico fosse de esquizofrenia. Existem longas discussões relacionando as duas doenças;

embora a esquizofrenia receba na sua definição a caracterização de uma demência precoce (KRAEPELIN, 1919), possui também declínio cognitivo; no entanto, a memória é, comparativamente aos outros declínios, pouco desordenada. Nas demências e na doença de Alzheimer, a perda severa de memória é parte central e essencial (DSM-IV, 1994). A demais, na esquizofrenia não existe caráter degenerativo (McKHANN et al., 1984). Em relação à velocidade do declínio cognitivo, esta é desproporcionalmente maior nos portadores de doença de Alzheimer, intermediária no idoso esquizofrênico e muito menor no envelhecimento normal (GOLDBERG et al., 1987; GOLDSTEIN et al., 1991; GOLD. et al., 1992; HEATON et al., 1994).

É interessante e importante afirmar neste presente estudo mais dois pontos: ambos os grupos foram compostos por 23 pacientes e em cada um deles existiam 14 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (Figura 11). Dessa forma, tal doença não funcionou como um possível fator de risco para a demência. Nos nove pacientes que tiveram a doença de Alzheimer como causa única de demência, não havia alterações laboratoriais ou de localização neurológica, e nas TCCs as alterações descritas foram de atrofia córtico-subcortical sem rarefação de substância branca, sendo que, em quatro desses pacientes, não se encontraram alterações tomográficas. Em um paciente havia calcificações esparsas atribuídas a neurocistecercose sem outras alterações de parênquima, sugerindo então o diagnóstico de doença de Alzheimer. Dois pacientes com diagnóstico de doença de Alzheimer tiveram outros diagnósticos conjuntos, constituindo casos de demência mista: em um deles o hipotireoidismo, considerado também um fator etiológico – embora muitas vezes quando tratado não determine nenhuma melhora do quadro demencial – e, no outro, a demência vascular, pois embora não houvesse sinais neurológicos focais, apresentava na TCC hipodensidade importante de substância branca. Utilizando os critérios do NINCDS-ADRDA (anexo 8), consideraram-se todos os casos diagnosticáveis como de provável doença de Alzheimer, pois todos estiveram concordantes com os critérios prováveis.

Nos cinco pacientes que receberam o diagnóstico de demência vascular como etiologia única, todos, apresentavam sinais neurológicos focais, indicando comprometimento cerebral localizado, com importantes alterações na TCC. Outros quatro casos considerados dentro

daqueles com etiologia mista também apresentavam sinais focais de alterações na TCC, com exceção daquele associado à doença de Alzheimer: nesse caso em particular, houve apenas alterações de substância branca em regiões subcorticais, sugerindo vasculopatia. Esse paciente era um hipertenso antigo em tratamento somente nos últimos anos. Os outros três casos estiveram associados com demência alcoólica, hipotireoidismo e hipertireoidismo. Utilizando-se os critérios do NINDS-AIREN (anexo 7) para diagnóstico de demência vascular, todos eles também foram considerados portadores de provável demência vascular, pois também estavam concordantes com os critérios necessários. O uso crônico e abusivo de álcool foi o único fator etiológico em dois casos e considerado etiologia associada em outros dois. Esses pacientes com etiologia única apresentavam desde o início de suas longas internações alterações psiquiátricas e de comportamento, além de síndrome de abstinência, com deterioração cognitiva precoce (com base nas informações dos prontuários médicos da instituição psiquiátrica em questão), não havendo neles outros quadros que sugerissem associação com outras demências. No entanto, nos outros dois casos de demência alcoólica houve associação com demência vascular e com demência vascular combinada com hipotireoidismo, casos em que havia alterações laboratoriais e de neuroimagem. Houve um caso de demência associada à insuficiência renal crônica, havendo nele antecedentes de hipertensão arterial e glomerulonefrite crônica. Independentemente de sua doença psiquiátrica, houve mudanças de comportamento e profundas alterações de memória de forma rápida há cerca de três anos, sendo submetido a hemodiálise nos últimos dois anos. Como havia doença orgânica que pode ser considerada como causa de demência e não havia indícios de outros fatores etiológicos para outro tipo de demência, além de uma instalação mais súbita, atribuiu-se a insuficiência renal crônica como a principal causa; embora a hemodiálise também possa ser causa de demência, ela não foi considerada pelo fato de que, quando foi iniciada, o paciente já apresentava sinais de deterioração. Outro caso de demência de causa única foi um paciente que apresentou quadro clínico de mudanças de comportamento e desinibição, havendo na TCC modificações importantes do lobo frontal, caracterizando uma provável demência de lobo frontal. Apenas um dos pacientes desse grupo I não pôde ser submetido aos exames laboratoriais e TCC. Nele havia evidência clara de uso crônico de álcool, o que provocou alterações psiquiátricas, comportamentais e de memória, piorando muito a partir de um AVCi

esquerdo, sugerindo assim um caso de demência de causa mista: demência vascular e alcoólica. Esses idosos portadores de demência foram agrupados segundo seus diagnósticos etiológicos e faixas etárias, havendo predomínio de doença de Alzheimer nas faixas de 61 a 65 anos, 71 a 75 anos e após os 81 anos; a etiologia vascular predominou nas faixas entre 66 a 70 anos e entre 76 a 80 anos (Tabela 11). Portanto, estabelecidas as prováveis etiologias, houve diferença significativa entre as frequências dos dois tipos de demência no grupo de idosos estudados, ou seja, demência de causa única e causa mista (Figura 19). Mesmo sendo uma população com elevado grau de comprometimento geral, na maioria dos indivíduos não pareceu haver combinação de causas para demência. Como etiologia única ou mista a prevalência maior foi a provável doença de Alzheimer (47,8%), seguida da provável demência vascular (39,1%). Não houve diferenças significativas nesses dois grupos em relação às alterações do MEEM e da escala de Katz (Figura 20). A etiologia única ou mista não pareceu influir no desempenho no MEEM, nem pareceu estar relacionada às alterações da capacidade funcional, pois a funcionalidade cognitiva e física destes idosos foi similar. A demência por si só foi a responsável pelo baixo desempenho nos dois testes.

Tendo, portanto, os diagnósticos etiológicos das demências nesses pacientes há longo tempo institucionalizados, procurou-se avaliar a gravidade da demência. Apesar de existirem vários critérios de avaliação, escolheu-se o GDS de Reisberg por ser um método simples que considera essencialmente os critérios clínicos (Figura 21). Os pacientes ocuparam os três maiores níveis de gravidade. Fazendo-se correlação entre o nível de gravidade da demência e o desempenho global no MEEM e seus subitens, bem como em relação à escala de Katz, houve significância estatística em todas essas comparações, com exceção da memória de evocação recente (Tabela 12). Quanto mais baixa a pontuação no MEEM e na escala de Katz, mais alto o nível de gravidade da demência. Apesar dessa relação lógica, foi importante essa observação, porque, independentemente de outros fatores, a própria pontuação no MEEM e na escala de Katz podem previamente sugerir a gravidade da demência e o prognóstico. Como vimos em trabalhos anteriores em que o baixo desempenho funcional constitui um critério importante para medir a longevidade numa instituição psiquiátrica (KAY, 1962; GOLDFARB., 1969; PECK et al., 1978; THOMPSON; EASTWOOD, 1981; SCHOENBERG et al., 1981; VITALIANO et al., 1981; DONALDSON; JAGGER, 1983; BEARD et al., 1984; CAMPBELL et al., 1985; DIESFELDT et

al., 1986; MÖSLÄ et al., 1986; MARTIN et al., 1987; ALBERT, 1988; VAN DIJK et al., 1991; HERBERT et al., 1995; MARTIN et al., 1997), a sua associação com baixo desempenho no MEEM pode sugerir pior prognóstico. Relacionando-se as etiologias e a gravidade da demência dos pacientes portadores de demência também não se observou significância estatística.

Nessa unidade psiquiátrica, apesar da longa permanência de todos os pacientes e de suas doenças psiquiátricas, não foi encontrado nenhum caso de demência que tivesse como fator etiológico à doença de Parkinson, nem mesmo demência por corpúsculos de Lewy. Apesar do uso crônico e prolongado de neurolépticos, poucos pacientes apresentaram sinais extrapiramidais. Há discussão sobre a repercussão dos neurolépticos em relação à cognição, predominando a opinião de que esse grupo farmacológico não tem influência nos escores do MEEM (KING, 1990), o mesmo não acontecendo com substâncias anticolinérgicas. Estas sim, dependendo das doses, podem influir nos escores do MEEM, pois diminuem a ação da acetilcolina, considerada importante mediador químico da memória. Nos pacientes pertencentes ao grupo de portadores de demência, apenas cinco deles faziam uso associado a neurolépticos e em doses terapêuticas. Não se deve deixar de considerar que, embora vários desses pacientes já não mais fizessem uso de qualquer fármaco nos últimos anos, pelo longo tempo de permanência hospitalar, muitas intervenções foram realizadas, de maneira que se tornou difícil julgar se pode ou não ter havido influência dos tratamentos efetuados nos seus estados cognitivos atuais. Alguns desses pacientes foram submetidos inclusive a eletroconvulsoterapia.

Mesmo havendo particularidades próprias da longa permanência hospitalar e do isolamento social, a demência não mostrou características significativamente diferentes daquelas encontradas na comunidade. O longo tempo de internação pareceu ser um fator de risco muito importante, assim como o analfabetismo. Não foi possível determinar se as alterações da capacidade funcional precederam ou sucederam a deterioração cognitiva, mas ambos influenciaram de modo importante o desenvolvimento da demência. Entretanto, é real o desenvolvimento de demência em pacientes psiquiátricos crônicos, as quais precisam ser reconhecidas, avaliadas e estadiadas, para que tais pacientes possam receber um tratamento diferenciado, inclusive para a sua própria proteção em virtude de sua maior fragilidade. Também é interessante ressaltar que, em meio aos idosos sem diagnóstico de demência, há uma parcela

significativa que tem déficits cognitivos que precisam ser reconhecidos e tratados especificamente, pois há a possibilidade de se evitar uma futura demência.

Com este estudo pretendeu-se, não só conhecer melhor os déficits cognitivos de pacientes idosos de um hospital psiquiátrico de crônicos, como também contribuir com a equipe médica, alertando sobre a presença dessa síndrome, fornecendo subsídios para condutas diagnósticas e terapêuticas mais específicas, além de despertar o interesse para idosos psiquiátricos com suas peculiaridades.

CONCLUSÕES

1. A prevalência de idosos no SSCF foi de 32,4% da população institucionalizada, com predomínio, neste grupo, de indivíduos do sexo masculino, com alto grau de analfabetismo, diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia e longos períodos de internação;
2. A prevalência de distúrbios cognitivos foi de 65,3% entre os idosos, enquanto a de demência foi de 50% (16,2% do total dos internos);
3. Entre os portadores de demência, predominou a etiologia única em 78,3%, sendo 21,7% de etiologia mista;
4. Entre as prováveis etiologias, houve predomínio de provável doença de Alzheimer em 47,8%, seguida pela provável demência vascular em 39,1% e outras causas em 13,1%;
5. Quanto à gravidade da demência, 26,1% eram portadores de grau moderadamente grave; 39,1% de grau grave e 34,8% de grau muito grave;
6. É uma realidade o envelhecimento dentro da unidade psiquiátrica estudada, merecendo abordagem especial e direcionada, visando à maior proteção desses idosos, tendo em vista sua fragilidade e sua comorbidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAMSON, D. Institutionalization and the long-term course of schizophrenia. **Br. J. Psychiatry**, v. 162, p. 533-8, 1993.
- ADDONIZIO, G.; ALEXOPOULOS, G. S. Affective disorders in the elderly. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 8; p. 41-6, 1983.
- ALBERT, M.S. General issues in geriatric neuropsychology. In: ALBERT, M.S.; MOSS, M.B. **Geriatric neuropsychology**. New York: The Guilford Press, 1988.
- ALEXOPOULOS, G. S.; MATTIS, S. Diagnosing cognitive dysfunction in the elderly: primary-screening tests. **Geriatrics**, v. 46, n. 12, p. 33-44, 1991.
- ALMEIDA, O.P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 56, p. 605-12, 1998.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fourth Edition. Washington DC: APS, 1994.
- ANDERSEN, K.; NIELSEN, H.; LOLK, A.; ANDERSEN, J.; BECKER, I; KRAGSORENSEN, P.. Incidence of very mild to severe dementia and Alzheimer's disease in Denmark. **Neurology**, v. 52, p. 85-90, 1999.
- ANSINK, B.J.J.; BUIS, C.; TOLSMA, F.J. The pneumoencephalogram in chronic schizophrenics. **Psychiat. Neurol. Neurochir.**, v. 66, p. 120-30, 1969.
- ARONSON, M.K.; OOI, W.L.; GEVA, D.L.; MASUR, D.; BLAU, A.; FRISHMAN, W. Dementia. Age-dependent incidence, prevalence and mortality in the old old. **Arch. Intern. Med.**, v. 151, p. 989-92, 1991.
- ASANO, N. Pneumoencephalographic study of schizophrenia. In: MITSUDA, H.;

- TAKASUKI, O. **Clinical genetics in psychiatry. Problems in nosological classification.** Tokyo: Igaku-Shoin, 1967. p. 209-19.
- BACHMAN, D.L.; WOLF, P.A.; LINN, R.T.; KNOEFEL, J.E.; COBB, J.L.; BELANGER, A.J.; WHITE, L.R.; DAGOSTINHO, R.B. Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: the Framingham study. **Neurology**, v. 43, p. 515-9, 1993.
- BAIYEWU, O.; ADEYEMI, J.D.; OGUNNIYI, A. Psychiatric disorders in Nigerian nursing home residents. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, p. 12, p. 1146-50, 1997.
- BAYLES, K.A. Age at onset of Alzheimer's disease. Relation to language dysfunction. **Acta Neurol. Scand.**, v. 48, p. 155-9, 1991.
- BEARD, C.M.; KOKMEN, E.; O'BRIEN, P.C. Survival after onset dementia of dementia and Alzheimer's disease in Rochester, MN, 1960- 1984. **Neurology**, v. 42 (suppl- 3), p. 141-42, 1984.
- BELISKY, R.; McGLASHAN, T.H. The manifestation of schizophrenia in late life: a death of data. **Schizophr. Bull.**, v. 19, p. 683- 85, 1993.
- BERG, L. Mild senile dementia of the Alzheimer Type: diagnostic criteria and natural history. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 55, p.87-96, 1988.
- BERQUÓ, E.S.; LEITE, V.M. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. **Ciência e cultura**, v. 40, p. 679-88, 1988.
- BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S. M.D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1., p. 1- 7, 1994.

- BLESSED, G; TOMLINSON, B.E. The association between quantitative measure of dementia and senile change in the cerebral gray matter of elderly subjects. **Br. J. Psychiatry**, v. 114, p. 797-811, 1968.
- BLEULER, M. The long-term course of schizophrenia psychoses. **Psychiatr. Med.**, v. 4, p. 244-54, 1974.
- BOTEGA, N.S. Censo nacional de psiquiatria em hospitais gerais: II. Internações psiquiátricas em enfermarias de clínicas médicas. **Revista ABP - APAL.**, v.19, n.3, p. 87-90, 1997.
- BOTEGA, N.S. Censo nacional de psiquiatria em hospitais gerais: III. Perfil das internações. **Revista ABP - APAL**, v. 19, n. 3, p. 91-6, 1997.
- BOTEGA, N.S; SCHECHTMAN, A. _Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais: I. Situação atual e tendências. **Revista ABP - APAL**, v.19, n. 3, p. 79-86, 1997.
- BRAYNE, C.; CALLOWAY, P. The association of education and socioeconomic status with the mini-mental state examination and the clinical diagnosis of dementia in elderly people. **Age and aging**, v. 19, p. 91-8, 1990.
- BREIER, A.; SCHEIRBER, J.L.; DYER, J.; PICKAR, D. National Institute of Mental Health longitudinal study of schizophrenia: prognosis and predictors of outcome. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 48, p. 239-46, 1991. Correction v. 48: 642.
- BRIDGE, T.P.; CANNON, H.E.; WYATT, R.J. Burned-out schizophrenia: evidence for age effects on schizophrenic symptomatology. **J. Gerontol.**, v. 33, p. 835-9, 1978.
- BRINKMAN, S.D.; LARGEN, J.W. Changes in brain ventricular size with repeated CT scans in suspected Alzheimer's disease. **Am. J. Psychiatry**,

- v. 141, p. 81-3, 1984.
- BUHRICH, N.; CROW, T.J.; JOHNSTONE, E.C.; OWENS, G.C. Age disorientation in chronic schizophrenia is not associated with pre-morbid intellectual impairment or past physical treatment. **Br. J. Psychiatry**, v. 152, p. 466-9, 1988.
- BURNS, A; JACOBY, R.; LEVY, R. Progression of cognitive impairment in Alzheimer's disease. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 39, p. 39-45, 1991.
- CAMPBELL, A.J.; DIEP, C.; REINKEN, J.; McCOSH, L. Factors predicting mortality in a total population sample of the elderly. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 39, p. 337-41, 1985.
- CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING: study methods and prevalence of dementia. **Can. Med. Assoc. J.**, v. 150, p. 899-913, 1994.
- CARAMELLI, P.; POISSANT, A.; GAUTHIER, S.; BELLAVANCE, A.; GAUVREAU, D.; LECOURS, A.R.; JOANETTE, Y. Educational level and neuropsychological heterogeneity in dementia of the Alzheimer type. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, v. 11, n. 1, p. 9- 5, 1997.
- CHANDLER, J.D.& CHANDLER, J.E. The prevalence of neuropsychiatry disorders in a nursing home population. **J. Geriatr. Psychiatry Neurol.**, v.1, p. 71-6, 1988.
- CHANDRA, V.; KOKMEN, E.; SCHOEMBERG, B.S. Head trauma with loss of consciousness as a risk factor for Alzheimer's disease using prospectively collected data. **Neurology**, v. 37, s.1, p. 152, 1987.
- CIOMPI, L.; MÜLLER, C. The life course and aging of schizophrenia: a catamnestic longitudinal study into advanced age. Berlin, Springer - Verlag, 1976.

- COHEN, E.S. Nursing homes, state hospitals and the aged mentally ill. **Geriatrics**, v. 18, p. 871-8, 1963.
- COYNE, A C.; REICHMAN, W.E.; BERBIG, L.J. The relationship between dementia and elder abuse. **Am. J. Psychiatry**, v. 150, p. 643, 1993.
- CROW, T.J.; MITCHELL, W.S. Subjective age in chronic schizophrenia: evidence for a subgroup of patients with defective learning capacity. **Br. J. Psychiat.**, v. 126, p. 360-3, 1975.
- CRUM, R.M.; ANTHONY, J.C.; BASSETT, S.S.; FOLSTEIN, M.F. Population based norms for the Mini-Mental State examination by age and educational level. **JAMA**, v.269, p. 2386- 91, 1993.
- CUMMINGS, J.L. Current perspectives in Alzheimer's disease. **Neurology**. v.51, 1988. Suppl 1.
- CUMMINGS, J.L.; BENSON, F. Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 34, p. 12-9, 1986.
- CUMMINGS, J.L.; VINTERS, H. V.; COLE, G. M.; KHACHATURIAN, Z.S. Alzheimer's disease: etiologies, pathophysiology, cognitive reserve, and treatment opportunities. **Neurology**, v. 51, p. 2-17, 1998. Suppl 1.
- CUNHA, U.G.V.; BARROS JUNIOR, O.R.; SIQUEIRA, A.L. Levantamento epidemiológico psicogeriatrico em asilos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 35, p. 383- 9, 1986.
- CURRIER, M.B.; MURRAY, G.B; ELCH, C.C. Eletroconvulsivetherapy for post-stroke depressed geriatric patients. **J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.**, v. 4, p. 140-5, 1992
- DAMASIO, H.; ESLINGER, P.; DAMASIO, A.R. et al. Quantitative computed

- tomographic analysis in the diagnosis of dementia. **Arch. Neurol.**, v. 40, p. 715-9, 1983.
- DAVIDSON, M.; HARVEY, P.; WELSH, K.A.; POWCHIK, P.; PUTMAN, K.M.; MOHS, R.C. Cognitive functioning in late-life schizophrenia: a comparison of elderly schizophrenic patients and patients with Alzheimer's disease. **Am. J. Psychiatry**, v. 153, n. 10, p. 1274-9, 1996.
- DAVIDSON, M.; HARVEY, P.D.; POWCHIK, P.; PARRELLA, M.; WHITE, L.; KNOBLER, H.Y.; LOSONCZY, M.F.; KEEFE, R.S.E.; KATZ, S.; FRECSKA, E. Severity of symptoms in chronically institutionalized geriatric schizophrenic patients. **Am. J. Psychiatry**, v. 152, n. 2, p. 197-206, 1995.
- DAVISON, K.; BAGLEY, C.R. Schizophrenia- like psychoses associated with organic disorders of the central nervous system - a review of the literature. **Br. J. Psychiat.**, v. 4, p.113-84, 1969. Special publication.
- DAVOUS, P.; LAMOUR, Y; DEBRAND, E. et al. Maladie d'Alzheimer. **Encycl. Med. Chir. Paris France Neurologie**, v. 4, p. 17- 056-A-10, 1992.
- DE LEON, M.S. Correlations between computadorised tomographic changes and behavioral deficits in senile. **Lancet**, v. 2, p. 859-60, 1979.
- DENCKER, K.; GOTTFRIES, C.G. The closure of mental hospital in Sweden: characteristics of patients in long-term care facing relocation into the community. **Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.**, v. 240, p. 325-30, 1991.
- DEPTULA, D.; SINGH, R.; POMARA, N. Aging, emotional states and memory. **Am. J. Psychiatry**, v. 150, p. 429-34, 1993.
- DIESFELDT, H.F.A.; VAN HONTE, L.R.; MOERKENS, R.M. Duration of survival

- in senile dementia. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 73, p. 366-71, 1986.
- DONALDSON, L.J.; JAGGER, C. Survival and functional capacity: three-year follow up of an elderly population in hospitals and homes. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 37, p. 176-79, 1983.
- EBLY, E.M.; PARHAD, I.M.; HOGAN, D.B.; FUNG, T.S. Prevalence and types of dementia in the very old: results from Canadian Study of Health and Aging. **Neurology**, v. 44, p.1593-600, 1994.
- ELKIS, H.; FRIEDMAN, L.; WISE, A.; MELTZER, H. Y. Meta-analyses of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal proeminence in mood disorders: comparison with controls or patients with schizophrenia. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.52, p. 735-46, 1995.
- ENGELHARDT, E.; LAKS, J.; MOREIRA, D. M.; ROZENTHAL, M.; MARINHO, V.M. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 25, p. 74-7, 1998.
- EPSTEIN, L. J.; SIMON, A. Alternatives to state hospitalization for geriatrics ill. **Am. J. Psychiatry**, v. 124, p. 955-61, 1968.
- ERKINJUNTI, T.; KETONEN, L.; SULKAVA, R. Do white matter changes on MRI and CT differentiate vascular dementia from Alzheimer's disease? **J. Neurol. Neurosurg. and Psychiatry**, v. 50, p. 37-42, 1987.
- ERKINJUNTI, T.; SIPPONEM, J.T.; IVANAINEM, M. Cerebral NMR and CT imaging in dementia. **J. Com. Ass. Tomography**, v. 8, p. 614-8, 1984.
- ESCOBAR, J.I.; BURNAM, A.; KARNO, M. et al. Use of mini-mental state examination (MMSE) in a community population of ethnicity. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 174, p. 607-17, 1986.

- FARBER, J.F.; SCHMIDT, F.; LOGUE, P.E. Predicting intellectual level from mini-mental stat examination. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.36, p.509-10, 1988.
- FILLEMBAUNN, G. G.; HUGHES, D.C.; HEYMANN, A. Relationship of health and demographic characteristics to mini-mental state examination score among community residents. **Psychol. Med.**, v. 18, p. 719-26, 1988.
- FILLENBAUM, G.G.; SMYER, M.A. The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. **J. Gerontol.**, v. 36, n. 4, p. 428-34, 1981.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, F.E.; McHUGH, P.R. "Mini-Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v.12, p.189-98, 1975
- FRANCIS, J.; KAPOOR, W.N. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 40, p. 601, 1992.
- FRIEDMAN, J. H.; LEHRMAN, N.S. New geriatrics admission policy in a state mental hospital. **J. Am. Geriatrics Soc.**, v. 17, p. 1086-91, 1969.
- FRITH, C.D. Two kinds of cognitive deficit associated with chronic schizophrenia. **Psychol. Med.**, v. 7, p. 171-3, 1977.
- GALASKO, D.; KLAUBER, M.; HOFSTERTTER, R. The mini-mental state examination in the early diagnoses of Alzheimer disease. **Arch. Neurol.**, v. 47, p. 44-52, 1990.
- GEORGE, A.E.; DE LEON, M.S.; ROSENBLOON, S.; et al. Ventricular volume and cognitive deficit: a computed tomographic study. **Radiology**, v. 149, p. 493-8, 1983.

- GIORDANI, A.E.; DE LEON, M.J.; ROSENBLOON, S. et al. The utility and generally of mini-mental state examination scores in Alzheimer's disease. **Neurology**, v. 40, p. 1894-6, 1990.
- GOLD, J.M.; RANDOLPH, C.; CARPENTER, C.J.; GOLDBERG, T.E.; WEIBERGER, D.R. Forms of memory failure in schizophrenia. **J. Abnorm. Psychol.**, v. 101, p. 487-494, 1992.
- GOLDBERG, T.E.; WEINBERG, D.R.; BERMAN, K.F.; PLISKIN, N.H.; PODD, M.H. Further evidence for dementia of the prefrontal type in schizophrenia. **Arch. Gen. Psychiatr.**, v. 44, p. 1008-14, 1987.
- GOLDFARB, A.I. Predicting mortality in the institutionalized aged. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 21, p. 172-6, 1969.
- GOLDSTEIN, G.; ZUBIN, J.; POGUE-GEILE, M.F. Hospitalization and the cognitive deficits of schizophrenia: the influences of age and education. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 179, p. 202-5, 1991.
- GORZONI, M.L. Genotipagem da apolipoproteína E4 em dementadas asiladas com doença de Alzheimer. Tese apresentada ao curso de pós-graduação da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de doutor em medicina, 1999.
- GRUT, M.; FRATIGLIONI, L.; VITANEM, M. et al. Accuracy of the mini-mental state examination as a screening test for dementia in a Swedish elderly population. **Acta Neurol. Scand.**, v. 87, p. 312-7, 1993.
- GUPTA, S.R.; NAHEEDY, M.H.; YOUNG, J.C. et al. Periventricular white matter changes and dementia. Clinical neuropsychological and pathological correlations. **Arch. Neurol.**, v. 45, p. 637-41, 1988.
- GYLDENSTED, C.; KOSTELJANETZ, M. Measurement of the normal

- ventricular system with computer tomography of the brain: a preliminary study of 44 adults. **Neuroradiology**, v. 10, p. 205-13, 1976.
- HARDING, C.M.; BROOKS, G. W.; ASHIKAGA, T.; STRAUSS, J.S.; BREIER, A. The Vermont longitudinal study, II: long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. **Am. J. Psychiatry**, v. 144, p. 727-35, 1987.
- HARDING, C.M.; ZUBIN, J.; STRAUSS, J.S. Chronicity in schizophrenia revisited. **Br. J. Psychiatry**, v. 161, p. 27-37, 1992. Suppl.
- HAROUTUNIAN, V.; DAVIDSON, M.; KANOF, P.D.; PERL, P.D.; POWCHIK, P.; LOSONCZY, M.; MCCRYSTAL, J.; PUROHIT, D.P.; BIERER, L.M.; DAVIS, K.L. Cortical cholinergic markers in schizophrenia. **Schizophr. Res.**, v. 12, p. 137-144, 1994.
- HARVEY, P.D.; DAVIDSON, M.; POWCHIK, P.; PARRELLA, M.; WHITE, L.; MOHS, R. Assessment of dementia in elderly schizophrenics with structured rating scales. **Schizophr. Res.**, v. 7, p. 85- 90, 1992.
- HEATON, R.; CROWLEY, T.J. Effects of psychiatric disorders and their somatic treatments on neuropsychological test results. In: FILSTOV, S.B.; BOLL, T.J. **Handbook of clinical neuropsychology**. New York: John Wiley & Sons, 1981.
- HEATON, R.; PAULSEN, J.S.; MCADAMS, L.A.; KUCK, J.; ZISOOK, S.; BRAFF, D.; HARRIS, M.J.; JESTE, D.V. Neuropsychological deficits in schizophrenics: relationship to age, chronicity and dementia. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 51, p. 469-76, 1994.
- HEEREN, T.J.; LAGAAY, A.M.; HIJMANS, W.; ROOYMANS, H.G. Prevalence of dementia in the "oldest old" of a Dutch community. **J. Am. Geriatric**.

- Soc.**, v. 39, p. 755-9, 1991.
- HENDRIE, H.C. Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 6, p. 3-18, 1998. Suppl 1.
- HERBERT, M.; PARLATO, V; LESE, G.B.; DABAJ, A.; FORETTE, F.; BOLLER, F. Survival in institutionalized patients: influence of dementia and loss functional capacities. **Arc. Neurol.**, v. 52, p.469-76, 1995.
- HERMAN, B.P., SEIDENBERG, M.; HALTINER, A.; WYLER, A.R. Mood state in unilateral temporal lobe epilepsy. **Biol. Psychiatry**, v. 30, p, 1205-10, 1991.
- HERRERA JUNIOR, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva - estado de São Paulo - Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 25, p. 70-3, 1998.
- HOFF, A. L.; RIORDAN, H; O'DONNELL, D.W.; MORRIS, L; DELISI, L.E. Neuropsychological functioning of first-episode schizophrenic form patients. **Am. J. Psychiatry**, v. 149, p. 898-903, 1992.
- HOFMAN, A.; ROCCA, W.A.; BRAYNE, C.; BRETHER, M.M.B.; CLARCKE, M.; COOPER, B.; COELAND, J.R.M.; DARTIGUES, J.F.; DA SILVA DROUX, A.; HAGNELL, O.; HEEREN, T. J.; ENGEDAL, K.; JOUKER, C.; LINDSAY, J.; LOBO, A.; MANN, A.H.; MÖLSÄ, P.K.; MORGAN, K.; O'CONNOR, D.W.; SULKAVA, R.; KAY, D.W.K.; AMADUCCI, L. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980- 1990 findings. **Int. J. Epidemiol.**, v. 20; p. 736-48, 1991.
- HUCKMAN, M.S.; FOX, J.; TOPEL, J. The validity of criteria for evaluation of cerebral atrophy by computed tomography. **Radiology**, v. 116, p. 85-92, 1975.

- HUGHES, E.M.; LINDSEY, A.M. A geriatric evaluation service: follow up survey. **J. Am. Geriatrics Soc.**, v. 28, p. 320-4, 1980.
- HYMAN, B.T.; DAMASIO, H.; VAN HOESEN, G.W. Alzheimer's disease. **Ann. Rev. Public Health.**, v. 10, p. 115-40, 1989.
- JAGGER, C.; CLARKE, M.; ANDERSON, J. et al. Misclassification of dementia by the mini-mental state examination - Are education and social class the only factors? **Aging and age**, v. 21, p. 404-11, 1992.
- JELLINEK, E.H. Cerebral atrophy and cognitive impairment in chronic schizophrenia. **Lancet**, v. II, p.1202-3, 1976.
- JENIKE, M.A. Treatment of affective illness in the elderly with drugs and electroconvulsive therapy. **J. Geriatr. Psychiatry**, v. 22, p. 77, 1989.
- JOHNSTONE, E.C.; CROW, T.J.; FRITH, C.D.; STEVENS, M.; KREEL, L.; HUSBAND, J. The dementia of dementia praecox. **Acta psychiat. scand.**, v. 57; p. 305- 24, 1978.
- JOHNSTONE, E.C.; CROW, T.J.; FRITH, C.D.; HUSBAND, J.; KREEL, L. Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. **Lancet**, v. II, p.924-6, 1976.
- JOHNSTONE, E.C.; OWENS, D.G.C.; CROW, T.J.; FRITH, C.D. The relative stability of positive and negative features in chronic schizophrenic. **Br. J. Psychiatry**, v. 150, p.60-4, 1986.
- JOHNSTONE, E.C.; OWENS, D.G.C; GOLD, A.; CROW, T.J.; MACMILLAM, J.F. Institutionalization and the defects of schizophrenia. **Br. J. Psychiatry**, v. 139, p. 195-203, 1981.
- JOSEPH, A.; BOULT, C. Managed primary care of nursing home residents. **J.**

- Am. Geriatr. Soc.**, v. 46, p. 1152-6, 1998.
- KAHN, R.L. The mental health system and the future aged. **Gerontologist**, v. 15, p. 24-31, 1975. Suppl-1.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria**. São Paulo: Artes Médica, 1997. v. 1, p. 332 .
- KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, P.; JAFFE, M.W. The index of ADL: a standardized measure of histological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, p. 914-9, 1963.
- KATZMAN, R. Alzheimer's disease. **The New England Journal of Medicine**, v. 314, p. 964-73, 1986.
- KAY, D. Outcome and cause of death in mental disorders in old age. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 38, p. 249-76, 1962.
- KEEFE, R.S.E.; MOHS, R.C.; LOSONCZY, M.F.; DAVIDSON, M; SILVERMAN, J.M.; HORVATH, T.B.; DAVIS, K.L. Premorbid sociosexual functioning and long term outcome in schizophrenia. **Am. J. Psychiatry**, v.146, p.206-211, 1989.
- KHACHATURIAN, Z.S. Diagnosis of Alzheimer's disease. **Arch Neurol.**, v.42, p. 1097-105, 1985.
- KING, D.J. The effect of neuroleptics on cognitive and psychomotor function. **Br. J. Psychiatry**, v.157, p. 799- 811, 1990.
- KIRKPATRIC, B; GOLDEN, R.N.; FLETCHER, R.H. Is there a dementia of schizophrenia? **Psychol. Med.**, v. 4; p. 253- 63; 1987.
- KLEIN, L.E.; ROCA, R.P.; McARTHUR, J. Diagnosing dementia. Univariate and

- Multivariate analysis of mental state examination. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.33, p. 483-8, 1985.
- KOBRYNSKI, B.; MÜLLER, A.D. The role of the state hospital in the care of elderly. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 18, n. 3, p. 210-19, 1970.
- KOENING, H. G.; BREITNER, J.G. Use of antidepressants in medically ill older patients. **Psychosomatics**, v. 31, p.22, 1990.
- KOMAHASHI, T.; OHMORI, K.; NAKANO, T.; FUJINUMA, H.; HIGASHIMOTO, T.; NAKAYA, M.; KURODA, J.; ASAHI, H.; YOSHIKAWA, J.; MATSUMURA, S. Epidemiological survey of dementia and depression among the aged living in the community in Japan. **Jpn. J. Psychiatry Neurol.**, v. 48, p. 517-26, 1994.
- KOO, E.H.; PRICE, D.L. The neurobiology of dementia. In: **Dementia**. DAVIS, F.A. Philadelphia: Whitehouse, 1993.
- KRAEPELIN, E. **Dementia praecox and paraphrenia**. Edinburgh, E & Livingstone, S, 1919.
- LARSON, F.B.; KUKULL, W.A.; KATZMAN, R.L. Cognitive impairment: dementia and Alzheimer's disease. **Annu. Rev. Public Health**, v. 13, p. 431-49, 1992.
- LASSER, R.A.; SUDERLAND, T. Newer psychotropic medication uses in nursing home residents. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 46, p. 202-7, 1998.
- LAWTON, M.P.; BRODY, E.M.. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist.**, v. 9, n. 3, p. 179-86, 1969.
- LAWTON, M.P.; MOSS, M.; FULCOMER, M.; KLEBAN, M.H. A research and

- service oriented multilevel assessment instrument, **J. Gerontol.**, v. 37, n.1, p. 91-9, 1982.
- LEWIS, S.W. Computadorised tomography in schizophrenia: 15 years on. **Br. J. Psychiatry**, suppl 9, p. 16-24, 1990.
- LEYS, D.; PRUVO, J.P.; PETIT, H. et al. Maladie d'Alzheimer. Analyse statistique des résultats du scanner X. **Rev Neurol (Paris)**, v. 145, p. 134-9, 1989.
- LIDDLE, P.F. Brain imaging. In: **Schizophrenia**. Oxford: Blackwell Science, 1995. p. 425- 39.
- LILLISTON, L. Schizophrenic symptomatology as a function of probability of cerebral damage. **J. Abnorm. Psychol.**, v. 82, p. 377-81, 1973.
- LIMA, L. A.; TEIXEIRA, J.M.; Assistência à saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos à realidade da falha de serviços alternativos de atendimento. **J. Bras. Psiq.**, v. 44, n. 2, p. 71-6, 1995.
- LIU, C.K.; LAI, C.L.; TAI, C.T.; LIN, R.T.; YEN, Y.Y.; HOWNG, S.L. Incidence and subtypes of dementia in southern Taiwan: impact of socio-demographic factors. **Neurology**, v. 50, p.1572-9, 1998.
- LUXENBERG, J.S.; HAXBY, H.; SUNDARAM, M.; et al. Rate of ventricular enlargement in dementia of the Alzheimer type correlates with rate of neuropsychological deterioration. **Neurology**, v. 37, p. 1135-40, 1987.
- MACERA, C.A.; DAVIS, D.R.; BRANDES, D.A.; STILL, C.N. A report on dementia in South Carolina, 1988- 1990. **J. S. C. Med. Assoc.**, v. 87, p. 531-5, 1991.
- MAGAZINER, J.; BASSET, S.S.; HEBEL, J.R. Predicting performance on the

- mini-mental state examination. Use of age and education-specific equations. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 35, p. 996-1000, 1987.
- MARTIN, D.C.; MILLER, J.; KAPOOR, W.; ARENA, V.; BOLLER, F. A controlled study of survival with dementia: historical prospective study with age/sex matched controls. **Arc. Neurol.**, v. 44, p.1122-6, 1987.
- MARTIN, J.C.; ENGLE, V.F.; GRANNEY, M.J.; Health status gender differences of newly admitted black nursing home residents. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 45, p.166-73, 1997.
- MATHAI, P.J.; GOPINATH, P.S. Deficits of chronic schizophrenia in relation to long-term hospitalization. **Br. J. Psychiatry**, v.148, p. 509-16, 1985.
- MAYER-GROSS, W; SLATER, E.; ROTH, M. **Clinical psychiatry**. London: Baillière, Tindall & Cassel, 1954. p.306-7.
- MAYEUX, R.; STERN, Y; SPANTON, S. Heterogeneity in dementia of Alzheimer type: evidence of subgroups. **Neurology**, v.35, p. 453-61, 1985.
- McGLASHAN, T.H. A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. **Schizophr. Bull.**, v. 14, p. 515-42, 1988.
- McGLASHAN, T.H.; FENTON, W.S. The positive-negative distinction in schizophrenia: review of natural history validators. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 49, p. 63-72, 1992.
- McKHANN, G; DRACHMAN, D.; FOLSTEIN, M.; KATZMAN, R.; PRICE, D.; STADLAN, E.M. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of the department of health and human services task force on Alzheimer's disease. **Neurology**, v. 34, p. 939-44, 1984.

- MOAK, G. S. Characteristics of demented and nondemented geriatric admissions to a state hospital. **Hospital Community Psychiatry**, v.41, n.7, p. 799-801, 1990.
- MOAK, G.S; FISHER, W. H. Alzheimer's disease and Related Disorder's in State Mental Hospitals: Data from a nationwide survey. **The gerontologist**, v. 30; n. 6, p. 798 -802, 1990.
- MORTIMER, J.; GRAVES, A.B. Education and other socioeconomic determinants of dementia and Alzheimer's disease. **Neurology**, v. 43, p. 39-44, 1993. Suppl 4.
- MÖSLÄ, P.R.; MARTILA, R.J.; RINNE, U.K. Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multiinfarct dementia. **Act. Neurol. Scand.**, v.74, p.103-7, 1986.
- NEARY, D.; SNOWDEN, J.S.; MANN, D.M.A. Alzheimer's disease: a correlative study. **Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry**, v., 49, p. 229-37, 1986.
- O'CONNOR, S.W.; POLLIT, P.A.; ROTH, M. et al. Memory complaints and impairment in normal, depressed and demented elderly persons identified in a community survey. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 47, p. 224-7, 1990.
- OTT, A.; BRETELER, M. M. B.; VAN HARSKAMP, F.; CLAUS, J. J.; VAN DER CAMMEN, T. J. M.; GROBBE, D.E.; HOFMAN, A. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: associating with education. The Rotterdam study. **Br. Med. J.**, v. 310, p. 970-3, 1995.
- PECK, A.; WALLOCH, L.; RODSTEIN, M. Mortality of the aged with chronic brain syndrome further observations in a five-year study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 26, p. 170-6, 1978.

- PETERSEN, R.C.; SMITH, G.; KOKMEN, E.; IVNIK, R.J.; TANGALOS, E. G. Memory function in normal aging. **Neurology**, v. 42, n. 2, p. 396-401, 1992.
- POWCHIK, P; DAVIDSON, M.; NEMEROFF, C.B.; HAROUTUNIAN, V.; PUROHIT, D.; LOSONCZY, M.; BISSETTE, G.; PERL, D.; GHANBARI, H.; MILLER, B.; DAVIS, K.L. Alzheimer's disease related protein in geriatric schizophrenic patients with cognitive impairment. **Am. J. Psychiatry**, v. 150, p. 1726-7, 1993.
- PUROHIT, D.P.; DAVIDSON, M; PERL, D.P.; POWCHIK, P.; HAROUTUNIAN, V.H.; BIERER, L.M.; MCCRYSTAL, J.; LOSONCZY, M.; DAVIS, K.L. Severe cognitive impairment in elderly schizophrenic patients: a clinicopathological study. **Biol. Psychiatry**, v. 33, p. 255-60, 1993.
- RABINS, P.V. Caring for persons with dementing illness. A current perspective. In: HERSTON, L.L. **Progress in Alzheimer's disease and similar conditions**. Washington: American Psychiatric Press, 1997. p. 277-89.
- RAMOS, L.R.; TONIOLO NETO, J.; CENDOROGLO, M.S.; GARCIA, J.T.; NAJAS, M.S.; PERRACINI, M.; PAOLA, C.R.; SANTOS, F.C.; BILTON, T.; EBEL, S.J.; MACEDO, M.B.M.; ALMADA FILHO, C.M.; NASRI, F.; MIRANDA, R.D.; GONÇALVES, M.; SANTOS, A.L.P.; FRAIETTA, R.; VIVACQUA NETO, I.; ALVES, M.L.M.; TUDISCO, E.S. Two-year follow-up of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, p. 397-407, 1998.
- RAZ,S.; RAZ, N. Structural abnormalities in major psychoses: a quantitative review from evidences from computadorised images. **Psychological Bulletin**, v. 108, p. 93-108, 1990.
- REISBERG, B.; FERRIS, S.H.; DE LEON, M.J. CROOK, T. The global

- deterioration scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. **Am. J. Psychiatry**, v. 139, p. 1136-39, 1982.
- RITCHIE, K.; TOUCHON, J. Heterogeneity in senile dementia of the Alzheimer type: individual differences, progressive deterioration or clinical subtypes? **J. Clin. Epidemiol.**, v. 45, p. 1391-8, 1992.
- ROBERTS, M.A.; CAIRD, F.I.; GROSSARD, K.W.; STEVEN, J.L. Computadorized tomography in the diagnosis of cerebral atrophy. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.**, v. 39, p. 909-15, 1976.
- ROCCA, W.A.; BONAIUTO, S.; LUCIANI, P. Prevalence of clinically diagnosed Alzheimer disease and other dementing disorders: a door-to-door survey in Appignano, Macerata province - Italy. **Neurology**, v. 40, p. 626-31, 1990.
- RONCH, J.L. Specialized Alzheimer's units in nursing homes: pros and cons. **American Journal Alzheimer's Care and Related Disorders and Research**, v. 2, p.10-9, 1987.
- ROSENBERG, D. R.; WRIGHT, B.; GERSHON, S. Depression in the elderly. **Dementia**, v. 3, p. 157, 1992.
- ROTH, M.; TYM, E.; MOUNTJOY, C.Q.; HUPPERT, H.; HENDRIE, S.V.; GODDARD, R. CAMDEX: A standardized instrument for diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. **Br. J. Psychiatry**, v. 149, p. 698-709, 1986.
- ROVNER, B. W.; KAFONEK, S.; FILIPP,L.; LUCAS, M.J.; FOLSTEIN, M.F. Prevalence of mental illness in a community nursing-home. **American Journal Psychiatry**, v. 143, n. 11, p. 1446-9, 1986.
- ROVNER, B.W.; GERMAN, PP.S.; BROADHEAD, J.; MORRIS, R.K.; BRANT, L.J.; BLAUSTEIN, J.; FOLSTEIN, M.F. The prevalence and management of

- dementia and other psychiatric disorders in nursing home. **Int. Psychogeriatr.**, v. 2, p.13-24, 1990.
- ROVNER, B.W.; KATZ, I.R. Psychiatric disorders in the nursing home: A selective review of studies related to clinical care. **Int. Geriatr. Psychiatry**, v. 8; p. 75, 1993.
- ROVNER, B.W.; STEELE, C.D.; SHMUELY, Y.; FOLSTEIN, M.F. A randomized trial of dementia care in nursing home. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 44, p. 7-13, 1996.
- RUBENSTEIN, L.Z.; OUSLANDER, J.G.; WIELAND, D. Dynamics and clinical implications of nursing home-hospital interface. **Clin. Geriatr. Med.**, v. 4, p. 471-91, 1998.
- SALMON, D.P.; RIEKKINEN, P.J.; KATZMAN, R.; et al. Cross-culture study of dementia. A comparison of mini-mental state examination performance in Finland and China. **Arch. Neurol.**, v. 46, p. 759-72, 1989.
- SALZMAN, C. Practical considerations in the pharmacological treatment of depression and anxiety in the elderly. **J. Clin. Psychiatry**, v. 51, p. 40, 1990.
- SAYKIN, A. J.; GUR, R.C.; GUR, R.E.; MOZLEY, P. D.; MOZLEY, L.H; RESNICK, M; KESTER, D.B.; STAFINIAC, P. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 48, p.618-24, 1991.
- SCHAIE, K.W. The impact of methodological changes in gerontology. **Int. J. Aging Hum. Dev.**, v. 35, p. 19-29, 1992.
- SCHARNAGEL, R.J. **Dr. Alois Alzheimer (1864-1915)**. Dez 22, 1998. Available from internet: <http://www.kitzingen.de/landkreis/rettung/brk->

marktbreit/m_alzhe.htm. jul 08, 1999.

SCHOENBERG, B.S.; OKAZAKI, H.; KOKMEN, E. Reduced survival in patients study. **Trans. Am. Neurol. Assoc.**, v. 106, p. 306-8, 1981.

SCHWARTZMAN, A.E.; DOUGLAS, V.I. Intellectual loss in schizophrenia. part I. **Can. J. Psychol.**, v. 16, p. 1-10, 1962.

SENO, H.; ISHINOO, H.; INAGAKI, T.; IJIMA, M.; KAKU, K.; INATA, T. A neuropathological study of dementia in nursing home over a 17 year. **Gerontology**, v. 45, p. 44-8, 1999.

SERPER, M.R.; BERGMAN, R.L.; HARVEY, P.D. Medication may be required for the development of automatic information processing in schizophrenia. **Psychiatry Res.**, v. 32, p. 281-8, 1990.

SEVERSON, M.A.; SMITH, G. E.; TANGALOS, E. G.; PETERSEN, R.C.; KOKMEN, E.; IVINIK, R.J.; ATKINSON, E.J.; KURLAND, L.T. Patterns and predictors of institutionalization in community-based dementia patients. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 42, p.181-5, 1994.

SHERWOOD, S.; MOR, V. Mental health institution and the elderly. In: BIRREN, J.E; SLOANE, R.B. **Handbook of mental health and aging**. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1980.

SIEGEL, S. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de conducta. México: Trillas, 1975. Tradução do original em inglês por Javier Aguilar Villalobos.

SILBERMAN, C.; SOUZA, C; WILHEMS, F.; KIPPER, L.; WU, V.; DIOGO, C.;SCHIMITZ, M.; STEIN, A.; CHAVES, M. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. **Rev Saúde Pública**, v. 29, p. 444- 6, 1995.

- SKOOG, I.; NILSSON, L.; PALMERTZ, B.; ANDREASSON, L.A.; SVANGBORG, A.
A population-based study of dementia in 85 year-old. **N. Engl. J. Med.**, v. 328, p.153-8, 1993.
- SOININEM, H.; HEINONEN, O.P. Clinical and etiological aspects of senile dementia. **Eur. Neurol.**, v. 21, p. 401-10, 1982.
- SOLOMON, K.; MANEPALLI, J.; IRELAND, G. A.; MAHON, G. M. Alcoholism and prescription drug abuse in the elderly. **St. Louis University grand rounds. J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 41, p. 57, 1993.
- SPOHN, H.E.; STRAUSS, M.E. Relation of neuroleptic and anticholinergic medication to cognitive functions in schizophrenia. **J. Abnorm. Psychol**, v. 98, p. 367-80, 1989.
- STERN, Y, ALEXANDER, G. E.; PROHOVNIK, I.; MAYEUX, R. Inverse relationship between education and parietotemporal perfusion deficit in Alzheimer's disease. **Ann. Neurol.**, v. 32, p. 371-75, 1992.
- STERN, Y.; ANDREWS, H.; PITTMAN, J. Diagnosis of dementia in a heterogeneous population: development of neuropsychological paradigm-based diagnosis of dementia and quantified correction for effects of education. **Arch. Neurol.**, v. 49, p. 453-60, 1992.
- STERN, Y.; GURLAND, B.; TATEMACHI, T.K.; TANG, M. X.; WILDER, D.; MAYEUX, R. Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. **JAMA**, v. 271, p. 1004-10, 1994.
- STOTSKY, B.A. Nursing home and mental hospital: which is better for the geriatric mental patient? **Journal Genetic Psychology**, v. 111, p.113- 7, 1967.
- SULKAVA, R.; HALTIA, M.; PAETAU, R. et al. Accuracy of clinical diagnosis in

- primary degenerative dementia: correlation with neuropathological findings. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, v. 46, p.9-13, 1983.
- SUS: Ministério da Saúde - Secretaria Executiva. DATASUS. Disponível pela internet: <http://datasus.saude.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/sumsp.def>
- TALBOTT, J.A. A special population. The elderly deinstitutionalized chronically mentally ill patient. **Psychiatric Quarterly**, v. 55, p. 90-105, 1983.
- TAUBE, C.A.; THOMPSON, J.W.; ROSENSTEIN, M.J.; ROSEN, B.M.; GOLDMAN,H.H. The “Chronic” Mental Hospital Patient. **Hospital and Community Psychiatry**. v. 34, n. 7, p. 611-5, 1983.
- THOMPSON, E.G. EASTWOOD, M.R. Survivorship and senile dementia. **Age Ageing**, v. 10, p. 29-32, 1981.
- TSUANG, M.; WOOLSON, R.; FLEMING, J. Long-term outcome of major psychoses. I: Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 36, p. 1295-301, 1979.
- ULHMANN R.; LARSON E. Relationship of hearing impairment to dementia and cognitive dysfunction in the older adults. **JAMA**, v. 261, p. 1916, 1989.
- VAN DIJK, P.T.M.; DIPPEL, D.W.J.; HABBEMA, J.D.F. Survival of patients with dementia. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 39, p.603-10, 1991.
- VAN DUIJN, C.N. Epidemiology of the dementias: recent developments and new approaches. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry**, v. 60, p.478- 88, 1996.
- VanHORN, J.; McMANUS, I. Ventricular enlargement in schizophrenia: meta-analysis of studies of ventricle: brain ratio (VBR). **Br. J. Radiol.**, v, 160,

p. 687-97, 1992.

VERAS, R.. **País jovem com cabelos brancos:** a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p.224.

VERAS, R.P.; COUTINHO, E.S.F. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 25, p. 209-17, 1991.

VERAS, R.P.; COUTINHO, E.S.F. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 28, p. 26-37, 1994.

VIANA, G.S.B; ROQUAYROL, M.Z. Casos de Demências em Fortaleza - I. Dados de registro de Hospitais Psiquiátricos no período de 1978-1985. **Revista ABP-APAL**, v. 10, n. 3, p. 79-82, 1988.

VITALIANO, P.P.; PECK, A.; JOHNSON, D.A.; PRINZ, P.N.; EISDORFER, C. Dementia and other competing risks for mortality in the institutionalized aged. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 29, p. 513-9, 1981.

VOGT, W.P. Dictionary of statistics and methodology. A nontechnical guide for the social sciences. Newburypark: SAGE, 1993.

WADE, J. P. H.; MIRSEN, T. R.; HACHINSKI, W. C. The clinical diagnosis of Alzheimer's disease. **Arch. Neurol.**, v. 44, p. 24-9, 1987.

WEISS, L. J.; LAZARUS, L.W. Psychological treatment of the geropsychiatric patient. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 8, p. 95, 1993.

WETTSTEIN, A.; MEIER, A.; SCHONENBERGER, M.P.; PACHMANN-WIERSMETH, A.; GABATHULER, U. Die Zurich Prospektive Demenzstudie 1987-1993. **Schweiz. Rundsch. Med. Prax.**, v. 86, p. 1021-8, 1997.

WHITE, L.; PETROVITCH, H.; WEBSTER-ROSS, G.; MASAKI, K.H.; ABBOTT, R.D.; TENG, E.L.; RODRIGUEZ, B.L. BLANCHETTE, P.L.; HAVLIK, R.T.; WERGOWSHE, G.; CHIU, D.; FOLEY, D.J.; MURDAUGH, C.; CURB, D. Prevalence of dementia in old Japanese-American men in Hawaii: the Honolulu - Asia aging study. **JAMA**, v. 276, p. 955-60, 1996.

WHO/HSC/AHE. MENTAL HEALTH AROUND THE WORLD. The aging and health program. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2001

WILLIAMS, G. O. Management of depression in the elderly. **Prim. Care**, v. 16, p. 451, 1989.

WU, W.S.; HOLMANS, P.; WAVRANT-DEVRIÈZE, F.; SHEARS, S.; KEHOE, P.; CROOK, R.; BOOTH, J.; WILLIAMS, N; PEREZ-TUR, J.; ROEHL, K.; FENTON, I.; CHARTIER-HARLIN, M.C.; LOVESTONE, S; WILLIAMS, J.; HUTTON, M.; HARDY, J.; OWEN, M.J.; GOATE, A. Genetic studies on chromosome 12 in late-onset Alzheimer disease. **JAMA**, v. 280, p. 619-22, 1998.

WYATT, R.J. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. **Schizophr. Bull.**, v. 17, p. 325-51, 1991.

YLIKOSK, R.; ERKINJUNTI, T.; SULKAVA, R. Correction for age, education and other demographic variables in the use of the mini-mental state examination in Finland. **Acta Neurol. Scand.**, v. 85, p. 391-6, 1992.

ZHANG, M.; KATZMAN, R.; SALMON, D. The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, in China: impact of age, gender and education. **Ann. Neurol.** , v. 27, p. 428- 37, 1990.

ANEXOS

1 RESUMOS CLÍNICOS DOS PACIENTES QUE NÃO PREENCHERAM OS CRITÉRIOS PARA DEMÊNCIA

PACIENTE 1 – MEC

Características Demográficas: 62 anos, feminino, branca, casada, prendas domésticas, primário incompleto (3 anos), internada no hospital psiquiátrico de Americana em 29 de janeiro de 1979 e transferida para o SSCF em 07 de fevereiro de 1994.

Sintomas e Evolução: delírios de grandeza, agitação psicomotora acentuada, falando sozinha e sem nexos; evoluiu com controle parcial do comportamento, usando vestimentas exóticas, sempre falante, mantendo a autonomia.

Resultados do Exame Neurológico: tremores acentuados de língua, de maxilar inferior, de antebraços e mãos; coordenação motora prejudicada;

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 4

OE (orientação espacial): 4

ME (memória de evocação recente): 2

ET (escore total): 18

2.Estado Psicocomportamental:

Delirante, exaltada, inquieta, desconexa, sem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: diabetes, hipertensão arterial, obesidade.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5 mg/dia, biperideno 2mg/dia, insulina NPH 60 u/dia, captopril 50mg/dia.

PACIENTE 2 – IMJO

Características Demográficas: 60 anos, feminino, parda, solteira, prendas domésticas, analfabeta, internada no hospital psiquiátrico de Americana desde 1976 e transferida para o SSCF em 07 de fevereiro de 1994;

Sintomas e Evolução: surda-muda, com período de agitação psicomotora e agressividade; evoluiu com pobre contato social e isolamento.

Resultados do Exame Neurológico: déficit sensorial severo (surda-muda) e reflexo de sucção positivo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:- não aplicado

OT (orientação temporal): -

OE (orientação espacial): -

ME (memória de evocação recente): -

ET (escore total): -

2.Estado Psicocomportamental:

Boa cooperação, atenta, interessada, tem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose orgânica não especificada;

2.Secundário: deficiência sensorial severa.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: nenhuma.

PACIENTE 3 – JPRM

Características Demográficas: 64 anos, masculino, pardo, solteiro, lavrador, analfabeto, com várias internações psiquiátricas e transferido do hospital psiquiátrico de Americana para o SSCF em 03 de fevereiro de 1994.

Sintomas e Evolução: intenso e progressivo embotamento, pouca verbalização, isolamento social, descuido pessoal; evoluiu com perda progressiva da crítica, falta de resposta às ordens verbais e impulso sexual desorganizado.

Resultados do Exame Neurológico: postura encurvada, tremor de mão e antebraço direitos, reflexo postural alterado, instabilidade, reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente e reflexo de sucção positivo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 1

ME (memória de evocação recente): 3

ET (escore total): 14

2.Estado Psicocomportamental:

Desconfiado, desatento, afeto lábil, inquieto, coopera regularmente, sem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: oligofrenia leve.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: anatensol 1 mg/dia.

PACIENTE 4 – JAS

Características Demográficas: 62 anos, masculino, branco, casado, pedreiro, primário incompleto (3 anos), internado pela família no SSCF em 14 de fevereiro de 1966.

Sintomas e Evolução: alucinações visuais e auditivas, solilóquios, ideação delirante, delírios de ciúme, paranóide, megalomania, heteroagressividade; evoluiu com recidivas periódicas do quadro apesar da medicação.

Resultados do Exame Neurológico: tremor fino de mãos, reflexo de *Snout* positivo, reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 4

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 15

2.Estado Psicocomportamental:

Atento, colaborativo, fala normal, tem *insight* e nexos.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia paranóide;

2.Secundário: nenhum.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 2,5 mg/dia, diazepam 10mg/dia, biperideno 2 mg/dia.

PACIENTE 5 - AV:

Características Demográficas: 60 anos, masculino, branco, solteiro, sem profissão, analfabeto, com várias internações psiquiátricas em outros hospitais e transferido para o SSCF em 09 de fevereiro de 1994.

Sintomas e Evolução: rebaixamento intelectual, crítica prejudicada, verbalização empobrecida, crises convulsivas; evoluiu com desvio sexual (homossexualismo, submissão e comportamento inadequado).

Resultados do Exame Neurológico: n.d.n.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 1

ME (memória de evocação recente): 1

ET (escore total): 13

2.Estado Psicocomportamental:

Ansioso, atento, colaborativo, sem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose orgânica não especificada;

2.Secundário: SIDA.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: clorpromazina 600mg/dia, prometazina 50 mg/dia.

PACIENTE 6 – AB

Características Demográficas: 62 anos, masculino, branco, solteiro, sem profissão, primário incompleto (3 anos), com várias internações em hospitais psiquiátricos e internado no SSCF em 15 de outubro de 1997.

Sintomas e Evolução: labilidade de humor, agitação psicomotora, fala sozinho; evoluiu com períodos prolongados de pobreza no contato social e intenso déficit visual.

Resultados do Exame Neurológico: déficit visual (diminuição da acuidade bilateral), reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente, reflexo de “*grasping*” positivo bilateralmente.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 3

OE (orientação espacial): 4

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 17

2.Estado Psicocomportamental:

Inquieto, desatento, coopera regularmente, falta de juízo, sem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: deficiência visual bilateral.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 20 mg/dia, prometazina 75mg/dia, levomepromazina 100mg/dia.

PACIENTE 11 – RMJ

Características Demográficas: 71 anos, feminino, branca, solteira, prendas domésticas, primário completo, com várias internações em outros hospitais e transferida para o SSCF em 26 de maio de 1992.

Sintomas e Evolução: distúrbios de comportamento progressivos, inadequação de atitudes e delírios de perseguição; evoluiu com remissão do quadro, com comportamento calmo e submisso.

Resultados do Exame Neurológico: sinal de Romberg positivo, reflexos posturais alterados e reflexo de sucção positivo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 1

OE (orientação espacial): 5

ME (memória de evocação recente): 1

ET (escore total): 17

2.Estado Psicocomportamental:

Desconfiada, afetivamente lábil, cooperação regular, julgamento diminuído.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose orgânica não especificada;

2.Secundário: enfizema pulmonar.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: nenhuma.

PACIENTE 12 – AP

Características Demográficas: 72 anos, masculino, branco, solteiro, sem profissão, analfabeto, com várias internações psiquiátricas anteriores e internado no SSCF em 22 de maio de 1965.

Sintomas e Evolução: dificuldade de aprendizagem e relacionamento, agressivo quando contrariado e descuido de aparência; evoluiu sem mudanças de comportamento, mas colaborando nas tarefas da instituição.

Resultados do Exame Neurológico: disdiacosinesia positiva bilateral, reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente, reflexo de sucção positivo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 0

ME (memória de evocação recente):3

ET (escore total): 10

2.Estado Psicocomportamental:

Ansioso, dificuldade de entendimento, cooperativo, julgamento diminuído, sem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: retardamento mental leve;

2.Secundário: oligofrenia, hipertensão arterial.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: captopril 37,5 mg/dia.

PACIENTE 14 – ALR

Características Demográficas: 76 anos, masculino, branco, solteiro, lavrador, primário incompleto, internado no SSCF em 11 de abril de 1984.

Sintomas e Evolução: isolamento, verbalização escassa, hábito alcoólico, baixo interesse pelo ambiente; evoluiu com comportamento semelhante, com total falta de cuidados pessoais.

Resultados do Exame Neurológico: marcha festinante, reflexos posturais alterados, sinal de Romberg positivo, disdiacosinesia bilateral, coordenação motora alterada bilateralmente, reflexos palmo-mentoniano positivo bilateralmente.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente):3

ET (escore total): 14

Estado Psicocomportamental:

Desconfiado, afeto lábil, boa cooperação, discretamente desconexo, julgamento diminuído.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose orgânica não especificada;

2.Secundário: alcoolismo, neoplasia retal (cirurgia em 1986), hiperplasia de próstata.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (5).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5mg/dia, prometazina 25mg/dia.

PACIENTE 15 – MS

Características Demográficas: 65 anos, masculino, negro, solteiro, serviços gerais, primário completo, com outras internações psiquiátricas e transferido para SSCF em 21 de novembro de 1996.

Sintomas e Evolução: delírios de perseguição e desorientação no tempo e no espaço; veio transferido para este hospital com poucos antecedentes do início da doença, assim como poucas recordações; é calmo e trabalha nas tarefas do hospital.

Resultados do Exame Neurológico: n.d.n.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 3

OE (orientação espacial): 4

ME (memória de evocação recente): 1

ET (escore total): 18

2.Estado Psicocomportamental:

Atento, fala lenta, boa cooperação, tem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: oligofrenia.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5mg/dia, biperideno 2mg/dia.

PACIENTE 18 – ISB

Características Demográficas: 67 anos, feminina, branca, viúva, serviços gerais, primário completo, com várias internações em outros hospitais psiquiátricos e transferida para o SSCF em 10 de fevereiro de 1994.

Sintomas e Evolução: delírios severos, teorias místicas e sexuais, alucinações noturnas, tornando-se agressiva; evoluiu com diminuição dos sintomas, mas não desaparecimento.

Resultados do Exame Neurológico: discretíssimo tremor do polegar esquerdo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 1

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente): 3

ET (escore total): 19

2.Estado Psicocomportamental:

Desconfiada, falta lenta, cooperação regular, julgamento diminuído.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia não especificada;

2.Secundário: HAS.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol-depot (cada 15 dias), biperideno 2mg/dia, diazepam 10 mg/dia.

PACIENTE 19 – LF

Características Demográficas: 65 anos, feminino, branca, solteira, prendas domésticas, primário incompleto (3 anos), internada no SSFC em 17 de outubro de 1988.

Sintomas e Evolução: uso prolongado de álcool (25 anos), desenvolvendo quadro depressivo, péssima higiene e indiferença afetiva; evoluiu com comportamento bizarro, tentando atrair atenções e ameaça de suicídio.

Resultados do Exame Neurológico: marcha festinante, instabilidade postural, sinal de Romberg positivo, movimentos involuntários dos dedos da mão esquerda.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 1

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente): 2

ET (escore total): 16

2.Estado Psicocomportamental:

Discretamente lenta, atenta, coopera bem e tem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: síndrome de dependência do álcool;

2.Secundário: esquizofrenia (possível).

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: diazepam 10mg/dia.

PACIENTE 21 – AJS

Características Demográficas: 72 anos, masculino, pardo, solteiro, lavrador, semi-analfabeto, com várias internações em outros hospitais psiquiátricos e transferido para o SSCF em 30 de maio de 1992.

Sintomas e Evolução: alucinações auditivas, contato social pobre, convulsões generalizadas; internado por abandono familiar; evoluiu calmo, com pobre contato social e comportamento infantil.

Resultados do Exame Neurológico: n.d.n.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 0

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente): 2

ET (escore total): 13

2.Estado Psicocomportamental:

Fala lenta, boa cooperação; atento, tem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose orgânica não especificada;

2.Secundário: epilepsia, HAS.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: carbamazepina 600 mg/dia.

PACIENTE 25 – LC

Características Demográficas: 71 anos, masculino, branco, solteiro, industrial, primário completo, com várias internações psiquiátricas e transferido para o SSCF em 29 de maio de 1992.

Sintomas e Evolução: idéias delirantes que provocam agressividade e atrito corporal com outras pessoas, distúrbios senso perceptivos; evoluiu com agitação psicomotora.

Resultados do Exame Neurológico: tremor fino dos dedos das mãos (mais à direita), reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente, reflexos de sucção e “*snout*” positivos.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 4

ME (memória de evocação recente): 3

ET (escore total): 20

2.Estado Psicocomportamental:

Interessado, fala normal, gentil, cooperativo, tem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: HAS , arritmia cardíaca.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 5mg/dia, biperideno 2mg/dia, captopril 25mg/dia, furosemide 40mg/dia.

PACIENTE 26 – JNS

Características Demográficas: 78 anos, masculino, branco, solteiro, comerciante, primário incompleto (3 anos), internado no SSCF em 30 de maio de 1945.

Sintomas e Evolução: antecedentes de traumatismo craniano na adolescência, tornando-se agressivo após o ocorrido, falando sem nexos, com alucinações visuais, crises de choro, não conseguindo trabalhar mais; evoluiu com alucinações recorrentes e apatia progressiva.

Resultados do Exame Neurológico: amaurose à esquerda, reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente, reflexos de sucção e de “*snout*” positivos.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 2

ME (memória de evocação recente): 1

ET (escore total): 15

2.Estado Psicocomportamental:

Apático, desatento, desconfiado, sem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia simples;

2.Secundário: enfizema pulmonar.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: nenhuma.

PACIENTE 27 – VRO

Características Demográficas: 67 anos, masculino, pardo, solteiro, semi-analfabeto, internado no SSCF desde janeiro de 1989.

Sintomas e Evolução: quadros confusionais sucessivos pelo uso continuado do álcool, havendo delírios e alucinações; evoluiu com compensação do comportamento, mas progressivo comprometimento motor progressivo por uma polineuropatia periférica e AVC.

Resultados do Exame Neurológico: marcha e postura alterados, pois não fica mais em pé, nem deambula, atrofia severa de ambos os membros inferiores, dismetria à esquerda, reflexos periféricos abolidos nos membros inferiores.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 5

ME (memória de evocação recente): 1

ET (escore total): 19

2.Estado Psicocomportamental:

Atento, coerente, julgamento preservado, coopera bem, tem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: etilismo crônico com transtorno mental não psicótico;

2.Secundário: AVCi, polineuropatia periférica.

Avaliação Funcional (Katz): parcialmente dependente (1).

Medicação atualmente utilizada: diazepam 10mg/dia, nitrazepan 10mg/dia.

PACIENTE 28 – RMS

Características Demográficas: 67 anos, feminino, branca, solteira, prendas domésticas, primário incompleto (2 anos), com antecedência de várias internações psiquiátricas e transferida para o SSCF em 10 de fevereiro de 1994.

Sintomas e Evolução: delírios místicos, tornando-se intensamente agitada, sem nexos, confusa; evoluiu com várias evasões dos hospitais e controle parcial do comportamento.

Resultados do Exame Neurológico: tremor fino de mão direita, movimentos involuntários de mão esquerda, reflexo de sucção positivo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 2

ME (memória de evocação recente): 1

ET (escore total): 15

2.Estado Psicocomportamental:

Apática, afetivamente indiferente, fala lenta, julgamento reduzido, sem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: retardo mental moderado.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 10mg/dia; prometazina 75mg/dia; biperideno 4mg/dia.

PACIENTE 29 – MAO

Características Demográficas: 75 anos, masculino, branco, solteiro, lavrador, semi-analfabeto, com antecedentes de várias internações psiquiátricas e internado no SSCF desde 14 de outubro de 1983.

Sintomas e Evolução: convulsões na infância, desenvolvendo agitação psicomotora e agressividade a partir dos 40 anos de idade, quebrando tudo em sua volta; evoluiu com delírios místicos, alucinações visuo-auditivas e humor instável.

Resultados do Exame Neurológico: sinal de Romberg positivo, dismetria à esquerda, movimentos involuntários dos dedos das mãos, reflexos palmo-mentonianos positivos bilateralmente.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 4

ME (memória de evocação recente): 0

ET (escore total): 15

2.Estado Psicocomportamental:

Atento, cooperando bem, tem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia paranóide;

2.Secundário: epilepsia, demência senil e arritmia cardíaca.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: amiodarona 200 mg/dia.

PACIENTE 33 – PGF

Características Demográficas: 67 anos, masculino, negro, carpinteiro, primário incompleto (3 anos), internado no SSCF em 9 de agosto de 1989.

Sintomas e Evolução: abandono de serviço, vagar sem rumo inicialmente, seguindo-se alucinações auditivas incontroláveis; evoluiu com empobrecimento progressivo do pensamento e afeto.

Resultados do Exame Neurológico: marcha festinante, tremores acentuados dos membros superiores, dismetria à esquerda.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM:

OT (orientação temporal): 1

OE (orientação espacial): 4

ME (memória de evocação recente): 1

ET (escore total): 16

Estado Psicocomportamental:

Atento, interessado, coerente, coopera bem, e tem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: HAS.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6);

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 3mg/dia, hidroclorotiazida 50mg/dia.

PACIENTE 36 – JRM

Características Demográficas: 69 anos, feminina, negra, solteira, prendas domésticas, primário completo, com várias internações psiquiátricas anteriores, e transferida para o SSCF em 10 de fevereiro de 1994;

Sintomas e Evolução: alterações acentuadas do curso do pensamento, com delírios de perseguição e medo; evoluiu com apatia, desinteresse e dificuldade da fala.

Resultados do Exame Neurológico: marcha festinante, postura encurvada para frente, tremores das mãos, alterações dos reflexos posturais, sinal de Romberg positivo, dismetria bilateral, e reflexo de “*snout*” positivo.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 3

OE (orientação espacial): 2

ME (memória de evocação recente): 3

ET (escore total): 16

2.Estado Psicocomportamental:

Fala desconexa, delirante, inquieta, desártrica e sem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: HAS.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: digoxina 0,25 mg/dia, captopril 50 mg/dia, haloperidol 10mg/dia, prometazina 25 mg/dia, diazepam 30 mg/dia.

PACIENTE 40 – BS

Características Demográficas: 75 anos, masculino, branca, solteiro, lavrador, analfabeto, com várias outras internações psiquiátricas e transferido para o SSCF em 30 de novembro de 1988;

Sintomas e Evolução: desorientação progressiva, embotamento; evoluiu com melhora do estado de consciência, mas quieto, com precária higiene pessoal e embotado.

Resultados do Exame Neurológico: postura encurvada para frente, marcha festinante, membro superiores semifletidos, sinal de Romberg positivo, tremores das mãos, movimentos involuntários da mão esquerda, reflexo de “snout” positivo;

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 1

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente): 3

ET (escore total): 16

2.Estado Psicocomportamental:

Fala lenta, afeto lábil, atento, coopera regularmente tem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia paranóide;

2.Secundário: nenhum.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6)

Medicação atualmente utilizada: haloperidol 2,5 mg/dia, prometazina 50mg/dia.

PACIENTE 44 – JM

Características Demográficas: 63 anos, masculino, negro, solteiro, lavrador, analfabeto, internado no SSCF em 26 de julho de 1968;

Sintomas e Evolução: teve convulsões desde criança, desenvolvendo agressividade; evoluiu com melhora do comportamento tornando-se mais orientado, mas com dificuldade de aceitação dos limites impostos.

Resultados do Exame Neurológico: sinal de Romberg positivo, marcha hemiparética, dismetria à direita, sinais Grasset e Mingazzini positivos à direita, reflexos periféricos exaltados à direita (++), reflexo de sucção positivo, reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM

OT (orientação temporal): 2

OE (orientação espacial): 3

ME (memória de evocação recente):2

ET (escore total): 16

2.Estado Psicocomportamental:

Atento cooperativo, fala normal, tem *insight*.

Diagnósticos:

1.Principal: esquizofrenia residual;

2.Secundário: oligofrenia leve, epilepsia, e seqüelas AVCi esquerdo.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: nenhuma.

PACIENTE 45 –JMS

Características Demográficas: 61 anos, masculino, parda, solteiro, sem profissão, analfabeto, internado no SSCF em 7 de fevereiro de 1990;

Sintomas e Evolução: uso crônico de álcool (até querosene), tornando-se agitado, agressivo com perda da crítica; evoluiu perda progressiva da audição além de emitir sons permanentes com a boca, ininteligíveis.

Resultados do Exame Neurológico: discreta hemiparesia esquerda, com marcha ceifante, surdez completa; diminuição da força muscular à esquerda, reflexos periféricos exaltados à esquerda (++) , sinal de Babinski positivo à esquerda, reflexo palmo-mentoniano positivo bilateralmente.

Resultados do Exame Neuropsicológico:

1.MEEM - impossível de ser aplicado pela perda auditiva total

OT (orientação temporal): -

OE (orientação espacial): -

ME (memória de evocação recente): -

ET (escore total): -

2.Estado Psicocomportamental:

Fala sem nexos, emite ruídos, desatento, e desconexo.

Diagnósticos:

1.Principal: psicose orgânica;

2.Secundário: síndrome de dependência do álcool, esquizofrenia residual, AVCi direito.

Avaliação Funcional (Katz): totalmente independente (6).

Medicação atualmente utilizada: nenhuma.

2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA DO TIPO ALZHEIMER – DSM-IV

- A. Desenvolvimento de múltiplos déficits manifestados tanto por (1) quanto por (2):
 - 1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de apreender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas)
 - 2) uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:
 - a) afasia (perturbação da linguagem)
 - b) apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intacto)
 - c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intacto)
 - d) Perturbação do funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)
- B. Os déficits cognitivos nos critérios A1 e A2 causam, cada qual, prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento.
- C. O curso caracteriza-se por um início gradual e um declínio cognitivo contínuo.
- D. Os déficits cognitivo nos critérios A1 e A2 não se devem a quaisquer dos seguintes fatores:
 - 1) outras condições do sistema nervoso central que causam déficits progressivos na memória e cognição (por ex.: doença cerebrovascular, doença de Parkinson, doença de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de pressão normal, tumor cerebral.)
 - 2) condições sistêmicas que comprovadamente causam demência (por ex.; hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico, deficiência de niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infecção com HIV)
 - 3) condições induzidas por substâncias
- E. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um *delirium*.
- F. A perturbação não é melhor explicada por um outro transtorno do Eixo I (por ex.: tratamento depressivo maior, esquizofrenia).

3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA VASCULAR – DSM-IV

- A. Desenvolvimento de múltiplos déficits manifestados tanto por (1) quanto por (2):
 - 1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas)
 - 2) uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:
 - a) afasia (perturbação da linguagem)
 - b) apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intacto)
 - c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intacto)
 - d) perturbação do funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)
- B. Os déficits cognitivos nos critérios A1 e A2 causam, cada qual, um prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível anterior de funcionamento
- C. Sinais e sintomas neurológicos focais (por ex.: exagero dos reflexos tendinosos profundos, resposta extensora plantar, paralisia pseudobulbar, anormalidades da marcha, fraqueza em uma das extremidades) ou evidências laboratoriais indicativas de uma doença cerebrovascular (por ex.: múltiplos infartos envolvendo o córtex e substância branca) considerados etiologicamente relacionados à perturbação.
- D. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um *delirium*.

4 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA DEVIDO A OUTRAS CONDIÇÕES MÉDICO GERAIS – DSM-IV

- A. Desenvolvimento de múltiplos déficits manifestados tanto por (1) quanto por (2):
 - 1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de apreender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas)
 - 2) uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:
 - a) afasia (perturbação da linguagem)
 - b) apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intacto)
 - c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intacto)
 - d) perturbação do funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)
- B. Os déficits cognitivos nos critérios A1 e A2 causam, cada qual, um prejuízo significativo a partir de um nível anterior de funcionamento.
- C. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de uma das condições médicas gerais adiante.

5 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA PERSISTENTE INDUZIDA POR SUBSTÂNCIA – DSM-IV

- A. Desenvolvimento de múltiplos déficits manifestados tanto por (1) quanto por (2):
 - 1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de apreender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas)
 - 2) uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:
 - a) afasia (perturbação da linguagem)
 - b) apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intacto)
 - c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intacto)
 - d) perturbação do funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)
- B. Os déficits cognitivos nos critérios A1 e A2 causam, cada qual, um prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo a partir de um nível anterior de funcionamento.
- C. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um *delirium* e persistem além da duração habitual da Intoxicação ou Abstinência de Substância.
- D. Existem evidências, a partir da história, exame físico e achados laboratoriais, de que os déficits estão etiologicamente relacionados a efeitos persistentes do uso de uma substância (por ex. Droga de abuso, medicamento)

6 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA DEVIDO A MÚLTIPLAS ETIOLOGIAS – DSM-IV

- A. Desenvolvimento de múltiplos déficits manifestados tanto por (1) quanto por (2):
 - 1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de apreender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas)
 - 2) uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:
 - a) afasia (perturbação da linguagem)
 - b) apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intacto)
 - c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intacto)
 - d) perturbação do funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)
- B. Os déficits cognitivos nos critérios A1 e A2 causam, cada qual, um prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo a partir de um nível anterior de funcionamento.
- C. Existem evidências, a partir da história, exame físicos ou achados laboratoriais, de que a perturbação possui mais de uma etiologia (por ex.: traumatismo craniano mais uso crônico de álcool, demência do tipo Alzheimer como o desenvolvimento subsequente de demência vascular)
- D. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um *delirium*.

7 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA VASCULAR SEGUNDO O NINDS/AIREN - NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE AND THE ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT EN NEUROSCIENCES

I. Provável

Demência definida por declínio cognitivo de um nível de funcionamento mais elevado, com déficits evidentes de duas ou mais áreas da cognição que interferem com atividades da vida diária

Demência estabelecida clinicamente e documentada por testes neuropsicológicos

Doença cerebrovascular definida por: presença de sinais neurológicos focais consistentes com Acidente Vascular Cerebral e evidência de Doença Cerebrovascular na Tomografia Computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética.

Relação entre os dois distúrbios:

- Início de demência três meses após Acidente Vascular Cerebral;
- Deterioração abrupta, ou progressão com flutuações, “em degraus” dos déficits cognitivos;
- Ausência de *delirium*; psicose; afasia ou comprometimento sensoriomotor grave;
- Transtornos sistêmicos ou doenças cerebrais (ex. doença de Alzheimer);

II. Características clínicas consistentes com o diagnóstico de “Provável”

Distúrbio de marcha precoce

História de instabilidade e quedas

Sintomas Urinários não aplicados por doença urológica

Paralisia pseudobulbar

Mudanças do Humor e personalidade (abulia, depressão, incontinência emocional)

III. O diagnóstico de “Provável” é incorreto quando:

Início de déficit de memória e piora progressiva da memória e de outras funções cognitivas na ausência de lesão correspondente na CT ou MRI

Ausência de sinais neurológicos focais

Ausência de lesões cerebrovasculares na CT ou MRI

IV. Possível

Presença de demência com sinais neurológicos focais

Ausência de imagens cerebrais confirmado Doença Cerebrovascular

Ausência de relação temporal clara entre demência e Acidente Vascular Cerebral

Pacientes com início súbito e curso variável (estabilização ou melhora) dos déficits cognitivos e evidência de Doença Cerebrovascular relevante

V. Definitivo

Crítérios clínicos para Demência Vascular provável

Evidência histopatológica de Doença Cerebrovascular

Ausência de placas neurofibrilares e fusos neurofibrilares em quantidade maior do que o esperado para a idade

Ausência de outros transtornos clínicos e patológicos que possam causar demência

VI. Classificação de Demência Vascular

Demência Vascular cortical

Demência subcortical

Doença de Binswanger

Demência Talâmica.

8 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DOENÇA DE ALZHEIMER SEGUNDO O NINCDS/ADRDA - NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE AND THE ALZHEIMER'S DISEASE AND RELATED DISORDERS ASSOCIATION

I. Provável

Demência comprovada através de exame clínico e documentada através do mini-exame do estado mental, escala de Blessed ou similar, e confirmada por testes neuropsicológicos
Déficits cognitivos evidentes em duas ou mais áreas da cognição
Piora progressiva dos déficits de memória e demais funções cognitivas
Ausência de rebaixamento de consciência
Início dos sintomas entre as idades de 40 e 90 anos, mais freqüentemente após os 65 anos
Ausência dos doenças sistêmicas ou cerebrais que expliquem os déficits observados.

II. O diagnóstico de “Provável” é reforçado por:

Deterioração progressiva de funções cognitivas específicas (afasia, apraxia, agnosia)
Comprometimento das atividades cotidianas, alteração do padrão comportamental
História familiar de doenças semelhantes
Exame de líquido cérebro-espinhal através de punção lombar sendo normal
Alterações inespecíficas do eletroencefalograma
Evidência de atrofia cortical progressiva na tomografia cerebral

III. São consistentes com o diagnóstico de “Provável”

Plateau no curso de progressão da doença
Associação com sintomas depressivos, insônia, incontinência, delírios, alucinações, reações catastróficas, transtornos sexuais, perda de peso, outras anormalidades neurológicas (aumento de tônus muscular, mioclônia ou transtornos da marcha)
Convulsões em casos mais avançados
Imagem tomográfica cerebral normal para a idade

IV. O diagnóstico de “Provável” é incorreto quando:

A instalação dos sintomas cognitivos é rápida ou súbita
Sinais neurológicos focais estão presentes
Convulsões ocorrem na instalação ou cedo durante o curso da doença

V. Possível

Síndrome demencial na ausência de outras doenças neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas.
Variação na forma de instalação, apresentação e curso clínico,
Associação com outra doença neurológica capaz de provocar demência, mas que não é considerada responsável pelo quadro clínico.
Déficit cognitivo progressivo único presente sem que haja outra causa identificável

VI. Definitivo

Preenche critério clínico para “Provável” e evidência histopatológica de doença de Alzheimer

9 ESCALA DE DETERIORAÇÃO GLOBAL (GDS)

1. [] Nenhum declínio cognitivo

Nenhuma queixa subjetiva de memória

Nenhum déficit evidente de memória na entrevista clínica

2. [] Declínio cognitivo muito leve

Queixas subjetivas de déficit de memória, mais frequentemente nas seguintes áreas:

- 1) Esquece onde guardou objetos familiares;
- 2) Esquece nomes anteriormente bem conhecidos

Nenhuma evidência objetiva de déficit de memória na entrevista clínica

Preocupação apropriada com respeito aos sintomas

3. [] Declínio cognitivo leve

Déficits precoces e evidentes. Manifestações em mais de uma das seguintes áreas:

- 1) O paciente pode ter se perdido quando em viagem a um lugar desconhecido
- 2) Os colegas passam a notar o desempenho relativamente fraco do paciente no trabalho
- 3) As dificuldades para lembrar de palavras e nomes tornam-se evidentes para as pessoas mais íntimas.
- 4) O paciente pode ler um texto ou livro e guardar relativamente pouca informação.
- 5) O paciente pode perder ou por em lugar errado objeto de valor.
- 6) Déficit de concentração pode estar evidente na avaliação clínica.

Evidência objetiva de déficit mnésico apenas com uma entrevista intensiva.

Reduzido desempenho manifestando-se em situações ocupacionais e sociais mais difíceis.

O paciente começa abertamente a manifestar recusa.

Ansiedade leve a moderada acompanha os sintomas cognitivos.

4. [] Declínio cognitivo moderado

Déficits evidentes na entrevista clínica detalhada, manifestando-se nas seguintes áreas:

- 1) Decréscimo no conhecimento de fatos atuais e recentes.
- 2) Pode mostrar algum déficit de memória referente à sua história pessoal.
- 3) Déficit de concentração manifestada em subtrações seriadas.
- 4) Decréscimo na capacidade de viajar, cuidar das finanças, etc.

Frequentemente nenhum déficit nas seguintes áreas:

1. Orientação quanto ao horário e às pessoas.
2. Reconhecimento de pessoas ou rostos familiares, distinguindo-os de estranhos.
3. Capacidade de viajar para locais familiares.

Incapacidade para executar tarefas complexas.

A negação é um mecanismo de defesa dominante.

Embotamento afetivo e afastamento de situações desafiantes.

5. [] Declínio cognitivo moderadamente grave

O paciente não pode mais viver sem alguma assistência.

Durante a entrevista, o paciente é incapaz de se lembrar de aspectos relevantes de sua vida atual, p.ex.: seu número telefônico ou endereço onde morou durante anos, nomes de membros mais chegados da família (como netos) e o nome da escola ou faculdade em que se formou.

Frequentemente, alguma desorientação quanto ao lugar ou tempo (data, dia da semana, estação, etc.)

Um paciente instruído pode ter dificuldade na contagem regressiva 40-4 ou 20-2.

Pacientes deste estágio retêm conhecimentos de muitos fatos importantes relacionados a eles e a outros. Eles invariavelmente sabem seus próprios nomes e geralmente sabem o nome do cônjuge ou dos filhos, eles não requerem assistência com toalete ou alimentação mas podem ter dificuldade para escolher a roupa apropriada para vestir e podem ocasionalmente vestirem-se erradamente (p. ex.: por sapatos nos pés errados)

6. [] Declínio cognitivo grave

O paciente pode ocasionalmente esquecer o nome do cônjuge do qual é completamente dependente para sobreviver.

Não tem conhecimento de grande parte das experiências e eventos recentes de sua vida.

Retém algum conhecimento de sua vida passada, mas de forma bastante imprecisa.

Geralmente não tem conhecimento de seu meio ambiente, ano, estação, etc.

Pode ter dificuldade na contagem de 1 a 10, e principalmente de 10- 1.

Requer alguma assistência com atividade da vida diária como, por exemplo:

- Pode se tornar incontinente;
- Pode requerer ajuda com viagem, mas ocasionalmente consegue viajar a locais familiares;

Ritmo diurno freqüentemente perturbado.

Quase sempre se lembra de seu próprio nome.

Freqüentemente continua capaz de distinguir pessoas familiares de pessoas pouco conhecidas em seu ambiente

Ocorrem alterações emocionais e da personalidade. Estas são bastante variáveis e incluem:

a) comportamento delirante, p. ex.: acusando seu cônjuge de ser um impostor, podendo conversar com figuras imaginárias e em seu ambiente ou com sua própria imagem no espelho.

b) sintomas obsessivos, p ex.: repetindo continuamente atos simples de limpeza.

c) pode apresentar ansiedade, agitação e até comportamento violento que não existia previamente.

d) abulia cognitiva, ou seja, perda da força de vontade em que o indivíduo não consegue conduzir seu pensamento o suficiente para determinar um curso planejado de ação.

7. [] Declínio cognitivo muito grave

Todas as capacidades verbais estão perdidas

Freqüentemente, não existe qualquer fala - apenas grunhidos

Incontinência urinária, requerendo ajuda com toalete e alimentação

Perda das destrezas psicomotoras básicas p ex.: a capacidade de andar

O cérebro parece não mais ser capaz de comandar o corpo

Sintomas e sinais neurológicos corticais e generalizados estão freqüentemente presentes.

10 ESCALA DE KATZ – INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Independência funcional significa agir sem supervisão, direção ou assistência ativa de outra pessoa, exceto como especificamente descrito abaixo. Isto é baseado no estado atual e não na capacidade de recuperação do analisado. Os pacientes que se recusam a executar uma função são considerados como quem não desempenha a função, mesmo que sejam capazes. Este índice é baseado na avaliação da independência funcional do paciente ao banhar-se, vestir-se, ir ao sanitário, transferir-se, preservar a continência e alimentar-se. São definidas desta forma as funções pesquisadas:

1. Banhar-se: (com esponja, chuveiro ou banheira)

Independente: necessita de ajuda só na lavagem de uma pequena parte (como as costas, ou extremidades incapacitadas) ou se banha completamente.

Dependente necessita de ajuda na lavagem de mais de uma parte do corpo.

2. Vestir-se:

Independente: tira as roupas dos armários, ou guarda-roupas e gavetas; veste-se incluindo enfeites e cintos; lida com fechos. Dar nós é excluídos da avaliação desta função.

Dependente não se veste ou fica parcialmente vestido

3. Ir ao sanitário:

Independente: vai ao sanitário; entra e sai dele; arranja as roupas; limpa os órgãos de excreção (pode usar urinol à noite somente ou não estar usando ajuda mecânica).

Dependente usa urinol ou comadre permanentemente ou recebe ajuda para ir e usar o sanitário.

4. Transferir-se

Independente: move-se dentro e fora da cama e da cadeira (pode ou não estar usando apoios mecânicos).

Dependente necessita ajuda para mover-se dentro e fora da cama e/ou cadeira; não executa uma ou mais transferências.

5. Preservar a continência:

Independente: micção e defecção inteiramente controláveis.

Dependente incontinência urinária ou fecal, parcial ou total; não controle total ou parcial de enemas; catéteres ou uso de sondas ou urinóis permanentemente.

6. Alimentar-se

Independente: retira a comida do prato ou equivalente e leva à boca (o corte da carne e a preparação do alimento, como colocar manteiga no pão, estão excluídos da avaliação).

Dependente necessita de ajuda no ato de alimentação (veja acima); não come espontaneamente ou alimenta-se de forma parenteral.

O paciente recebe um número conforme o seu grau de independência:

6. Independente na alimentação, continência, transferência, ida ao sanitário, atividades de vestir-se e banhar-se.

5. Dependente em uma dessas funções;

4. Dependente no banho e outras dessas funções;

3. Dependente no banho, na atividade de vestir-se e outra dessas funções.

2. Dependente no banho, na atividade de vestir-se, ir ao sanitário e outras dessas funções.

1. Dependente no banho, na atividade de vestir-se, ir ao sanitário, transferência e outra dessas funções

0. Dependente em todas as 6 funções

11 MINI EXAME DO ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN

Instruções para aplicação e pontuação do Mini-Exame do Estado Mental:

Comece explicando que vai fazer um teste rápido de memória e orientação, o que servirá como preparo para o paciente em relação ao conteúdo do teste.

Orientação Temporal

Pergunte “Qual é a data?”. Provavelmente serão ditos o dia do mês e o mês. Pergunte pelo dia da semana e ano. Certifique-se que nenhum relógio está visível e pergunte “Sem olhar no relógio, que horas são?”. Considere correto até uma hora a mais ou a menos em relação a hora real. Um ponto para cada resposta correta.

Orientação Espacial

Pergunte “Que lugar é este?”, apontando com o indicador para baixo, indicando o local específico (consultório, enfermaria, etc.). Em seguida pergunte “Que lugar é este?” fazendo um gesto circular, para indicar o local genérico (clínica, hospital, etc.). Na sequência pergunte pelo bairro ou uma rua próxima ao local do exame, cidade e estado. Um ponto para cada resposta correta.

Memória Imediata

Diga “vou falar 3 palavras que o sr (sra) vai repetir em seguida e repetir novamente daqui a pouco”. Diga 3 palavras não relacionadas (p ex.: vaso, carro e tijolo) no ritmo de uma palavra por segundo. Dê um ponto para cada palavra repetida. Caso não sejam repetidas as três, diga novamente e peça para repetir mas sem contar pontos desta vez.

Atenção e Cálculo

Pergunte quanto é 100- 7. Se a resposta for correta peça para subtrair 7 do resultado. Caso seja incorreta, aguarde um momento em silêncio. Se houver correção espontânea considere como certo e vá em frente. Se não houver corrija e continue até completar 5 subtrações. Um ponto para cada resposta correta. Alternativamente diga “Gostaria que dissesse a palavra MUNDO letra por letra, mas de trás para adiante começando pela letra O”. Um ponto para cada letra na posição correta

Memória de Evocação Imediata

Memória de Evocação Recente

Diga “Lembra daquelas palavras que foram repetidas? Gostaria que fossem repetidas novamente”. Um ponto para cada palavra correta

Linguagem

Mostre um relógio e uma caneta e pergunte o nome. Um ponto para cada resposta correta.

Diga “Repita comigo - Nem aqui, nem ali, nem lá”. Um ponto se corretamente repetido.

Diga “Faça exatamente como eu falar - pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque-o no chão”. Em seguida coloque uma folha de papel sobre a mesa em frente ao paciente. Um ponto para cada etapa correta.

Diga - “Vou mostrar uma coisa para o sr (sra.) ler e fazer. Estou pedindo uma coisa por escrito.”. Mostre a frase: “Feche os olhos”. Um ponto se os olhos forem fechados.

Diga - “Quero que escreva uma frase. Tem que ter começo meio e fim. Pode ser um pensamento alguma coisa que o sr (sra) fez hoje, o que o sr (sra) quiser, mas tem que ter começo, meio e fim”. A explicação é necessária porque a resposta a um simples “escreva uma frase, pode ser escrever o nome. Um ponto se a frase for inteligível. Não considere erros de ortografia ou concordância.

Diga - “Copie este desenho” e mostre dois pentágonos superpostos. Um ponto se duas figuras com 5 ângulos que se sobreponham por um deles.

Mini Exame do Estado Mental

Orientação		Pontos	Pontos
Qual é a data?	Dia do mês	1	
	mês	1	
	ano	1	
	dia da semana	1	
	hora	1	
Que lugar é este?	Local específico	1	
	local genérico	1	
	Bairro	1	
	Cidade	1	
	Estado	1	
Memória Imediata	Vaso, Carro e Tijolo	3	
Atenção e Cálculo	100 - 7 (sucessivos) ou MUNDO	5	
Memória de evocação recente	recordar os 3 objetos anteriores	3	
Linguagem	Nomeação (relógio e caneta)	2	
	repetir “Nem aqui, nem ali, nem lá”	1	
	Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão	3	
	Ler e executar: “Feche os olhos”	1	
	Escrever uma frase	1	
	Copiar um desenho	1	
Pontuação total		30	

12 PROTOCOLO DE PESQUISA

Prevalência de demência em população de pacientes idosos (≥ 60 anos) internados no Serviço de Saúde “Cândido Ferreira” da Prefeitura Municipal de Campinas

Pesquisadores: Prof. Dr. Benito Pereira Damasceno e Dr. Paulo Renato Canineu

Responsável.....: Prof. Dr. Benito P. Damasceno – Unidade de Neuropsicologia e Neurolinguística –
Departamento de Neurologia – FCM-UNICAMP

Local.....: Serviço de Saúde “Dr.Cândido Ferreira” e ambulatório de Neurologia do HC-
UNICAMP

Dados Demográficos:

Paciente: _____ Idade (DN): _____

Estado Civil: _____ Educação: _____ Profissão: _____

Resumo da Doença:

Diagnóstico Psiquiátrico:

Medicamentos Atuais:

Exame Neurológico: “screening”

Exame Neurológico – (marque com um x e especifique a alteração) - Data: ___/___/___

Nível de consciência normal alterado _____

Postura/Marcha normal alterado _____

Acuidade auditiva normal alterado _____

Acuidade Visual normal alterado _____

Campos Visuais normal alterado _____

Motricidade

Face normal alterado _____

Língua normal alterado _____

Olhos normal alterado _____

MMSS normal alterado _____

MMII normal alterado _____

Reflexos

Bicipital normal alterado _____

Bráquio-radial normal alterado _____

Flexor dos dedos normal alterado _____

Quadricipital normal alterado _____

Aquileu normal alterado _____

Cutâneo-plantar normal alterado _____

Reflexos Patológicos

Tromner (Hoffmann) ausente presente _____

Babinski ausente presente _____

Primitivos ausente presente _____

Sensibilidade

Tato normal alterado _____

Dor normal alterado _____

Exame psicocomportamental:

13 INSTRUÇÕES PARA O EXAME NEUROLÓGICO – AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA HC-UNICAMP

Nível de consciência: o paciente está alerta, sonolento, estuporoso ou comatoso?

Marcha: observe o paciente andando espontaneamente e, depois, peça-lhe para andar 4 passos para frente e o mesmo tanto para trás, seguindo uma linha reta fixa, primeiro de olhos abertos e depois de olhos fechados (marcha atáxica? hemiparética? parapareto-espástica? festinante (parkinsoniana)? apráxica? bizarra (hústerica)? marcha de pés caídos?).

Postura: paciente com os pés juntos, braços-mãos-dedos estendidos na vertical (a chamada “manobra de Grasset”), primeiro de olhos abertos e depois de olhos fechados: postura oscilante/atáxica? queda do membro superior? ou apenas leve flexão-pronação da mão? tremor do membro? sinal de Romberg positivo (i.e., ao fechar os olhos, o sujeito é incapaz de ficar com os pés juntos ou tende a cair)?

Acuidade auditiva: Verificar se o pac ouve o roçar/raspar do polegar no indicador, próximo de cada ouvido.

Acuidade visual: pedir ao pac para ler letras da figura anexa colocada à distância de 1,5 metro.

Campos visuais: método da confrontação: o examinador dá estímulos mexendo seus dedos nos 4 quadrantes do campo visual do paciente, em sequência caótica, unilateral ou bilateral-simultânea: hemianopsia homônima D ou E? quadrantanopsia superior ou inferior? D ou E?). Na **extinção visual**, o paciente não detecta o estímulo em um dos lados na estimulação simultânea bilateral, mas é capaz de detectá-lo na estimulação apenas deste lado. Para diagnosticar este fenômeno, os estímulos (movimentos das mãos do examinador) devem ser dados simultaneamente em regiões homólogas dos campos visuais D e E. No paciente que não coopera (afásico, confuso, sonolento), os campos visuais são examinados mediante a manobra de “ameaça dos dedos do examinador” em um e outro campo visual [o lado hemianóptico é aquele para cujos estímulos (“ameaça dos dedos”) o paciente não pisca].

Movimentos oculares: (examinados em 8 direções: para cima, para baixo, para a D, para cima e à D, para baixo e à D, para a E, para cima e à E, para baixo e à E); oftalmoparesia? nistagmo?

Motricidade facial: pedir ao paciente para enrugar a testa; fechar os olhos; mostrar os dentes: paresia periférica (toda hemiface)? ou central (apenas da parte inferior da hemiface)?

Motricidade lingual: pedir ao paciente para fazer movimentos rápidos e amplos da língua, à direita e à esquerda: lentidão? desvio?

Motricidade dos membros superiores: pedir ao paciente para fazer movimentos rápidos de “contar dinheiro” com o polegar e indicador, opor o polegar contra os outros dedos; e apertar fortemente o dedo do examinador: lentidão? paresia?

Motricidade dos membros inferiores: pedir ao paciente para ficar com as pernas estendidas com os pés-halucis dorsifletidos (“manobra de Mingazzini”): paresia?

Reflexos: paciente com os olhos fechados - Examinar os reflexos (percutindo com o martelo as estruturas mencionadas entre parêntesis):

- bicipital (tendão do bíceps)
- braquiorradial (processo estilóide do rádio)
- flexor dos dedos (o examinador percute seu dedo apoiado na face palmar das pontas dos dedos semi-fletidos do paciente)
- quadrícipital (tendão do quadríceps, entre a patela e a tíbia)
- aquileu (tendão de Aquiles).

Além disso, pesquisar a presença de **reflexos patológicos** (ver figuras em página anexa):

- sinal de Tromner (= sinal de Hoffmann): é a flexão “em massa” dos dedos da mão, em resposta ao estiramento brusco do flexor do dedo indicador. Pode ocorrer normalmente em sujeitos tensos, excitados, ou com frio (e então é bilateral, simétrico e isolado).
- sinal de Babinski: é a resposta em extensão do halux (com ou sem abdução dos demais dedos) à estimulação tátil vigorosa da região lateral da face plantar ou dorsal do pé.

Sensibilidade: (paciente c/olhos fechados). Testar as sensações:

- **Tátil:**
 - **Localização** de estímulos (roçar de dedo do examinador) aplicados p.ex., na testa E e depois no indicador D do paciente.
 - **Comparação** de estímulos táteis aplicados (à D e, logo após, à E) na testa, lábio superior, lábio inferior, mão (II e IV dedos) e pé (halux).
- **Dolorosa** - Seguir o mesmo esquema da sensação tátil (use lapiseira 0.5).
- **Proprioceptiva**- Primeiro, instrua o pac quanto às posições do polegar e halux (“no meio”, “para cima” e “para baixo”). A seguir (pac c/olhos fechados), testar estas posições em sequência caótica, comparando o lado D com o E.

Estado psíquico-comportamental e afetivo: Anotar (após o exame) o que você observou:

normal? inquieto? desatento? ansioso/tenso? exaltado? agressivo? desconfiado? estava alucinando? lento? apático? deprimido? afeto-lábil? afetivamente indiferente? comportamento imbecil, incompatível, confuso ou bizarro? cooperando mal? falta de “insight”? fala lenta?/rápida?/desconexa?/afásica?/disártrica?, etc.