

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

MARINA CERES SILVA PENA

Sintomas Obsessivo-Compulsivos nas Demências

RIBEIRÃO PRETO / SP
2010

MARINA CERES SILVA PENA

Sintomas Obsessivo-Compulsivos nas Demências

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale

RIBEIRÃO PRETO / SP
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pena, Marina Ceres Silva

Sintomas Obsessivo-Compulsivos nas Demências. / Marina Ceres Silva Pena; Orientador: Francisco de Assis Carvalho do Vale. Ribeirão Preto, 2010.

116 p. il. 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Saúde Mental.

1. Sintoma obsessivo-compulsivo, 2. Demência, 3. Doença de Alzheimer, 4. Demência vascular, 5. Demência frontotemporal, 6. Demência com corpos de Lewy, 7. Demência da doença de Parkinson.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marina Ceres Silva Pena

Sintomas Obsessivo-Compulsivos nas Demências.

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Mental

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família, pelo amor, carinho, paciência e constante incentivo em todos os momentos dessa jornada. Vocês são a essência da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir viver e aprender com meus erros e acertos.

Ao meu orientador *Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale*, pela oportunidade de realizar este projeto e disponibilidade em me orientar.

Aos meus pais, *Alfredo e Ceres*, pelo amor, educação com valores sólidos e éticos; por me ajudarem a perceber a importância de cada passo, de cada dia, na busca dos meus objetivos; por muitas vezes acreditarem muito mais em mim que eu mesma. Minhas realizações são também suas.

Aos meus irmãos, *Ricardo e Fernando*, fundamentais na minha existência, por eu ser quem eu sou hoje e por saber que independente da distância, risos ou lágrimas, sempre podemos contar uns com os outros. É em vocês que busco segurança para continuar.

À minha querida cunhada *Ana*, simplesmente por ser minha cunhada.

Aos amigos *Emmanuelle e Leandro Ralho*, pelo acolhimento e carinho não só perante as dificuldades, como também oferecendo hospedagem nos momentos de dificuldade.

À querida *Liliana*, companheira nas alegrias e tristezas dessa jornada.

Aos queridos *Ari Pedro e Valéria*, pelo companheirismo e apoio.

Aos amigos *Alessandra, Emileane, Rodolfo e Teresa*, com os quais firmei laços na época de graduação em psicologia na UFSCar e que continuam presentes em minha vida apesar da distância física que nos separa.

Às amigas *Débora Margarida e Mariana Blecha*, pela convivência e amizade respeitosa, confiante e divertida, estando vocês no Brasil ou mesmo em Cingapura.

À *Jane*, ser minha psicoterapeuta, muitas vezes esclarecendo contingências, algumas vezes extinguindo comportamentos inadequados, outras me reforçando, mas acima de tudo por se preocupar com meu bem estar e acreditar na minha capacidade pessoal e profissional.

À todos os meus professores e supervisores, por dividirem comigo seus preciosos conhecimentos, em especial *Júlio César Coelho de Rose, Georgina Faneko Maniakas, Maria de Jesus Dutra dos Reis e Maria Helena Chaves Sarti*.

Aos colegas do ANCP, em especial ao *Prof. Dr. Vitor Tumas*, pelas sugestões e contribuições no decorrer desse trabalho.

A todos que de alguma maneira me ajudaram e me apoiaram para a finalização desse projeto, em especial à *Alessandra Pires, Cláudia Lúcia, Sônia Ielo* pelo incentivo constante.

Aos *pacientes e seus respectivos cuidadores*, que se dispuseram a participar desse estudo, contribuindo com valiosas informações.

Ao *CNPq*, pela concessão de bolsa de mestrado.

EPÍGRAFE

CERTEZA

*“De tudo ficaram 3 coisas:
A certeza de que estamos sempre começando;
A certeza de que precisamos continuar;
A certeza de que seremos interrompidos
antes de terminar.
Portanto, devemos:
Fazer da interrupção um caminho novo;
Da queda, um passo de dança;
Do medo, uma escada;
Do sonho, uma ponte;
Da procura, um encontro”*

Fernando Pessoa

RESUMO / ABSTRACT

RESUMO

PENA, M. C. S. **Sintomas Obsessivo-Compulsivos nas Demências**. 2010. 116p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Demências são síndromes caracterizadas por um declínio cognitivo, usualmente acompanhado por sintomas comportamentais e psicológicos das demências (SCPD), destacando-se por sua alta prevalência, e alto custo socioeconômico. Da mesma maneira como ocorre com outros SCPD, é possível que os sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) nas demências também levem a um maior desgaste do cuidador, maior morbidade, aumento do risco de institucionalização precoce do paciente e também aumento do custo. O objetivo desse estudo foi verificar a ocorrência de SOC em pacientes com demência, assim como observar as consequências dessa ocorrência no paciente e em seu cuidador em termos de sintomas psicológicos e comportamentais, incluindo ansiosos, depressivos, de carga e de qualidade de vida. Para tal foi realizado um estudo transversal analítico de uma casuística de um ambulatório terciário composta por 84 pacientes com demência e 75 cuidadores. Os grupos demenciais incluíram a doença de Alzheimer (DA), demência vascular tipo Binswanger (DV), demência frontotemporal (DFT) e demências com sinucleinopatias (demência com corpos de Lewy ou demência da doença de Parkinson – DSin). Os dados foram coletados a partir da aplicação do questionário de informações pessoais do paciente e de seu cuidador; escala Yale-Brown de sintomas obsessivo-compulsivos (YBOCS), escala global de 15 pontos de obsessões e compulsões do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América (NIMH-OC), inventário neuropsiquiátrico (INP), escala de qualidade de vida (EQV), inventário de sobrecarga de Zarit (ISZ), escala de ansiedade e depressão (HAD). Dos 84 pacientes incluídos no estudo, 55 (65,48%) apresentavam algum SOC segundo o YBOCS. A maioria caracterizada com sintomas leves segundo a NIMH-OC. Setenta e dois (85,71%) faziam uso de algum psicotrópico. Cinquenta e sete (67,86%) possuíam alguma comorbidade. Setenta e cinco (89,29%) possuíam algum SCPD não-SOC segundo o INP. Dados referentes ao cuidadores apontaram escores medianos de qualidade de vida e carga. A maioria dos cuidadores apresentou sintomas ansiosos e depressivos leves a moderados. Para comparação das médias foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*, onde valores de $p < 0.05$ foram considerados significantes. Os resultados sugerem que SOC são frequentes nos quadros demenciais, apesar de subnotificados; a primeira parte do YBOCS mostrou-se aplicável na avaliação de pacientes com demência, porém com algumas adaptações. O uso de psicotrópicos pareceu não ter evitado a ocorrência, no entanto parece ter interferido positivamente nas consequências dele sobre o cuidador. Inibidores de acetilcolinesterase parecem ter o mesmo efeito, mesmo não sendo esta sua indicação primária.

Palavras-chave: sintoma obsessivo-compulsivo, demência, doença de Alzheimer, demência vascular, demência frontotemporal, demência com corpos de Lewy, demência da doença de Parkinson.

ABSTRACT

PENA, M. C. S. **Obsessive-Compulsive symptoms in Dementia**. 2010. 116p. Dissertation (Master Degree) – School of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Dementia is a syndrome characterized by cognitive decline, usually accompanied by behavioral and psychological symptoms (BPSD), distinguished by its high prevalence and high socioeconomic cost. As it happens with other BPSD, it is possible that the obsessive-compulsive symptoms (OCS) in dementia also lead to higher burden of the caregiver, increased morbidity, increased risk of early institutionalization of the patient and as well as it made increase the cost. The aim of this study was to verify the occurrence of OCS in patients with dementia, as well as observe the consequences of this occurrence in the patient and his/her caregiver in terms of behavioral and psychological symptoms, including anxiety, depression, burden and quality of life. We performed an analytical cross sectional study of casuistic composes by 84 patients with dementia and 75 caregivers attended in a tertiary care outpatient clinic. The groups were included Alzheimer's disease (AD), vascular dementia of Binswanger type (VD), frontotemporal dementia (FTD) and dementias with synucleinopathy (Lewy body dementia or Parkinson's disease dementia – SinD). Data were collected through the application of a personal information questionnaire to patients and caregivers, the Yale-Brown obsessive-compulsive symptoms (YBOCS), a global 15-point obsessions and compulsions of the National Institute of Mental Health United States of America (NIMH-OC), neuropsychiatric inventory (NPI), quality of life assessment scale (QOL), Zarit caregiver burden interview (ZBI), hospital anxiety and depression scale (HAD). Of the 84 patients studied, 55 (65.48%) had some OCS according to the YBOCS. The majority of symptoms characterized as mild according to the NIMH-OC. Seventy two (85.71%) used any psychotropic drug. Fifty seven (67.86%) had some comorbidity. Seventy five (89.29%) had a non-OCS BPSD according to the NPI. Data regarding caregivers showed by quality and burden scores on average most of caregivers showed mild to moderate anxious and depressive symptoms. Pearson correlation were used to compare the means, and p-values <0.05 were considered significant. The results suggests that OCS are common in dementia, although they are underreported; the first part of the YBOCS showed to be applicable to assess patients with dementia, but with some adjustments; while this second part. It seems that the use of psychotropic drugs does not prevent the occurrence of OCS, however it seems to have any positive effects on the caregivers. Acetylcholinesterase inhibitor seems to have that same effect even through this is not their primary indication.

Keywords: obsessive-compulsive symptom, dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, frontotemporal dementia, Lewy body dementia, Parkinson's disease dementia.

LISTAS / SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Dados demográficos em cada grupo de demência	49
Tabela 2 –	Freqüência das comorbidades apresentadas pelos pacientes em cada grupo demencial	51
Tabela 3 –	Freqüência das medicações utilizadas pelos pacientes em cada grupo demencial	52
Tabela 4 –	Freqüência dos SOC apresentados nas categorias do YBOCS em cada grupo demencial	53
Tabela 5 –	Características dos cuidadores e dos pacientes com os maiores escores de SOC encontrados, segundo o YBOCS	54
Tabela 6 –	Freqüência dos sintomas comportamentais e psicológicos segundo o INP em cada grupo demencial	55
Tabela 7 –	Medidas de qualidade de vida, sobrecarga e estado emocional dos cuidadores	56
Tabela 8 –	Correlações entre os escores totais do YBOCS e diversas variáveis	57
Tabela 9 –	Correlações entre os escores dos sintomas obsessivos no YBOCS e diversas variáveis	58
Tabela 10 –	Correlações entre os escores dos sintomas compulsivos no YBOCS e diversas variáveis	59
Tabela 11 –	Correlações entre os escores obtidos no INP, EQV, ISZ e HAD	61

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

AEXP	Ambulatório de Distúrbios do Movimento
AINE	Anti-inflamatório não esteróide
ALZH	Ambulatório de doença da Alzheimer
ANCP	Ambulatório de Neurologia Comportamental
ATAU	Ambulatório de Taupatias
BZD	Benzodiazepínico
CDR	Estagiamento clínico da demência
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CID-10	Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - décima revisão
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Demência com corpos de Lewy
DDP	Demência da doença de Parkinson
DFT	Demência frontotemporal
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DSin	Demências com sinucleinopatias
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition</i>
DV	Demência vascular
ECT	Eletroconvulsoterapia
EEG	Eletroencefalograma
EMT	Estimulação magnética transcraniana
EQV	Escala de qualidade de vida do cuidador sobre si mesmo
ESPECT	<i>Single photon emission computed tomography</i>
HAD	Escala de ansiedade e depressão
HAS	Hipertensão arterial
HCFMRP- USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IAChe	Inibidor de acetilcolinesterase
INP	Inventário neuropsiquiátrico
INP-DAtotal	Desgaste total do acompanhante segundo o INP
INP-et	Escore total do INP
IRC	Insuficiência renal crônica

ISRS	Inibidor seletivo de recaptção de serotonina
ISZ	Inventário de sobrecarga de Zarit
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
NIMH-OC	Escala global de 15 pontos de obsessões e compulsões do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América
PET	<i>Positron emission tomography</i>
RNM	Ressonância nuclear magnética
SAS/STAT®	<i>Statistical Analysis Software</i>
SCPD	Sintomas comportamentais e psicológicos das demências
SOC	Sintomas obsessivo-compulsivos
SPECT	<i>Single photon emission computed tomography</i>
SUS	Sistema único de saúde
TC	Tomografia computadorizada
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
YBOCS	Escala Yale-Brown de sintomas obsessivo-compulsivos
YBOCS-ec	Escore de compulsões no YBOCS
YBOCS-eo	Escore de obsessões no YBOCS
YBOCS-et	Escore total no YBOCS

SUMÁRIO

1. – INTRODUÇÃO	16
1.1 – Demências	17
1.1.1 – Doença de Alzheimer	19
1.1.2 – Demência Vascular	21
1.1.3 – Demência frontotemporal	23
1.1.4 – Demências com sinucleinopatias: demência com corpos de Lewy e demência da doença de Parkinson	24
1.2 – Sintomas comportamentais e psicológicos das demências.....	27
1.2.1 – Sintomas obsessivo-compulsivos e transtorno obsessivo-compulsivo	29
2. – OBJETIVOS.....	35
2.1 – Objetivo principal.....	36
2.2 – Objetivo secundário.....	36
3. – MÉTODOS	37
3.1 – Delineamento do estudo.....	38
3.2 – Local.....	38
3.3 – Amostra	39
3.4 – Materiais.....	40
3.5 – Instrumentos.....	41
3.6 – Procedimentos para coleta dos dados	45
3.7 – Procedimentos éticos	46
3.8 – Apoio financeiro.....	47
3.9 – Análise estatística	47
4. – RESULTADOS.....	48
4.1 – Caracterização da amostra	49
4.2 – Distribuição dos SOC	52
4.3 – Distribuição dos SCPD não-SOC	55
4.4 – Parâmetros relacionados ao cuidador	56
4.5 – Correlações	56
5. – DISCUSSÃO	63
6. – CONCLUSÃO	74

7. – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
8. – ANEXOS.....	84
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	85
ANEXO B – Questionário sobre dados do paciente e seu cuidador.....	87
ANEXO C – Escala Yale-Brown de obsessões e compulsões (YBOCKS).....	88
ANEXO D – Escala Global de 15 pontos de Obsessões e Compulsões do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América (NIMH-OC) .	99
ANEXO E – Inventario Neuropsiquiátrico (INP).....	100
ANEXO F – Escala de Ansiedade e Depressão (HAD).....	113
ANEXO G – Inventário de sobrecarga de Zarit (ISZ)	114
ANEXO H – Escala de Qualidade de Vida (EQV)	115
ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	116

1. – INTRODUÇÃO

1.1 – Demências

O fenômeno do envelhecimento da população mundial, antes restrito apenas aos países desenvolvidos, têm-se generalizado para os países em desenvolvimento. No Brasil, é cada vez maior a expectativa de vida da população, que já ultrapassa os 70 anos de idade, com previsão de que o país passe da 16ª para a 6ª posição no ranking mundial em número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais até o ano de 2025 (LOPES; BOTTINO, 2002).

Esse envelhecimento, que deveria ser celebrado como uma conquista de sociedade moderna torna-se uma ameaça de epidemia de doenças crônico-degenerativas para a qual as pessoas ainda não estão preparadas. Essas mudanças são extremamente preocupantes também no Brasil, devido às precárias condições econômicas e sociais dos nossos idosos, além da possibilidade de superposição epidemiológica, com a junção das doenças crônico-infecciosas e as crônico-degenerativas.

Um exemplo ilustrativo seriam as demências, cada vez mais freqüente nos na população, uma vez que tanto a incidência quanto a prevalência estão associadas à idade, aproximadamente dobrando a cada 5 anos, aproximadamente, a partir dos 65 anos (LOPES; BOTTINO, 2002; NITRINI et al., 2009).

As demências possuem maiores conseqüências em termos de incapacidade funcional, institucionalização e mortalidade, o que representa mais prescrição de medicamentos, um problema social e econômico tanto no presente quanto no futuro (ANKRI, POUPARD, 2003).

A Neurologia Comportamental e a Neuropsicologia abordam transtornos cognitivos e comportamentais associados a doenças neurológicas e não neurológicas, dentre eles as demências.

Demências são síndromes caracterizadas por um declínio cognitivo envolvendo pelo menos dois domínios e incluindo a memória, com intensidade suficiente para interferir no funcionamento ocupacional e social da pessoa (DSM-IV, 1994; CID-10, 1994). O declínio cognitivo é usualmente acompanhado por mudanças do humor, do comportamento e da personalidade. As demências destacam-se em decorrência de sua alta prevalência, afetando cerca de 5% da população acima de 65 anos (RITCHIE; LOVESTONE, 2002), e do seu alto custo socioeconômico (RICE et al., 2001).

Os padrões de sintomas de evolução da demência diferem de acordo com o indivíduo. O diagnóstico é feito pelo neurologista, médico especialista, através de uma anamnese abrangente e detalhada, associada a um exame físico geral e um exame neurológico incluindo uma avaliação cognitiva formal para o exame da memória e de outras funções cognitivas como: atenção, linguagem, funções executivas, orientação, praxias, gnosias e funções visuais-espaciais (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; COOPER; GREENE, 2005). Os exames laboratoriais e de neuroimagem auxiliam na identificação da etiologia.

A anotação sistemática dos dados clínicos e demográficos permite estabelecer parâmetros comparativos em relação a outros serviços, e possibilita o desenvolvimento de estratégias de intervenção terapêutica e de prevenção. Tratamento e prevenção são campos de atuação de importância crescente também na área de Neurologia Comportamental, em decorrência do conhecimento de demências potencialmente reversíveis ou evitáveis, e das crescentes propostas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas (OVERSHOTT; BURNS, 2005). Hoje em dia, a abordagem terapêutica mais abrangente e eficaz pode contar, além da prescrição de medicamentos, da indicação de tratamentos não medicamentosos como terapia ocupacional, fisioterapia, psicoterapia, dentre outros.

Um estudo populacional realizado no Brasil, mais especificamente na cidade de São Paulo, que de acordo com o IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística) em 2000, tinha uma população de 10.426.384 pessoas, das quais 969.654 tinham acima de 60 anos de idade. Esse estudo randomizou indivíduos com mais de 60 anos, buscando compor uma amostra significativa das diversas classes econômicas por distritos. Os resultados mostraram uma prevalência de demência da ordem de 12,9% em indivíduos com 60 anos de idade e de 16,2% em indivíduos com 65 anos ou mais. Doença de Alzheimer foi a causa mais freqüente (59,8%), seguida por demência vascular (15,9%) e por doença de Alzheimer associada a demência vascular (8,4%). O diagnóstico de demência foi mais comum em analfabetos (40,19%) seguido por ensino básico (39,25%) e também foi mais comum em mulheres (69,16%) (BOTTINO et al., 2008)

Outro estudo populacional brasileiro, realizado em Catanduva/SP, cidade com cerca de 100.913 habitantes, avaliou a domicílio 1656 indivíduos com mais de 65 anos (cerca de 25% da população idosa residente na zona urbana). Esse estudo demonstrou uma incidência de demência de 13,8 por 1.000 pessoas-ano e uma prevalência de 7,1%, em pessoas com 65 anos ou mais. Doença de Alzheimer foi a

causa mais freqüente das demências (55,1%), seguida por doença de Alzheimer associada a demência vascular (14,4%) e por demência vascular (9,3%). O diagnóstico de demência foi mais comum em analfabetos (12,2%) que em indivíduos com escolaridade de 8 anos ou mais (3,5%) e também foi mais comum em mulheres (HERRERA et al., 2002; NITRINI et al., 2004; NITRINI et al., 2009).

A razão de risco de mortalidade em pacientes com demência, valor que reflete o quanto a presença de uma condição patológica aumenta o risco de óbito após ajuste para outras comorbidades, tem variado de 1,9 a 3,6 em diversos estudos epidemiológicos. Isso confirma que demência é um fator de maior risco que outros fatores importantes como idade, história prévia de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial grave e diabetes (NITRINI et al., 2005).

Diferentes tipos de demência podem ser distinguidos, conforme a natureza ou etiologia, como a demência da doença de Alzheimer, demência com corpos de Lewy, demência da doença de Parkinson, demência frontotemporal, demência vascular, demência por HIV, demência secundária à depressão, entre outras. É freqüente a associação de 2 causas ou tipos (RITCHIE; LOVESTONE, 2002).

1.1.1 – Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer (DA) foi descrita inicialmente em 1906 pelo neuropsiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer (1864-1915) ao reportar o caso da paciente *August D.*

A DA é a principal causa de demência, chegando a corresponder a mais de 50% das demências em alguns estudos. A DA se caracteriza por um processo degenerativo que acomete inicialmente os hipocampus, com posterior comprometimento de áreas corticais associativas e relativa preservação dos córtices primários. Essa distribuição caracteriza alterações cognitivas e comportamentais, com preservação do funcionamento motor e sensorial até as fases mais avançadas (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; BLENOW; LEON; ZETTERBERG, 2006).

A DA pode ser classificada, de acordo com a idade de início dos sintomas, em pré-senil (antes dos 65 anos) e senil (após 65 anos). Os casos pré-senis são mais raros (10%) e estão associados a um padrão de transmissão genética autossômica

dominante ligada aos cromossomos 1, 14, 19 e 21. Os casos senis são aparentemente esporádicos (GALLUCCI-NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

Os sintomas iniciais da DA estão relacionados às dificuldades cognitivas de início insidioso, com piora lenta e progressiva, em especial a perda de memória e a desorientação espacial. Alterações de linguagem (até mesmo afasia), comprometimento das funções executivas (incluindo desorientação espacial, tomada de decisão, planejamento, execução e monitoramento), alterações do sono-vigília, alterações comportamentais, sintomas psicóticos e incapacidade de deambular podem surgir com a evolução do quadro (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; GALLUCCI-NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005; BERTOLUCCI, 2006).

Os sintomas dificultam atividades comuns mais elaboradas e novos aprendizados, sendo que de modo geral, quanto mais exposto a novas situações e novos aprendizados, maior a chance de um diagnóstico precoce. A falta de percepção a respeito do próprio déficit funcional, assim como alteração precoce do comportamento e depressão também podem ser indicativos de desenvolvimento de DA (BERTOLUCCI, 2006).

O diagnóstico da DA é clínico, devido à falta de um marcador biológico confiável, sendo a avaliação neuropsicológica essencial. Sendo assim, o diagnóstico pode ser denominado DA provável (sintomas clínicos típicos sem confirmação histopatológica), DA possível (sintomas clínicos atípicos, sem alternativa diagnóstica aparente, sem confirmação histopatológica) e DA definitiva (diagnóstico clínico com confirmação histopatológica) (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; CUMMINGS, 2004). Esse último, diagnóstico definitivo, só pode ser feito mediante a análise histopatológica do tecido cerebral post-mortem, se forem encontradas alterações como perda neuronal nas camadas piramidais do córtex cerebral e degenerações sinápticas a nível hipocampal e neocortical (placas senis com presença de proteína β -amilóide¹, emaranhados neurofibrilares², perfil apoE³) (CUMMINGS, 2004; GALLUCCI-NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

¹ As placas senis ou neuríticas são lesões extracelulares que têm no peptídeo beta-amilóide (A β 42) seu principal constituinte, proteína que na maior parte das vezes é derivada do precursor da proteína β -amilóide (PPA), gene localizado no cromossomo 21. A hipótese é que a cascata β -amilóide leve a uma série de eventos neurotóxicos (como disfunção mitocondrial, resposta neuroinflamatória anormal, diminuição do suporte neurotrófico, diminuição da neurplasticidade e neurogênese, hiperfosforilação da TAU, apoptose e quebra da homeostase de cálcio), culminando na morte neuronal (PAULA et al, 2009).

² Os emaranhados neurofibrilares são lesões intraneuronais compostas por agregados de proteína TAU (cuja função estabilizar os microtúbulos e nos neurônios mantêm a estrutura neuronal, o transporte axonal e a plasticidade sináptica) em estado hiperfosforilado, que leva a uma cascata de eventos (instabilidade neuronal e da homeostase) resultando em morte neuronal (PAULA et al, 2009).

³ A apolipoproteína E, fabricada em grande quantidade pelos neurônios no cérebro, é importantes como uma parte de um programa compensatório para conter a neurodegeneração. Estudos sugerem que a apoE contribui para o depósito da proteína β -amilóide (A β), comprovando seu papel específico na formação de placas amilóides e emaranhados neurofibrilares (OJOPI; BERTONCINI; DIAS NETO, 2004).

O diagnóstico diferencial de DA deve ser feito de *delirium*, depressão, desidratação, disfunção tireoidiana, anemia, déficit de vitamina B12, alterações de glicemia, disfunções hepáticas e renais, condições que quando tratadas revertem as condições cognitivas se não houver sobreposição de um processo neurodegenerativo. DA também deve ser diferenciada da demência com corpos de Lewy e da demência da doença de Parkinson, condições facilmente confundidas (CARAMELLI; BARBOSA, 2002;).

Exames de neuroimagem estruturais como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM) mostram atrofia no lobo temporalmedia, incluindo o hipocampo e o córtex entorrinal, enquanto que exames de neuroimagem funcionais como *single photon emission computed tomography* (SPECT) e *positron emission tomography* (PET) mostram hipometabolismo nos córtex temporal, parietal e córtex cingulado posterior (BLENOW; LEON; ZETTERBERG, 2006).

Inibidores de acetilcolinesterase (IACHÉ) como donepezil, galantamina e rivastigmina, tem sido utilizados no tratamento da DA, com seu efeito relatado em pesquisas clínicas, estatisticamente significativas apesar de clinicamente modestas. O tratamento deve ser iniciado por especialista; só é recomendado em pacientes com DA leve a moderada. A medicação não cura, mas retarda o progresso da doença; não faz efeito para todos; deve ser descontinuada em pacientes que não responderem a ela ou tiverem muitos efeitos colaterais, como náusea, vômito, diarreia, dor abdominal, dor de cabeça, discinesia, tremor, perda de peso, fadiga. A memantina, antagonista do receptor de glutamato, também tem sido utilizada para tratamento de DA moderada a grave (CUMMINGS, 2004; OVERSHOTT; BURNS, 2005; BLENOW; LEON; ZETTERBERG, 2006).

1.1.2 – Demência Vascular

O segundo tipo mais freqüente de demência em idosos é a demência vascular (DV). Descrita inicialmente pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) em 1910, é uma síndrome neurológica heterogênea, conseqüência de doença vascular cerebral, em sua maioria isquêmica.

A DV representa cerca de 10% de todos os casos de demência, é a segunda causa mais freqüente de demência precoce e tem prevalência de 2% na população de 65-70 anos e de 20-40% na população acima de 80 anos, dobrando a cada quinqüênio a partir dos 65 anos 95 anos, com predomínio no sexo masculino. A prevalência no Brasil varia de 9,3 a 24,9% e a incidência de 06 a 12 por 1000 (ROMÁN, 2000; CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

Fatores de risco associados à DV incluem dislipidemia, hipertensão arterial, arteroesclerose, doença coronariana, obesidade, diabetes e tabagismo (BLENOW; LEON; ZETTERBERG, 2006)

O diagnóstico da DV exige demência, doença vascular cerebral e uma relação provável entre elas (distribuição dos vasos e sua patologia; fatores hemodinâmicos e metabólicos; fatores de risco que podem levar a distúrbios circulatórios e lesão do tecido nervoso). Seus sintomas são muito variáveis, mas incluem perda de memória, distúrbios das funções executivas, lentidão do processamento de informações, lentidão motora, distúrbios urinários e alterações comportamentais (AGGARWAL; DECARLI, 2007).

O uso de TC e RNM na prática médica pode ser uma ferramenta a mais para ajudar a clarear as interações entre o estágio da doença e a cognição, com destaque para os infartos lacunares e a hipodensidade em substância branca (AGGARWAL; DECARLI, 2007).

Pode-se classificar a DV em diversos subtipos, de acordo com a natureza das lesões vasculares, extensão e localização, sendo eles: demência de multiinfartos, demência de infarto único e estratégico, demência na doença de pequenos vasos cortical ou subcortical (também denominada doença de Binswanger), doença por hipoperfusão, demência hemorrágica, ou combinação das anteriores (ROMÁN, 1987, 2000; AGGARWAL; DECARLI, 2007).

A doença de Binswanger, que aqui nos interessa, leva o nome de um de seus estudiosos, o neuropatologista alemão Otto Ludwig Binswanger (1852-1929), que enfatizou a necessidade de diferenciar os diversos tipos de demências. Lesões em substância branca e acidentes vasculares cerebrais (AVC) são os principais componentes da doença de Binswanger, um problema comum na população idosa, afetando cerca de 1/3 dos indivíduos com 65 anos ou mais, o que a torna uma epidemia silenciosa (ROMÁN, 2000).

A especial importância da DV deve-se ao alto custo socioeconômico, que muitas vezes excede o da DA e que na maioria das vezes é passível de prevenção

com medidas simples de saúde pública, uma vez que para evitar e/ou minimizar os prejuízos na DV pode-se tratar os fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e tabagismo (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; AGGARWAL; DECARLI, 2007).

Ainda não há tratamento que possa reverter a DV; no entanto, o tratamento da DV é prevenir e tratar seus sintomas (AGGARWAL; DECARLI, 2007).

1.1.3 – Demência frontotemporal

A demência frontotemporal (DFT) possui relato de casos a partir de 1982. O termo DFT foi criado em consenso entre os grupos de Lund e Manchester, enfatizando mais a patologia do que a patogênese, o que é adequado, porém genérico. Desse grupo de demência fazem parte a doença de Pick, degeneração do lobo frontal com doença do neurônio motor (esclerose lateral amiotrófica), demência semântica e demência do lobo frontal inespecífica. Contribui para 20% de todas as formas de demência e parece ser 9% da causa de todas elas, sendo que cerca de 30% dos casos apresenta história familiar em parentes de primeiro grau, com padrão de herança sugestivo de transmissão autossômica dominante (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; TEIXEIRA-JR; SALGADO, 2006).

Sua prevalência é desconhecida, variando entre os estudos devido aos critérios de seleção dos pacientes a aos critérios diagnósticos. No entanto, as estimativas em relação à DA oscilam entre 1 DFT/3 DA a 1 DFT/11 DA. (MARINHO, 2006).

Ao exame neurológico, os pacientes com DFT podem ter reflexos primitivos como preensão palmar e sucção, que constituem sinais de frontalização (TEIXEIRA-JR; SALGADO, 2006).

Na DFT, as alterações de comportamento são de aparição mais precoce que as cognitivas, bem como mais freqüentes, proeminentes, variadas e maiores fontes de estresse para os cuidadores. Podem ser subdivididas em desinibida, apática e estereotipada, padrões que podem ocorrer ao longo do processo em um mesmo paciente. As alterações da personalidade (como apatia, indiferença, infantilidade, euforia, irritabilidade, impulsividade, estereotipias, sexualidade exacerbada, isolamento social, dificuldade no controle da modulação das emoções,

hiperoralidade, comportamentos repetitivos, descuido com a higiene, comportamento de utilização/imitação) e sintomas psicóticos são os principais sintomas comportamentais encontrados nesse tipo de paciente (CAIXETA; NITRINI, 2001; CARAMELLI; BARBOSA, 2002; GALLUCCI-NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005; TEIXEIRA-JR; SALGADO, 2006).

Já como sintomas cognitivos, que são de início insidioso e caráter progressivo, encontramos uma alteração na linguagem (redução de fluência verbal, estereotípias e ecolalia), ausência de frustração ou estresse diante das próprias dificuldades, além de ausência de simpatia ou empatia por outras pessoas. A memória e as habilidades visuoespaciais encontram-se relativamente preservadas. (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

Apesar dos exames de neuroimagem estruturais demonstrarem alterações (alargamento do corno temporal, atrofia frontal/temporal, preservação da região para-hipocampal), assim como os funcionais (hipoperfusão de regiões frontais posteriormente em direção a regiões temporais), nas fases iniciais essas alterações podem não ser evidentes (MARINHO, 2006; TEIXEIRA-JR; SALGADO, 2006).

A DFT tem sido pouco estudada e subdiagnosticada, principalmente por ser confundida com DA e outros transtornos psiquiátricos, sendo necessária a realização de um diagnóstico diferencial (TEIXEIRA-JR; SALGADO, 2006).

O tratamento medicamentoso da DFT, da mesma maneira que ocorre com outras doenças neurodegenerativas, baseia-se na reposição de neurotransmissores, com administração de IChE como donepezil, galantamina e rivastigmina, assim como administração de inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) como fluoxetina e sertralina, para controle dos sintomas comportamentais (TEIXEIRA-JR; SALGADO, 2006).

1.1.4 – Demências com sinucleinopatias: demência com corpos de Lewy e demência da doença de Parkinson

A demência com corpos de Lewy (DCL) e a demência da doença de Parkinson (DDP) podem ser chamadas de demências com sinucleinopatias (DSin) por terem em comum a alfa-sinucleína, uma fosfoproteína pré-sináptica que se

apresenta como principal constituinte dos corpos de Lewy, presente em ambas as patologias (LIPPA et al., 2007)

A DCL, descrita inicialmente há 30 anos, leva o nome do neurologista alemão Frederich Heinrich Lewy (1885-1950) que primeiramente descreveu, por volta de 1912, os corpúsculos de Lewy. Atualmente a DCL constitui a segunda mais freqüente forma de ocorrência de demência degenerativa (20%, sendo ultrapassada apenas pela DA) é definida como uma síndrome neuropsiquiátrica degenerativa primária de início na idade avançada, com sintomas cognitivos, motores, psiquiátricos e autonômicos (MCKEITH et al., 2004).

Os achados neuropatológicos envolvem a presença dos corpúsculos de Lewy em regiões corticais e subcorticais, ocorrendo em conjunto com a formação de placas senis neocorticais e raramente com o desenvolvimento de emaranhados neurofibrilares. Está relacionada à agregação anormal da proteína sináptica alfa-sinucleína que caracteriza um grupo de doenças denominado sinucleinopatias. Apresenta características clínicas e patológicas muito semelhantes à DA e à demência da doença de Parkinson (MCKEITH et al., 2004; LIPPA et al., 2007).

O declínio cognitivo na DCL é de início rápido e declínio progressivo, interferindo na capacidade funcional do indivíduo principalmente no que diz respeito às funções executivas e habilidades visuoespaciais, que estão mais comprometidos no início da doença, com relativa preservação da memória. O diagnóstico clínico é feito quando o declínio cognitivo é flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; GALLUCCI-NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

Congrega, no geral, sintomas cognitivos de início insidioso como confusão mental e deterioração cognitiva progressiva, tanto das funções corticais (memória, linguagem, funções executivas e visuo-espaciais), como das funções subcorticais (atenção e velocidade de processamento cognitivo), que são os mais estressantes. Já os sintomas motores extrapiramidais (tremores posturais, rigidez do tipo roda denteada, bradicinesia, instabilidade postural, marcha anormal, discinesia) presentes em 77% dos casos, principalmente rigidez e bradicinesia, podem ser a maior causa de incapacidades. Ainda podem estar presentes sintomas psiquiátricos como flutuações (variações marcantes do estado de alerta e atenção), alucinações (principalmente visuais), depressão, distúrbios do sono REM, ocorrência de quedas

e síncofes (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; MCKEITH et al., 2004; GALLUCCINETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005; MCKEITH et al., 2005).

Inibidores de acetilcolinesterase (IACHÉ) como donepezil, galantamina e rivastigmina, não estão licenciados para o uso em DCL, mas estão sendo cada vez mais utilizados. Como os pacientes do DCL possuem pouca tolerância a antipsicóticos, os IACHÉ têm sido uma boa opção para tratamento dos sintomas neuropsiquiátricos, trazendo melhora na apatia, delírios e alucinações (OVERSHOTT; BURNS, 2005).

Já a DDP desenvolve-se em torno de 30% dos pacientes com doença de Parkinson (DP)⁴, é definida pela CID-10 (1994) e pelo DSM-IV (1994), mas ainda não existe um critério diagnóstico para sua classificação.

A DP é uma desordem neurológica progressiva, atinge cerca de 3% dos indivíduos com mais de 60 anos, aumentando para até 5% acima dos 85 anos. É caracterizada pela degeneração dos neurônios dopaminérgicos e pela presença de corpúsculos de Lewy principalmente na substância negra, mas também na área tegumentar ventral do mesencéfalo. A degeneração produz os sintomas motores característicos (tremores posturais, rigidez do tipo roda dentada, bradicinesia, instabilidade postural, marcha anormal, discinesia) e redução da dopamina, responsável pela fenomenologia comportamental (como psicose, depressão, alterações cognitivas) (RAO; HOFMANN; SHAKIL, 2006; MELO; BARBOSA; CARAMELLI, 2007).

Devido à grande semelhança clínica da DDP com DCL e a falta de um critério diagnóstico específico, sua diferenciação é arbitrária e relacionada ao tempo de aparecimento dos sintomas. O termo DCL é utilizado como diagnóstico quando o quadro demencial ocorre antes ou ao mesmo tempo que o parkinsonismo enquanto que o termo DDP é usado para descrever uma demência que ocorre em um contexto bem estabelecido de doença de Parkinson (MCKEITH et al., 2005; PADOVANI et al., 2006; LIPPA et al., 2007).

A DDP se caracteriza tipicamente por uma síndrome disexecutiva progressiva com déficit de atenção e flutuações no estado cognitivo freqüentemente acompanhados de sintomas psicóticos. Também há anormalidades na função visuo-espacial e na memória. Outra manifestação freqüente é a bradifrenia. Muitas vezes é

⁴ A doença de Parkinson leva o nome de quem a descreveu inicialmente em 1817 como "*paralysis agitans*", o médico e paleontologista inglês James Parkinson (1755-1813).

difícil separar o alentecimento cognitivo da própria bradicinesia que o paciente apresenta. Esse quadro cognitivo é muito similar ao observado na DCL e se diferencia do observado na DA pela ausência de afasia, apraxia e agnosia (BOSBOOM et al., 2004; EMRE, 2004; JANVIN et al., 2006; CAIXETA; VIEIRA, 2008).

A estimativa de prevalência de DDP ainda não é muito bem definida, variando de 10 a 50%, com média de 30% dos pacientes com DP. Essa diferença enorme entre os dados encontrados na literatura se deve à precariedade da definição de demência mais aceita e utilizada, além da variação de idade, escolaridade, tempo de DP dos pacientes, assim como a grande variedade de testes aplicados em cada estudo (EMRE, 2004; CAIXETA; VIEIRA, 2008).

Inibidores de acetilcolinesterase (AChE) como donepezil, galantamina e rivastigmina, não estão licenciados para o uso em DDP, mas estão sendo cada vez mais utilizados. Seu uso geralmente produz melhora significativa na cognição e nos sintomas comportamentais, sem ser observada piora dos sintomas motores (EMRE, 2004; OVERSHOTT; BURNS, 2005).

1.2 – Sintomas comportamentais e psicológicos das demências

Os sintomas não cognitivos que ocorrem nos quadros demenciais são denominados sintomas comportamentais e psicológicos das demências (SCPD) e ocorrem ao longo da evolução da doença em cerca de 60% dos pacientes demenciados (VEGA et al., 2007; OMELAN, 2006). Os SCPD são relevantes porque além de freqüentes estão associados ao maior desgaste do cuidador, piora na qualidade de vida do paciente, maior morbidade, correlação com declínio cognitivo mais rápido, aumento do risco de institucionalização precoce e também do custo com os cuidados adequados incluindo medicamentos (IPA, 2002; Lyketsos, 2007; MCKEITH; CUMMINGS, 2005; VALE et al., 2007; VEGA et al., 2007).

As causas dos SCPD são diversas, mas acredita-se que o dano cerebral causado pela demência, assim como cuidador geralmente não especializado e menor tolerabilidade a estressores tanto ambientais como biológicos contribuam

para a expressão dos sintomas, piora da habilidade motora e declínio das habilidades cognitivas (Lyketsos, 2007).

Os SCPD costumam ocorrer em grupos, sendo dificilmente encontrados isoladamente. Estes podem ser categorizados em sintomas afetivos (depressivos ou agitado) e psicóticos, muitas vezes relacionados ao tipo de demência, ao estágio em que o paciente se encontra e ao uso de drogas “anti-demências” (Lyketsos, 2007).

Um estudo recente (VERAS et al., 2007) sugere que a repercussão dos gastos da família com o idoso demenciado chega a comprometer em média 66% da renda familiar, podendo chegar a até 75% em pacientes no estágio inicial, a 62% no estágio avançada e a cerca de 80% da renda familiar quando associada a outra doença crônica. Não existem estudos específicos que foquem especificamente o custo dos SCPD, mesmo que eles constituam uma causa muito importante, principalmente no que diz respeito a institucionalizações (HEMELS et al., 2001).

Os SCPD são muitos e variáveis, mesmo porque estão diretamente relacionados à observação e relato de diferentes familiares e cuidadores. De um modo geral, na DA os principais sintomas encontrados são: apatia, agitação, depressão, ansiedade, irritabilidade, delírio e alucinações (menos comuns). Já na DCL é usual observarmos alucinações visuais, delírios, depressão, distúrbios do sono REM. Na DV ocorre apatia, depressão e delírio; na DFT podemos constatar apatia, desinibição, elação, comportamentos repetitivos e mudanças no comportamento alimentar. Nas DSin é comum encontrarmos relatos de alucinações visuais, delírios, depressão, distúrbio do sono REM e desordens comportamentais (MCKEITH; CUMMINGS, 2005).

O tratamento medicamentoso dos SCPD inclui principalmente a administração de antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos. No entanto, terapias não-farmacológicas devem ser consideradas antes do tratamento farmacológico (OVERSHOTT; BURNS, 2005).

Os sintomas depressivos são muito comuns, sendo observados em 30 a 50% dos pacientes com DA, enquanto transtornos depressivos acometem algo em torno de 10 a 20% dos casos. Estudos observaram um aumento de 5 vezes no risco de acometimento demencial nos pacientes que apresentavam depressão associada a alterações cognitivas, sendo essas reversíveis ou não (FORLENZA, 2000; STEFFENS; POTTER, 2008).

Sintomas depressivos e demenciais sobrepõem-se com freqüência em pacientes idosos; pacientes demenciados queixam-se de depressão e pacientes deprimidos queixam-se de falhas da memória (FORLENZA, 2000; VERHEY; VISSER, 2000).

O controle dos sintomas depressivos em pacientes com DA pode proporcionar, indiretamente, melhora da cognição, além da melhora na qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores. O uso de drogas, em especial os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) são as de primeira escolha para o tratamento dos sintomas depressivos, levando em consideração que determinados antidepressivos podem exercer efeito negativo sobre a cognição (MULCHAHEY et al, 1999; FORLENZA, 2000).

Em contrapartida, os sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) nas demências parecem ser subdiagnosticados e pouco estudados, uma vez que um levantamento bibliográfico realizado recentemente (PENA: VALE: 2010) encontrou apenas 10 estudos investigando SOC nas demências. Desses, nenhum avaliava o impacto dos SOC nos cuidadores, ao menos em termos de carga, qualidade de vida ou custo socioeconômico, o que demonstra o ineditismo do presente estudo. Em apenas 5 estudos SOC era o objetivo primário. Isso demonstra o ineditismo do presente estudo.

Um ponto muito importante dos SCPD é a necessidade de melhorar a definição e as estratégias de identificação, uma vez que esse progresso poderia melhorar a caracterização clínica das demências e com isso a conduta diante delas, seja no tratamento medicamentoso e/ou não-medicamentoso (MCKEITH; CUMMINGS, 2005).

1.2.1 – Sintomas obsessivo-compulsivos e transtorno obsessivo-compulsivo

Sintomas obsessivos e compulsivos são componentes de diversas doenças como autismo, síndrome de Tourette, transtorno dismórfico-corporal, doença de Huntington, Coréia de Sydenham, doença de Parkinson, hipocondria e lesões do lobo frontal (STEIN, 2002).

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno do espectro ansioso, caracterizado por presença de obsessões e/ou compulsões recorrentes suficientemente severas para consumir tempo (mais de 1 hora por dia), causar sofrimento ou prejuízo acentuado e interferir significativamente nas atividades rotineiras, funcionais e ocupacionais do indivíduo (CID-10; DSM-IV; TORRES; SMAIRA, 2001; STEIN, 2002; HEYMAN; MATAIX-COLS; FINEMBERG, 2006; STARLING; IRENO, 2007).

Obsessões são respostas encobertas, idéias, pensamentos, imagens persistentes, vivenciadas como intrusivas e inadequadas pelo indivíduo, causando intensa ansiedade e sofrimento. As obsessões mais comuns são relacionadas à contaminação, dúvida sobre seus próprios atos, organização simétrica de objetos, impulsos agressivos e imagens sexuais (DSM-IV; TORRES; SMAIRA, 2001; STEIN, 2002; HEYMAN; MATAIX-COLS; FINEMBERG, 2006; STARLING; IRENO, 2007).

Compulsões se referem a comportamentos repetitivos como limpeza, contagem, verificação, repetições, colecionismo e ordenação de objetos (STEIN, 2002; HEYMAN; MATAIX-COLS; FINEMBERG, 2006; STARLING; IRENO, 2007). Apesar de prevenirem, produzirem alívio do sofrimento ou evitarem alguma situação temida, essas respostas deixam o indivíduo sobre o controle das compulsões ao invés de ficar sobre o controle de estímulos ambientais. Esse padrão de fuga-esquiva afeta o desempenho em tarefas cognitivas que exigem concentração, assim como o desempenho geral do indivíduo (CID-10; DSM-IV; STARLING; IRENO, 2007).

Segundo Graeff (2001), a teoria mais aceita sobre a fisiopatogenia do TOC foi formulada por Judith Rapoport, adotando a perspectiva da psicologia evolutiva, em que os padrões comportamentais dos animais estão sujeitos à seleção natural, da mesma forma que suas características anatômicas e fisiológicas. Constatando que as compulsões mais freqüentes são as de limpeza e verificação, Rapoport hipotetizou que estas seriam exageros de rotina de auto-limpeza e de conferir demarcações territoriais, respectivamente, adquiridas ao longo do tempo pelas espécies devido ao seu valor adaptativo em prevenir doenças e garantir espaço vital para alimentação e reprodução. Analogamente em animais, hoje em dia observamos o hábito dos cães de lambem excessivamente as patas, acarretando ferimentos graves, assim como o comportamento de aves de cativeiro que removem

incessantemente suas penas com o bico, que guardam homologia com o TOC em humanos.

Epidemiologicamente, o TOC é a quarta desordem psiquiátrica mais prevalente, acometendo 2% da população geral, sendo mais comum em mulheres e geralmente tida como uma doença crônica (LACERDA; DALGALARRONDO; CAMARGO, 2001; STEIN, 2002; TORRES; LIMA, 2005).

O diagnóstico é feito a partir da história do indivíduo, exame físico e investigação, excluindo ser sintoma comórbido de outras doenças e também diagnóstico diferencial principalmente de transtornos ansiosos, depressivos e psicóticos (STEIN, 2002).

Gonzalez (2001) ao descrever os principais estudos de aspectos genéticos no TOC, relata a observação de que o transtorno se agrega em famílias. Pondera que em diversos estudos de gêmeos, a concordância de TOC entre gêmeos monozigóticos varia de 53% a 87%, enquanto que nos gêmeos dizigóticos varia entre 22% e 44% (RASMUSSEN; TSUANG, 1986 *apud* GONZALEZ, 2001; CAREY; GOTTESMAN, 1981 *apud* GONZALEZ, 2001). No Brasil, observou-se a prevalência de 6,9% de TOC entre os familiares de primeiro grau (n=173) e 1,4% nos controles (n=348); também 19,1% de sintomas obsessivo-compulsivos entre esses familiares e 3,2% entre esses controles (GONZALEZ; MIRANDA; DEL PORTO, pesquisa em andamento *apud* GONZALEZ, 2001). Conclui relatando que estudos de análise de segregação concluíram que o modelo de transmissão mais compatível da doença seria o autossômico dominante, com penetrância maior nas mulheres.

Neuroanatomicamente, os achados de neuroimagem mais consistentes no TOC, referem-se a alterações nas regiões orbito-frontais, núcleos da base, giro do cíngulo e tálamos, ou seja, regiões que compõem o circuito pré-frontal-estriado-tálamo-cortical, fundamental no processamento cortical de informações e no início de respostas comportamentais e/ou cognitivas (LACERDA; DALGALARRONDO; CAMARGO, 2001). O TOC tem sido principalmente relacionado com lesões no núcleo da base, isso porque o estriado é uma estrutura crítica para a organização de comportamentos inatos, como as rotinas de auto-limpeza e a de conferência dos limites territoriais (GRAEFF, 2001), além de estarem relacionados ao planejamento motor complexo e seqüencial, aprendizagem, direcionamento cognitivo e motivacional (VALENTE; BUSSATO, 2001).

Neuropsicologicamente, segundo Fontenelle (2001), em indivíduos com TOC têm sido encontrados comprometimento da memória para ações, monitorização da realidade, memória não-verbal, habilidades visuo-espaciais, velocidade na realização de testes e funções executivas. O autor ainda relata a relação entre essas alterações neuropsicológicas e anormalidades bioquímicas, principalmente serotoninérgicas e glutamatérgicas, encontrando uma associação positiva entre a presença de disfunção neuropsicológica e uma resposta favorável ao tratamento com inibidor seletivo da recaptção de serotonina (SSRI). Comenta também uma teoria, onde segundo estudos fenomenológicos de neuroimagem funcional, o TOC estaria associado a um estado hiperglutamatérgico, que está associado à neurotoxicidade, abrindo caminho para a hipótese de que tais indivíduos possam apresentar sofrimento do tecido cerebral e disfunção neuropsicológica resultantes do não-tratamento ou de maior tempo de doença.

Neuroimunologicamente há relatos do TOC como um processo auto-imune que afeta circuitos córtico-basais (casos de TOC associados à Coreia de Sydenham), Na verdade, o termo desordens neuropsiquiátricas autoimunes associadas a infecções estreptocócicas ou PANDAS foi cunhado para descrever crianças com início agudo de TOC, com ou sem tiques após a infecção estreptocócica. Pacientes com PANDAS tem volume estriatal anormal em imagem cerebral, além do que os sintomas do TOC respondem a intervenções imunomodulatórias como troca de plasma e imunoglobulina intravenosa (STEIN, 2002).

Neuroquimicamente falando, o sistema serotoninérgico exerce importante papel nesse transtorno de ansiedade, uma vez que a clomipramina (antidepressivo tricíclico inibidor de recaptção de serotonina), inicialmente utilizada, teve sua eficácia comprovada em estudos abertos, duplo-cegos e também em ensaios farmacológicos controlados em animais. Mas além desse sistema existem outros, como do neurotransmissão do glutamato e alguns neuropeptídios (GRAEFF, 2001; STEIN, 2002).

A farmacoterapia atualmente empregada no TOC tem sido a administração de inibidor seletivo da recaptção de serotonina (SSRI), por seu melhor perfil de segurança e tolerabilidade que a clomipramina, além de ser efetiva em todas as idades (HEYMAN; MATAIX-COLS; FINEMBERG, 2006; STEIN, 2002).

Além do tratamento medicamentoso, o psicoterápico também, é indicado para tais pacientes, sendo que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado eficiente, tendo como um importante componente a combinação entre exposição aos estímulos ansiogênicos e prevenção de respostas. A abordagem cognitiva encoraja os indivíduos a reavaliar crenças super valorizadas, o risco ou a responsabilidade pessoal, recuperando uma perspectiva mais realista, enquanto que experimentos comportamentais testam a veracidade de suas crenças. Na prática, a TCC tem sido freqüentemente empregada, tanto individual quanto em grupo (WIELENSKA, 2001; STEIN, 2002; HEYMAN; MATAIX-COLS; FINEMBERG, 2006; FERRÃO et al., 2007; PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007; CORDIOLLI, 2008).

Apesar de existirem técnicas terapêuticas eficazes para o tratamento do TOC, estima-se que aproximadamente 40% desses pacientes não se beneficiam ao menos parcialmente delas, sofrendo de resistência (submissão a alguma terapia de primeira linha, sem resposta satisfatória) ou refratariedade (falta de resposta adequada a diversos tratamentos administrados de maneira adequada). Isso pode ser devido à etiologia multifatorial do TOC; uso de medicações inadequadas / por pouco tempo / dose insuficiente; características biológicas individuais que podem modificar a farmacocinética das medicações, comprometendo sua eficácia; falta de treinamento do psicoterapeuta / falta de motivação do paciente; ou até mesmo falta de acesso ao tratamento adequado (FERRÃO et al., 2007).

Nesses casos, existem os tratamentos baseados em anatomia. A eletroconvulsoterapia ou ECT é especialmente utilizada quando há comorbidade com depressão. A estimulação magnética transcraniana, conhecida como EMT, ainda é restrito ao âmbito da pesquisa, mas muito promissor para o uso clínico. A estimulação cerebral profunda, conhecida também como DBS, parece a longo prazo reduzir clinicamente os sintomas e proporcionar uma melhora funcional em aproximadamente dois terços dos pacientes, além de ser menos invasiva, ter sido bem tolerada, apresentando efeitos adversos transitórios. Já o tratamento neurocirúrgico (dividido de acordo com o sítio específico da lesão) tem prevalência de melhora, eventos adversos e complicações associadas (infecção, hemorragia, hemiplegia, convulsão, ganho de peso, alterações na personalidade) variando conforme a técnica e a modalidade de cirurgia (SHAVITT et al., 2001; FERRÃO et al., 2007).

Deve-se salientar que procedimentos cirúrgicos têm indicação apenas em casos de refratariedade comprovada a múltiplos tratamentos farmacológicos e também à TCC, com extrema gravidade dos sintomas e prognóstico (FERRÃO et al., 2007).

Até meados dos anos 80, a avaliação do tratamento do TOC era prejudicada pela inexistência de uma escala de avaliação de sintomas de uso mais universal, com abrangência dos vários grupos de sintomas e respeito às normas psicométricas. Muitas dessas dificuldades foram em parte sanadas a partir do desenvolvimento da Escala de Yale-Brown (YBOCS) por Goodman et al. (1989 *apud* ARAÚJO, 1998). A YBOCS foi rapidamente adotada como instrumento-padrão na avaliação de resultados terapêuticos nos ensaios clínicos, sendo hoje em dia o instrumento clínico mais amplamente utilizado para medir a intensidade dos sintomas.

Sumarizando, os SOC caracterizam-se por pensamentos intrusivos e reverberantes, além de comportamentos compulsivos e repetitivos, à semelhança do que ocorre no TOC.

Os pacientes do presente estudo não possuíam diagnóstico de TOC; apresentavam sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) semelhantes ao desse transtorno psiquiátrico, sem, contudo, preencher os critérios para tal diagnóstico.

A relevância social e científica se dá uma vez que, da mesma maneira como ocorre com outros SCPD, é possível que os SOC nas demências também levem a um maior desgaste do cuidador, maior morbidade, aumento do risco de institucionalização precoce do paciente e também aumento do custo.

2. – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo principal

Estudar a ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) em pacientes com demência, acompanhados em um ambulatório terciário de hospital universitário, por meio da aplicação de entrevista semi-estruturada aos pacientes e seus respectivos cuidadores.

2.2 – Objetivo secundário

Observar as conseqüências da ocorrência de SOC sobre o paciente e o seu cuidador, em termos de sintomas psicológicos e comportamentais, incluindo ansiosos, depressivos, carga e qualidade de vida.

3. – MÉTODOS

3.1 – Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico de uma casuística ambulatorial, caracterizado por um único tempo de coleta sob a forma entrevista face-a-face com o paciente e seu respectivo cuidador.

3.2 – Local

O estudo foi realizado no Ambulatório de Neurologia Comportamental (ANCP), no Ambulatório de Doença de Alzheimer (ALZH), no Ambulatório de Taupatias (ATAU) e no Ambulatório de Distúrbios do Movimento (AEXP), todos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP).

O ANCP (local onde foi realizada a maior parte das avaliações) foi criado em outubro de 1995, como um ambulatório com funções de pesquisa, ensino e assistência. O ANCP tinha uma extensão, o ALZH, iniciado em outubro de 2005 cuja função era acompanhar pacientes com DA, especialmente sob prescrição de medicamentos específicos contemplados pelo Programa de Medicação de Alto Custo do SUS (Sistema Único de Saúde). Em julho de 2008, com a saída do coordenador desses ambulatórios, o serviço foi assumido pelo docente coordenador do AEXP, extinguindo-se o ALZH e implantando o ATAU.

Inicialmente, a rotina de atendimento era a mesma para o ANCP e o ALZH, seguindo um protocolo padronizado. O Caso Novo era realizado em duas consultas de aproximadamente 50 minutos, feitas em semanas subseqüentes: a primeira consulta para anamnese, exame físico geral e exame neurológico geral; a segunda consulta para o exame cognitivo-comportamental, realizado com base em um roteiro de testes elaborado para esse fim. A investigação laboratorial incluía exames hematológicos, de neuroimagem e, eventualmente, EEG e líquido. As informações eram anotadas em uma folha específica do ANCP e os atendimentos eram supervisionados pelo coordenador do ambulatório e apresentados na reunião clínica subseqüente ao ambulatório para o grupo multidisciplinar.

Atualmente a consulta inicial no ANCP, denominada Caso Novo, continua sendo realizado em 2 atendimentos, feitos em semanas subseqüentes, mas o protocolo mudou. Na primeira consulta, realizada por um neurologista, é feita anamnese, exame físico geral, aplicado o protocolo de avaliação cognitiva e solicitado os exames laboratoriais, hematológicos, de neuroimagem. Na segunda consulta, uma neuropsicóloga aplica uma escala de avaliação de demência e uma psiquiatra faz uma avaliação com escalas pré-definidas. A reunião clínica é realizada previamente ao ambulatório e os casos são supervisionados subseqüentes ao atendimento, oferecendo um *feedback* imediato ao paciente.

Um estudo realizado sobre as características clínicas e demográficas de pacientes com demência atendidos em um ambulatório terciário demonstrou dados similares a outros estudos prévios. Os pacientes eram na maioria do sexo masculino, de cor branca, procedência local (e da zona urbana), nenhum trabalhando, residiam com familiares, tinham baixa escolaridade e a maioria apresentava, concomitante aos distúrbios cognitivos, transtornos neurológico-psiquiátricos não etiológicos, destacando-se alcoolismo e depressão, e doenças não neurológicas/psiquiátricas, destacando-se hipertensão, cardiopatia e diabetes (VALE; MIRANDA, 2002).

3.3 – Amostra

Demência foi definida operacionalmente, com base na CID-10 (1994) e no DSM-IV (1994), como uma síndrome caracterizada por um declínio nas funções cognitivas comparado a um nível prévio da pessoa, afetando pelo menos dois domínios cognitivos, incluindo distúrbio da memória, geralmente associado a sintomas comportamentais e psicológicos e com intensidade e/ou duração suficientes para prejudicarem a função social e ocupacional. Para as análises comparativas nesse estudo, foram tomados os tipos mais freqüentes de demência, diagnosticadas de acordo com os respectivos critérios clínicos internacionalmente aceitos: DA puro (MCKHANN et al., 1984), DV tipo Binswanger (ROMÁN, 1987), DFT (THE LUND MANCHESTER GROUPS, 1994), DCL (MCKEITH et al., 2005), e

DDP (EMRE, 2004). Os pacientes com DCL e DDP foram analisados conjuntamente em um grupo denominado DSin.

Foram avaliados 84 pacientes com diagnóstico de demência (DA, DV, DFT e DSin). Os pacientes foram tomados aleatoriamente, seguindo as consultas previamente agendadas no ambulatório, sendo a entrevista aplicada no mesmo dia da consulta médica. Foram avaliados também os cuidadores/familiares desses pacientes, num total de 75 acompanhantes. Foram, portanto, avaliadas 159 indivíduos.

Critérios de inclusão:

- paciente em acompanhamento ambulatorial regular;
- diagnóstico de demência;
- estagiamento clínico da demência (CDR) igual a 0,5; 1 ou 2 (considerado como leve a moderada);
- ter acompanhante que conhecesse suficientemente o paciente para fornecer as informações do protocolo de pesquisa.

Critérios de exclusão:

- recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO A);
- estagiamento clínico da demência (CDR) igual a 3 (considerada como grave);
- dificuldades sensoriais do paciente que impossibilitassem a sua avaliação;
- ausência de acompanhante ou acompanhante que não conhecesse suficientemente o paciente.

3.4 – Materiais

Foram utilizados papel sulfite, caneta esferográfica, *tonner* para impressão, além de uma sala equipada com mesa e cadeira para a realização das avaliações.

Esse tipo de material já fazia parte do orçamento previsto de gastos com os ambulatórios envolvidos no estudo.

3.5 – Instrumentos

A entrevista contou com a aplicação dos seguintes instrumentos: questionário de informações pessoais do paciente e de seu cuidador (ANEXO B), da escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (YBOCS – ANEXO C), Escala Global de 15 pontos de Obsessões e Compulsões do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América (NIMH-OC – ANEXO D), Inventário Neuropsiquiátrico (INP - ANEXO E), Escala de Ansiedade e Depressão (HAD – ANEXO F), Inventário de sobrecarga de Zarit (ISZ - ANEXO G) Escala de Qualidade de Vida do cuidador sobre si mesmo (EQV - ANEXO H).

Questionário de informações pessoais do paciente e de seu cuidador.

Esse questionário compunha a folha de rosto do protocolo de avaliação, onde eram anotadas as seguintes informações:

- nome do paciente, número do registro no prontuário hospitalar, idade, sexo, escolaridade, procedência, se possuía ou não filhos, diagnóstico, CDR, MEEM, estado civil, profissão, ocupação, comorbidades e medicações em uso.
- nome do acompanhante, sua idade, escolaridade, sexo, relação com o paciente, se moram juntos ou não, quantidade de cuidados fornecidos.

Profissão foi categorizada em administrador, agricultor, comerciante assalariado, do lar, empresário, profissional liberal, trabalhador técnico assalariado, trabalhador braçal assalariado, trabalhador informal assalariado, profissional nível superior assalariado, outra. Ocupação foi categorizada em ativo, aposentado, afastado, desempregado, outra.

Comorbidades e medicações em uso regular foram obtidas a partir de um levantamento feito segundo os registros no prontuário médico do paciente.

YBOCS (Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos)

A YBOCS foi construída por Goodman et al. (1989 *apud* ARAÚJO, 1998), como uma medida de gravidade específica para SOC, sendo posteriormente traduzida para o português por Asbahr et al., 1992 (*apud* ASBAHR, 1998).

Foi feita de modo a não ser influenciada pelo número de obsessões e compulsões eventualmente presentes no quadro clínico. São no total 73 sintomas, sendo 43 sintomas obsessivos e 30 compulsivos. Os sintomas obsessivos são agrupados em 08 categorias (Obsessões de Agressão, Obsessões de Contaminação, Obsessões Sexuais, Coleccionismo/Guardar Objetos Inúteis, Obsessões Religiosas, Obsessões com necessidade de Simetria/Exatidão, Obsessões Diversas, Obsessões Somáticas). Os sintomas compulsivos são agrupados em 7 categorias (Compulsões de Limpeza/Lavagem, Compulsões de Verificação, Rituais de Repetição, Compulsões de Contagem, Compulsões de Ordenação/Arranjo, Compulsões de Coleccionismo/Acúmulo de Objetos, Compulsões Diversas).

A escala é composta por duas partes. A primeira define o que são obsessões e compulsões, e posteriormente identifica os sintomas-alvo. Na segunda parte, tanto as obsessões quanto as compulsões são avaliadas quanto à presença, frequência, interferência com funcionamento, desconforto subjetivo, resistência e autocontrole sobre o sintoma (ARAÚJO, 1998; ASBAHR, 1998).

Para o presente estudo foi aplicada somente a primeira parte, a que define e quantifica os SOC, uma vez que a segunda parte, por destinar-se a avaliar medidas relativas à interferência, sofrimento, tempo gasto, lentificação e resistência aos sintomas, dificulta ao observador respondê-la. Essa constatação foi feita após a reflexão da avaliação dos primeiros 10 pacientes.

A aplicação foi feita semelhante ao que ocorre na aplicação com crianças, em que as informações são colhidas com os pacientes infantis e seus pais (ASBAHR, 1998). Foi adaptada a coleta para os pacientes demenciados, utilizando-se informações fornecidas pelos cuidadores, consideradas mais fidedignas devido ao déficit cognitivo do paciente, ocasionado pelo quadro demencial.

Uma das vantagens da escala é permitir a avaliação dos efeitos do tratamento sobre obsessões e compulsões separadamente. Estudos de suas propriedades psicométricas sugerem que a escala YBOCS é um instrumento de alta validade e confiabilidade para ser aplicada a pacientes com TOC (ARAÚJO, 1998; ASBAHR, 1998).

NIMH-OC (Escala Global de 15 pontos de Obsessões e Compulsões do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América)

Outra escala utilizada é a NIMH-OC, desenvolvida por Murph et al. em 1982 e traduzida por Asbahr et al. em 1993 (*apud* ASHBAR, 1998). Trata-se de uma subescala da NIMH-Global Scale.

A NIMH-OC, escala proposta para avaliar a gravidade do estado clínico do paciente com TOC, tem sido utilizada em larga escala em ensaios clínicos com psicofármacos, principalmente como medida secundária ou complementar na avaliação de tratamento de TOC. É composta por um único item que avalia numa escala categorizada, sendo 1-3 sintomas leves, dentro dos limites da normalidade; 4-6 comportamento obsessivo-compulsivo subclínico; 7-9 comportamento obsessivo-compulsivo clínico; 10-12 comportamento obsessivo-compulsivo intenso; 13-15 comportamento obsessivo-compulsivo muito intenso. Escore acima de 6 é tido como evidência significativa da presença de TOC (ARAÚJO, 1998).

Ainda não existem testes psicométricos formais da escala, mas estudos realizados até o momento evidenciam boa confiabilidade, validade e sensibilidade à mudança nos SOC para essa escala (ARAÚJO, 1998; ASBAHR, 1998).

INP (Inventário Neuropsiquiátrico)

O INP, desenvolvido por Cummings em 1994, é um inventário realizado com o cuidador e tem como objetivo obter informações quanto à presença de psicopatologia em pacientes com doenças cerebrais, onde as respostas devem referir mudanças no comportamento do paciente surgidas após a doença. Composto por 91 sintomas auxiliares, é utilizado como rastreamento dos 12 domínios seguintes: delírios, alucinações, agitação/agressão, depressão/disforia, ansiedade, elação/euforia, apatia/indiferença, desinibição, irritação/labilidade, comportamento motor aberrante, sono, apetite/alteração alimentar. Abrange presença/ausência do sintoma, frequência, intensidade e desgaste do cuidador, com escore de 1 a 12, num total máximo de 144. Quanto maior o escore final, mais comprometido se encontra o paciente (CUMMINGS et al., 1994).

EQV (Escala de Qualidade de Vida)

A EQV é uma escala proposta por Logsdon em 1999 e validada no Brasil por Novelli et al. em 2005. A EQV possui 3 subescalas: o paciente em sua auto-avaliação; o cuidador na avaliação do paciente; o cuidador em sua auto-avaliação.

Devido à extensa bateria de avaliação, foi feita uma escolha metodológica onde optou-se por utilizar somente a subescala onde o cuidador auto-avalia sua qualidade de vida. Essa escolha metodológica foi feita levando em consideração que a subescala em que o paciente se auto-avalia há pouca confiabilidade no julgamento do paciente e que na subescala onde o cuidador avalia a qualidade de vida do paciente há um aspecto muito interpretativo por parte do cuidador.

A subescala “Cuidador avalia sobre si mesmo” é um instrumento com 13 itens que podem ser classificados segundo importância (muito, razoável, nada) e situação atual (ruim, regular, bom, excelente) e quantificada em um escore de 1 a 4, sendo 1 classificado como ruim e 4 como excelente, sendo o escore total mínimo de 13 e máximo de 52. Quanto maior o escore total, melhor a qualidade de vida do avaliado (NOVELLI et al., 2005).

ISZ (*Inventário de sobrecarga de Zarit*)

A ISZ foi desenvolvida por Zarit e et al. em 1985 e validada no Brasil por Scazufca em 2004, sendo um dos instrumentos mais utilizados em cuidadores de pacientes idosos com demência. Foi adaptado para diversas línguas, mostrando um desempenho similar à versão original em inglês. É um instrumento com 22 itens que objetiva acessar a carga para o cuidador associada à desabilidade comportamental e funcional em situações domésticas. Os itens abrangem áreas como: saúde física e mental, vida social e pessoal, situação financeira e relacionamento interpessoal. A escala é feita para ser auto-aplicada, mas também pode ser aplicada por um entrevistador. Cada item da escala pode ser pontuado de 0 a 4, sendo 0=nunca, 1=um pouco, 2=de vez em quando, 3=quase sempre e 4=sempre. O escore total pode variar de 0 a 88, sendo que quanto maior o escore, maior a carga (SCAZUFCA, 2002; TAUB; ANDREOLLI; BERTOLUCCI, 2004).

HAD (*Escala de Ansiedade e Depressão*)

O HAD elaborada por Zigmond & Snaithe em 1983 e validada no Brasil por Botega et al. em 1995, avalia ansiedade e depressão sem recorrer a itens contendo sintomas vegetativos (por ex., sono, apetite, alteração do peso e sintomas psicomotores), sendo muito utilizado para avaliar transtornos do humor em pacientes com doenças físicas.

A escala contém 14 questões de múltipla escolha, intercalando 7 itens para a subescala de depressão e 7 para a subescala de ansiedade. A pontuação global em cada subescala varia de 0 a 21, sendo que escore de 0 é considerado como “sem sintomas”, 1-7 como “leve”, 8-14 como “moderada” e 15-21 como “grave”. Portanto, quanto maior a pontuação final, mais grave os sintomas.

A HAD é uma escala que pode ter seu escore categorizado em 4 grupos: sem sintomas, sintomas leves, sintomas moderados e sintomas graves . Foi desenvolvida para ser aplicada a pacientes de serviços não psiquiátricos de hospital geral (BOTEGA et al., 1999).

Tem como características os conceitos de depressão e ansiedade separados; é curta, podendo ser rapidamente preenchida e destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. A subescala para ansiedade tem sensibilidade de 93,7% e especificidade de 72,6%, enquanto que a subescala para depressão tem sensibilidade de 84,6% e especificidade de 90,3% (BOTEGA, 1995).

3.6 – Procedimentos para coleta dos dados

Os pacientes e cuidadores foram informados e esclarecidos pela pesquisadora a respeito dos procedimentos e de sua livre escolha em participar da pesquisa, expressando sua concordância espontânea ao assinar o TCLE (ANEXO A).

A entrevista foi aplicada pela pesquisadora ao paciente e ao cuidador, abordando tanto as respostas aos itens objetivos da entrevista quanto os relatos espontâneos de sintomas. Essa entrevista contou com a aplicação de um questionário a respeito e dados do paciente e de seu cuidador, além das escalas YBOCS, NIMH-OC, INP, EQV, ISZ e HAD.

Inicialmente foram abordados o paciente e o cuidador quanto às escalas que avaliam SOC (YBOCS e NIMH-OC), entendendo que ambos poderiam colaborar nesse momento. Em seguida foi abordado somente o cuidador, para que o mesmo relatasse sobre os possíveis sintomas neuropsiquiátricos do paciente (INP), seguido

por questões que abrangiam as possíveis conseqüências da ocorrência de SOC e distúrbios emocionais do paciente sobre seu cuidador (EQV, ISZ e HAD).

Foi feito um estudo piloto com os primeiros 10 casos. Esse estudo evidenciou a dificuldade de aplicação da segunda parte do YBOCS, que avalia medidas relativas à interferência, sofrimento, tempo gasto, alentecimento e resistência aos sintomas. Esse tipo de medida subjetiva dificulta ao observador respondê-la. Portanto, para o presente estudo foi aplicada somente a primeira parte desse instrumento.

3.7 – Procedimentos éticos

O presente estudo, “*Sintomas obsessivo-compulsivos nas demências*” foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), de acordo com o Processo HCRP Nº. 10348/2007 (ANEXO I).

Os indivíduos que preencheram os critérios para participação no estudo foram, então, convidados, sendo sua participação voluntária. Foi-lhes assegurado, no momento do convite, que caso eles (paciente e cuidador) não quisessem participar, tal decisão não traria nenhum tipo de prejuízo a eles, bem como foi assegurada total liberdade para retirarem seu consentimento a qualquer momento no transcorrer da pesquisa e deixar de participar do estudo.

Para todos os voluntários foi lido o TCLE (ANEXO A), fornecendo-lhes informações sobre a justificativa, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo ao qual estão sendo convidados a participar. Somente foram aceitos no estudo, voluntários que assinaram o termo de consentimento informado.

A todos os voluntários foi garantido o direito de receber informações e esclarecimentos a respeito de qualquer dúvida que surgisse no transcorrer do procedimento e informação atualizada sobre o estudo, ainda que isto pudesse afetar sua vontade de continuar participando do estudo. Da mesma forma, foi garantida a segurança de não serem identificados, bem como de que todas as informações fornecidas por eles seriam mantidas sob caráter confidencial.

3.8 – Apoio financeiro

Este trabalho contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através da concessão da bolsa de mestrado para a pesquisadora (processo nº. 130544/2008-6).

3.9 – Análise estatística

O banco de dados foi digitado sob a forma de planilhas do aplicativo *Microsoft Excel*® e depois exportado para o programa *Statistical Analysis Software* (SAS/STAT®, 2002-2003) versão 9, e também para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®, 2007), versão 16.0, no quais foram realizadas as análises estatísticas. Os dados foram divididos em 4 subgrupos, segundo o tipo de demência apresentada (DA, DV, DFT, DSin).

No processo de análise dos resultados, primeiramente foi realizada a estatística descritiva dos dados relativos às variáveis sócio-demográficas (do paciente e seu cuidador), tais como idade do paciente, sexo, escolaridade, procedência, se possuía ou não filhos, diagnóstico, CDR, MEEM, estado civil, profissão, ocupação, comorbidades, medicações em uso, idade do acompanhante, escolaridade, sexo, relação com o paciente, se moram juntos ou não, percentual de cuidados fornecido. Também, foram feitas as descrições dos testes YBOCS, NIMH-OC, INP, QV, ISZ e HAD.

Na análise de correlações, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*, uma medida de avaliação não-paramétrica que mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais usando, em vez do valor observado, apenas a ordem das observações. Foram consideradas as seguintes categorias para significância dos dados: coeficiente de 0,00 a 0,20: correlação nula; coeficiente de 0,21 a 0,40: fraca; coeficiente de 0,41 a 0,60: moderada; coeficiente de 0,61 a 0,80: forte; coeficiente de 0,81 a 1,00: muito forte. Estabeleceu-se o nível de significância mínimo de 5 % ($p < 0,05$) para as comparações entre os grupos (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

4. – RESULTADOS

4.1 – Caracterização da amostra

Participaram do estudo 84 pacientes e 75 cuidadores. Sendo, portanto, avaliados 159 indivíduos. Os dados foram divididos em 4 subgrupos, segundo o tipo de demência apresentado pelos pacientes, sendo: 40 pacientes com DA e 37 cuidadores, 13 pacientes com DV e 11 cuidadores, 11 pacientes com DFT e 10 cuidadores, 20 pacientes com DSin e 17 cuidadores.

A tabela 1 demonstra alguns dados demográficos da amostra, de acordo com cada subgrupo, em frequência (porcentagem) ou média \pm desvio padrão.

Tabela 1: Dados demográficos em cada grupo de demência.

Variáveis	DA	DV	DFT	DSin
Idade pacientes anos (M \pm DP)	73,07 \pm 9,48	67,63 \pm 8,32	58,18 \pm 9,11	72,20 \pm 8,13
Varição da idade em anos	52 - 89	61 - 82	47 - 78	50 - 86
% pacientes sexo masculino	32,50	76,92	54,54	65,00
Escolaridade pacientes anos (M \pm DP)	3,98 \pm 4,21	4,54 \pm 4,41	4,91 \pm 4,23	4,85 \pm 4,09
Varição da escolaridade em anos	0 - 15	0 - 15	0 - 15	0 - 15
% pacientes que tenham filho	95,00	84,62	81,82	95,00
MEEM paciente (M \pm DP)	16,31 \pm 2,83	17,50 \pm 4,56	16,22 \pm 4,35	19,40 \pm 5,35
Idade cuidador anos (M \pm DP)	52,28 \pm 11,06	49,17 \pm 13,11	48,3 \pm 13,09	51,60 \pm 12,56
Varição da idade em anos	27 - 71	25 - 67	32 - 75	21 - 68
Escolaridade cuidadores anos (M \pm DP)	7,15 \pm 4,41	6,5 \pm 3,55	6,8 \pm 5,65	8,30 \pm 5,74
Varição da escolaridade em anos	0 - 16	2 - 11	0 - 16	0 - 20
% cuidadores sexo feminino	82,05	84,61	90,90	90,00
% cuidadores residindo com paciente	56,41	76,92	72,72	70,00

DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias; MEEM = Mini-Exame do Estado Mental; CDR = estagiamento clínico da demência; M = média; DV = desvio padrão.

O CDR variou entre os grupos demenciais. Na DA houve uma predominância de CDR 1 (50,00%) ou CDR 2 (37,57%); na DV a maioria dos pacientes foi estagiada como CDR 1 (66,67%) ou CDR 2 (25,00%); na DFT a maioria se encontrava na categoria 2 (72,72%) ou 1 (18,18%), enquanto que nas DSin a maioria dos pacientes foi avaliada como CDR 0,5 (45,00%) ou 1 (30,00%).

Quanto à procedência, os dados foram categorizados em local (cidade de Ribeirão Preto), cidades distantes até 100 km de Ribeirão Preto e cidades distantes a mais de 100 Km de Ribeirão Preto. A maioria dos indivíduos era procedente de cidades distantes até 100 km de Ribeirão Preto, sendo 66,70% na DA, 69,23% na DV, 54,54% na DFT, 70,00% nas DSin.

Em relação ao estado civil, 57,50% dos pacientes eram casados e 32,50% viúvos na DA, 76,92% casados e 0% viúvos na DV, 63,63% casados e 18,18% viúvos na DFT, 55,00% casados e 25,00% viúvos nas DSin.

Quanto à profissão, na DA 30,00% encontrava-se na categoria trabalhador do lar, 22,50% era trabalhador braçal assalariado e 15,00% trabalhador técnico assalariado. Na DV, 38,46% era trabalhador braçal assalariado, 23,08% era profissional liberal e 15,38% era trabalhador informal assalariado. Na DFT, 27,27% era profissional do lar e outros 27,27% trabalhador braçal assalariado. Já Nas DSin, 35,00% era trabalhador braçal assalariado, 20,00% era profissional do lar e 20,00% era trabalhador técnico assalariado.

Com relação à ocupação, a maioria dos pacientes encontrava-se aposentada, 62,50% na DA, 76,92% na DV, 54,54% na DFT, 85,00% nas DSin.

A maioria dos cuidadores era filho/filha (50,00% na DA, 23,07% na DV, 27,27% na DFT, 60,00% nas DSin) ou cônjuge (30,00% na DA, 45,15% na DV, 45,45% na DFT, 25,00% nas DSin).

O tempo de cuidados oferecidos semanalmente aos pacientes em termos percentuais, segundo relatos dos próprios cuidadores, foi categorizado entre menos que 25% do tempo, entre 25 e 50%, entre 50 e 75% e maior que 75%. A categoria maior que 75% do tempo abrangeu o relato de maior número de cuidadores, sendo 41,02% na DA, 76,92% na DV, 54,54% na DFT, 50,00% nas DSin.

Quanto ao levantamento feito segundo os registros no prontuário médico do paciente, diversos pacientes apresentaram comorbidades. No entanto, alguns não apresentaram nenhum relato, sendo 11 na DA, 1 na DV, 5 na DFT e 10 nas DSin. Na DA, os pacientes apresentaram uma média $1,2 \pm 1,09$ comorbidades, na DV $2,85 \pm 1,34$, na DFT $0,91 \pm 1,14$ e nas DSin $0,20 \pm 1,54$. A Tabela 2 apresenta a frequência de cada comorbidade levantada.

Tabela 2: Frequência das comorbidades apresentadas pelos pacientes em cada grupo demencial.

Comorbidades	DA	DV	DFT	DSin
Alcoolismo	0	1	0	0
Aritimia cardíaca	1	1	0	0
Cardiopatía isquêmica	2	0	0	1
Depressão	3	0	3	1
Diabetes	5	5	0	6
Dislipidemia	4	1	1	1
Distúrbio do sono	1	1	0	1
Doença reumática	0	0	0	3
Doença vascular	1	7	0	0
DPOC	0	1	0	0
Epilepsia	3	3	0	0
Gastrite/úlceras	1	0	0	0
HAS	19	10	0	6
Hipotireoidismo	2	0	1	1
IRC	0	0	1	2
Osteoporose	1	1	0	0
Parkinsonismo	0	2	1	0
Tabagismo	1	0	0	0
Outras	2	3	3	2

DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; HAS = hipertensão arterial; IRC = insuficiência renal crônica.

Com relação ao levantamento feito sobre as medicações utilizadas pelos pacientes, diversos pacientes faziam uso regular de medicamentos. No entanto, alguns não apresentaram nenhum relato, sendo 3 na DA, 1 na DV, 1 na DFT e 1 nas DSin.

Na DA, os pacientes apresentaram uma média $3,08 \pm 2,02$ medicações em uso, na DV $4,92 \pm 2,36$, na DFT $2,36 \pm 1,63$ e nas DSin $4,32 \pm 2,33$. A Tabela 3 apresenta a frequência de cada medicação levantada.

Tabela 3: Frequência das medicações utilizadas pelos pacientes em cada grupo demencial.

Medicações	DA	DV	DFT	DSin
AINE	0	1	0	0
Antiagregante plaquetário	6	10	0	5
Antiarrítmico	2	0	0	0
Anticoagulante oral	0	1	0	1
Antiepilético	2	7	0	2
Anti-hipertensivo	20	11	1	7
Antiparkinsoniano	0	1	0	14
BZD	1	0	5	4
Estatina	4	4	0	2
Ginko biloba	1	0	0	0
Hipoglicêmico oral	5	4	0	4
Homeopatia	1	0	0	0
Hormônio tireoideano	2	0	0	2
IACHe	28	2	1	6
Insulina	2	2	0	1
ISRS	12	2	6	8
Medicação para osteoporose	0	0	0	2
Memantina	8	0	1	0
Neuroléptico	10	2	7	4
Protetor gástrico	1	3	1	1
Tricíclico	1	1	0	1
Vitaminas	0	0	2	1
Outros	8	1	1	6

DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias, AINE = anti-inflamatório não esteróide; AChE = acetilcolinesterase; ISRS = inibidor seletivo de recaptção de serotonina.

Levando em consideração somente os medicamentos psicotrpicos (antiparkinsoniano, BZD, IACHe, memantina, neuroléptico, tricíclico), eles eram utilizados em média 1,5 por pacientes com DA, 0,62 com DV, 1,82 com DFT, 1,85 das DSin.

4.2 – Distribuição dos SOC

Todos os SOC do YBOCS foram relatados, ao menos uma vez, em alguma categoria demencial. No geral, dos 84 pacientes incluídos no estudo, 55 (65,48%) apresentavam algum SOC.

No total, os SOC estavam presentes em 28 dos 40 pacientes com DA (70,00%), em 8 dos 13 pacientes com DV (61,54%), em 6 dos 11 pacientes com DFT (54,54%) e em 13 dos 20 pacientes com DSin (65,00%). A média de SOC por paciente foi de $2,45 \pm 2,73$ na DA, $3,46 \pm 5,53$ na DV, $3,09 \pm 3,86$ na DFT e $1,87 \pm 1,77$ nas DSin.

Com relação aos sintomas obsessivos, houve 19 pacientes com algum sintoma na DA, 6 na DV, 4 na DFT e 6 nas DSin. O número médio foi de $0,95 \pm 1,30$ na DA; $2,38 \pm 4,01$ na DV; $1,36 \pm 2,29$ na DFT; $0,35 \pm 0,59$ nas DSin.

No que diz respeito aos sintomas compulsivos, 26 pacientes relataram algum desses sintomas na DA, 6 na DV, 5 na DFT, 12 nas DSin. O número médio foi de $1,5 \pm 1,95$ na DA; $1,08 \pm 1,66$ na DV; $1,73 \pm 2,53$ na DFT; $1,05 \pm 1,10$ nas DSin.

A Tabela 4 apresenta a frequência dos SOC em cada uma das categorias do YBOCS.

Tabela 4: Frequência dos SOC apresentados nas categorias do YBOCS em cada grupo demencial.

SOC segundo o YBOCS	DA	DV	DFT	DSin
obsessões de agressão	4	12	4	1
obsessões de contaminação	10	7	2	0
obsessões sexuais	1	1	0	1
coleccionismo	6	2	2	3
obsessões religiosas	8	2	5	0
obsessões simetria/exatidão	6	0	1	1
obsessões diversas	2	5	1	0
obsessões somáticas	3	3	0	1
compulsões de limpeza	15	3	4	3
compulsões de verificação	13	1	3	4
rituais de repetição	6	4	4	2
compulsão de contagem	3	0	0	0
compulsões de ordenação/arranjo	10	0	1	3
comp. de colecionismo/acúmulo de objetos	12	2	4	6
compulsões diversas	0	4	3	3

SOC = sintomas obsessivo-compulsivos; YBOCS = escala Yale-Brown de obsessões e compulsões; DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias.

No geral, dos 84 pacientes do estudo, 72 (85,71%) faziam uso de algum psicotrópico (antiparkinsoniano, BZD, IACHÉ, ISRS, memantina, neuroléptico, tricíclico); dos mesmos 84 pacientes, 51 (60,71%) apresentava algum SOC e também faziam uso de algum psicotrópico.

Quando observado os pacientes que faziam uso de medicamentos psicotrópicos, dos 28 pacientes com DA e SOC, nenhum fazia uso de antiparkinsoniano, 1 de BZD, 22

de IChE, 8 de ISRS, 6 de memantina e 7 de neuroléptico, 1 de tricíclico; dos 8 pacientes com DV e SOC, 1 fazia uso de antiparkinsoniano, 0 de BZD, 2 de IChE, 1 de ISRS, 0 de memantina e 2 de neuroléptico, nenhum de tricíclico; dos 6 pacientes com DFT e SOC, nenhum fazia uso de antiparkinsoniano, 2 de BZD, 1 de IChE, 3 de ISRS, 1 de memantina e 4 de neuroléptico, nenhum de tricíclico; dos 14 pacientes com DSin e SOC, 5 faziam uso de antiparkinsoniano, 3 de BZD, 4 de IChE, 5 de ISRS, 0 de memantina e 3 de neuroléptico, nenhum de tricíclico.

Vale a pena ressaltar os dados dos pacientes com maiores número de SOC, explicitados na Tabela 5, abaixo:

Tabela 5: Características dos cuidadores e dos pacientes com os maiores escores de SOC encontrados, segundo o YBOCS.

Diagnóstico	DA	DA	DFT	DFT	DV	DV
Idade do paciente (em anos)	78	76	47	58	67	70
Escolaridade do paciente (em anos)	4	11	5	4	0	3
CDR	0,5	2	2	2	2	1
MEEM	25	22	17	13	19	11
YBOCS - nº de obsessões	2	6	4	2	8	13
YBOCS - nº de compulsões	9	4	6	7	5	4
YBOCS - nº de SOC	11	10	10	9	13	17
INP – escore total	16	12	73	65	76	24
INP – DA total	7	7	42	28	35	10
EQV	33	31	23	29	29	38
ISZ	12	19	81	27	59	38
HAD – ansiedade	11	8	14	7	10	11
HAD - depressão	5	3	10	0	11	5

DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias; SOC = sintomas obsessivo-compulsivos; YBOCS = escala Yale-Brown de obsessões e compulsões; CDR = estagiamento clínico das demências; MEEM = mini-exame do estado mental; nº = número; INP = inventário neuropsiquiátrico; DA-total = desgaste do cuidador total; EQV = escala de qualidade de vida; ISZ = inventário de sobrecarga de Zarit; HAD = escala de ansiedade de depressão.

A NIMH-OC, escala proposta para avaliar a gravidade do estado clínico do paciente com TOC, demonstrou que a maioria (87,50% com DA, 76,92% com DV, 81,82% com DFT, 90,00% com DSin) dos SOC apresentados era leve, dentro dos limites de normalidade, uma vez que os indivíduos gastavam pouco tempo resistindo aos sintomas e praticamente não havia interferência em suas atividades diárias.

4.3 – Distribuição dos SCPD não-SOC

Com a utilização do INP, algum sintoma neuropsiquiátrico foi relatado em 87,50% dos pacientes com DA, 84,62% com DV, 90,91 com DFT, em 80,00% com DSin. No geral, os escores variaram de 0 a 76, tendo uma média de $12,7 \pm 11,73$ na DA; $20,62 \pm 23,65$ na DV; $31,36 \pm 22,01$ na DFT; $15,25 \pm 16,60$ nas DSin.

A Tabela 6 apresenta a freqüência de sintomas neuropsiquiátricos, segundo o INP, em cada um dos grupos demenciais.

Tabela 6: Freqüência dos sintomas comportamentais e psicológicos segundo o INP em cada grupo demencial.

SCPD-não SOC	DA	DV	DFT	DSin
Delírios	5	3	3	3
Alucinações	8	3	2	8
Agitação/Agressão	17	4	4	4
Depressão/Disforia	17	7	8	12
Ansiedade	22	5	8	8
Euforia/Elação	5	2	5	2
Apatia/Indiferente	8	6	7	5
Desinibição	9	1	2	2
Irritação/Labilidade	10	5	4	5
Comportamento motor aberrante	9	5	5	2
Sono	9	2	3	6
Alterações do apetite/Alimentação	8	3	6	3

SCPD não-SOC = ;sintomas comportamentais e psicológicos das demências que não sintomas obsessivo-compulsivos; DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias.

No que diz respeito à presença de algum SOC e sintomas neuropsiquiátricos, dos 28 pacientes com DA e SOC, 25 também possuíam algum sintoma no INP, 15 com sintomas depressivos e 13 com sintomas ansiosos; dos 8 com DV e SOC, 8 possuíam algum sintoma no INP, 4 algum sintoma depressivo e 3 algum sintoma ansioso; dos 6 com DFT e TOC, os mesmos 6 também possuíam algum sintoma no INP, 4 com sintomas depressivos e 5 com sintomas ansiosos; dos 13 com DSin e SOC, 12 também possuíam algum sintoma no INP, 9 algum sintoma depressivo e 7 algum sintoma ansioso.

4.4 – Parâmetros relacionados ao cuidador

Outras medidas foram realizadas a fim de verificar a qualidade de vida dos cuidadores. Foram aplicados a EQV, a ISZ, e o HAD. A descrição dos resultados, em média \pm desvio padrão encontra-se na Tabela 7.

Tabela 7: Medidas de qualidade de vida, sobrecarga e estado emocional dos cuidadores*.

Escalas	DA	DV	DFT	DSin
EQV	36,59 \pm 6,89	30,55 \pm 7,54	29,90 \pm 7,36	32,00 \pm 10,38
ISZ	16,49 \pm 10,86	31,10 \pm 15,97	43,50 \pm 21,59	21,12 \pm 18,33
HAD subescala ansiedade	7,38 \pm 4,84	8,91 \pm 4,70	9,80 \pm 4,83	7,65 \pm 4,39
HAD subescala depressão	5,62 \pm 4,36	6,75 \pm 4,37	8,00 \pm 5,93	7,53 \pm 5,43

* os números representam média \pm desvio padrão; DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias; EQV = escala de qualidade de vida; ISZ = inventário de sobrecarga de Zarit; HAD = escala de ansiedade e depressão.

O HAD é uma escala cujo escore pode ser categorizado em 4 grupos: sem sintomas, sintomas leves, sintomas moderados e sintomas graves. Segundo ela, os cuidadores de pacientes com DA apresentavam 52,50% sintomas ansiosos leves e 30,00% moderados; com DV, 23,07% sintomas ansiosos leves e 61,53% moderados; com DFT 45,45% leves e 27,27% moderados; com DSin 35,00% leves e 45,00% moderados. Já quanto aos sintomas depressivos, os cuidadores de pacientes com DA apresentavam 54,50% sintomas depressivos leves e 20,00% moderados; com DV, 53,84% leves e 30,76% moderados; com DFT 27,27% leves e 36,37% moderados; com DSin 55,00% leves e 25,00% moderados.

4.5 – Correlações

A partir dos SOC levantados pelo YBOCS (escore total, sintomas obsessivos e sintomas compulsivos), foram feitas análises a partir do teste de correlação de *Spearman*.

Todas as correlações testadas, relativas ao YBOCS, encontram-se nas tabelas 8, 9 e 10. Em negrito, destacam-se as correlações significativas moderadas, fortes ou muito fortes.

Tabela 8: Correlações entre os escores totais do YBOCS e diversas variáveis.

Variáveis	DA		DV		DFT		DSin	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
YBOCS-et x idade paciente	-0,10	0,56	0,29	0,38	0,01	0,91	0,19	0,42
YBOCS-et x escolaridade paciente	0,21	0,19	-0,28	0,35	0,06	0,81	-0,16	0,50
YBOCS-et x MEEM	0,18	0,28	0,03	0,93	0,09	0,73	-0,49	0,03
YBOCS-et x idade cuidador	0,10	0,55	-0,25	0,44	-0,09	0,83	-0,13	0,59
YBOCS-et x escolaridade cuidador	-0,13	0,44	0,31	0,32	0,03	0,99	-0,01	0,98
YBOCS-et x n° comorbidades	-0,21	0,01	0,15	0,46	-0,07	0,89	-0,07	0,40
YBOCS-et x n° medicações	-0,42	0,20	0,22	0,63	0,00	0,83	-0,20	0,77
YBOCS-et x INP-et	0,03	0,41	0,50	0,18	0,60	0,33	0,48	0,14
YBOCS-et x INP delírios	0,13	0,97	0,40	0,10	-0,33	0,05	0,34	0,31
YBOCS-et x INP alucinações	0,01	0,56	0,47	0,69	0,61	0,26	0,24	0,29
YBOCS-et x INP agitação/agressão	-0,10	0,03	0,12	0,94	0,37	0,65	0,25	0,97
YBOCS-et x INP depressão/disforia	0,35	1,00	-0,02	0,96	0,16	0,12	0,01	0,40
YBOCS-et x INP ansiedade	0,00	0,65	-0,02	0,06	0,50	0,02	0,20	0,19
YBOCS-et x INP euforia/elação	-0,08	0,56	0,53	0,57	0,70	0,71	0,31	0,06
YBOCS-et x INP apatia/indiferença	0,10	0,98	0,17	0,18	-0,13	0,02	0,43	0,12
YBOCS-et x INP desinibição	0,04	0,68	0,40	0,40	0,69	0,51	0,36	0,45
YBOCS-et x INP irritação/labilidade	-0,07	0,72	0,26	0,34	0,22	0,01	0,18	0,17
YBOCS-et x INP comportamento motor aberrante	-0,06	0,58	0,29	0,60	0,71	0,68	0,32	0,60
YBOCS-et x INP sono	-0,09	0,17	0,16	0,07	0,14	0,50	0,12	0,02
YBOCS-et x INP alterações apetite	0,22	0,85	0,52	0,08	0,23	0,05	0,53	0,03
YBOCS-et x INP-DAtotal	0,12	0,45	0,48	0,09	0,47	0,13	0,31	0,18
YBOCS-et x EQV	-0,09	0,58	0,18	0,60	-0,10	0,73	-0,27	0,28
YBOCS-et x ISZ	-0,07	0,67	0,41	0,24	0,12	0,57	0,55	0,02
YBOCS-et x HAD subescala ansiedade	0,02	0,89	0,02	0,96	0,26	0,40	0,51	0,04
YBOCS-et x HAD subescala depressão	0,02	0,90	0,14	0,66	-0,01	0,85	0,53	0,03

DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias, r_s = coeficiente de correlação de Spearman; p = p-valor; YBOCS = escala Yale-Brown de obsessões e compulsões; YBOCS-et = escore total no YBOCS; MEEM = Mini-Exame do Estado Mental; INP = inventário neuropsiquiátrico; INP-et = escore total do INP; INP-DAtotal = desgaste total do acompanhante de acordo com o INP; EQV = escala de qualidade de vida; ISZ = inventário de sobrecarga de Zarit; HAD = escala de ansiedade e depressão.

Tabela 9: Correlações entre os escores dos sintomas obsessivos no YBOCS e diversas variáveis.

Variáveis	DA		DV		DFT			DSin	
	r_s	p	r_s	p	r_s	r_s	p	r_s	p
YBOCS-eo x idade paciente	-0,15	0,36	0,19	0,58	0,03	0,93		0,38	0,10
YBOCS-eo x escolaridade paciente	0,03	0,87	-0,39	0,19	-0,28	0,41		-0,09	0,71
YBOCS-eo x MEEM	0,34	0,04	0,05	0,89	0,12	0,76		-0,31	0,19
YBOCS-eo x idade cuidador	0,16	0,34	-0,06	0,86	-0,04	0,92		-0,10	0,66
YBOCS-eo x escolaridade cuidador	-0,21	0,20	0,07	0,82	-0,25	0,48		-0,12	0,63
YBOCS-eo x n° comorbidades	-0,32	0,05	0,23	0,44	0,38	0,24		0,00	1,00
YBOCS-eo x n° medicações	-0,23	0,16	0,13	0,68	-0,04	0,90		0,09	0,71
YBOCS-eo x INP-et	0,03	0,34	0,50	0,15	0,46	0,17		0,47	< 0,01
YBOCS-eo x INP delírios	0,16	0,95	0,42	0,24	-0,44	< 0,01		0,69	0,08
YBOCS-eo x INP alucinações	-0,01	0,43	0,35	0,82	0,78	0,51		0,40	0,11
YBOCS-eo x INP agitação/agressão	-0,13	0,06	0,07	0,87	0,22	0,71		0,37	0,32
YBOCS-eo x INP depressão/disforia	0,30	0,76	0,05	0,68	0,13	0,05		0,23	0,03
YBOCS-eo x INP ansiedade	0,05	0,96	0,13	0,05	0,60	0,03		0,49	0,65
YBOCS-eo x INP euforia/elação	-0,01	0,41	0,56	0,56	0,66	0,94		0,11	< 0,01
YBOCS-eo x INP apatia/indiferença	0,13	0,74	0,18	0,15	0,03	0,08		0,70	0,15
YBOCS-eo x INP desinibição	0,05	0,88	0,42	0,20	0,55	0,36		0,33	0,08
YBOCS-eo x INP irritação/labilidade	-0,02	0,16	0,38	0,91	0,31	0,18		0,40	0,55
YBOCS-eo x INP comportamento motor aberrante	-0,23	0,63	0,03	0,49	0,44	0,75		0,14	0,72
YBOCS-eo x INP sono	-0,08	0,19	0,21	0,05	-0,11	0,97		-0,09	0,20
YBOCS-eo x INP alterações apetite	0,21	0,87	0,55	0,08	0,01	0,15		0,30	0,04
YBOCS-eo x INP-DAtotal	0,10	0,54	0,54	0,06	0,41	0,21		0,47	0,04
YBOCS-eo x EQV	-0,21	0,22	0,20	0,56	0,22	0,55		-0,33	0,18
YBOCS-eo x ISZ	0,12	0,51	0,53	0,11	0,16	0,65		0,57	0,01
YBOCS-eo x HAD subescala ansiedade	0,20	0,25	0,04	0,90	0,00	0,99		0,25	0,32
YBOCS-eo x HAD subescala depressão	0,20	0,23	0,30	0,34	-0,04	0,91		0,19	0,46

DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias, r_s = coeficiente de correlação de Spearman; p = p-valor; YBOCS = escala Yale-Brown de obsessões e compulsões; YBOCS-eo = escore de obsessões no YBOCS; MEEM = Mini-Exame do Estado Mental; INP = inventário neuropsiquiátrico; INP-et = escore total no INP; INP-DAtotal = desgaste total do acompanhante de acordo com o INP; EQV = escala de qualidade de vida; ISZ = inventário de sobrecarga de Zarit; HAD = escala de ansiedade e depressão.

Tabela 10: Correlações entre os escores dos sintomas compulsivos no YBOCS e diversas variáveis.

Variáveis	DA		DV		DFT		DSin	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
YBOCS-ec x idade paciente	-0,03	0,85	0,13	0,70	-0,08	0,82	0,08	0,74
YBOCS-ec x escolaridade paciente	0,30	0,06	-0,13	0,66	0,32	0,34	-0,30	0,19
YBOCS-ec x MEEM	0,05	0,77	0,06	0,84	-0,02	0,96	-0,50	0,02
YBOCS-ec x idade cuidador	0,11	0,52	-0,61	0,04	-0,23	0,53	-0,15	0,52
YBOCS-ec x escolaridade cuidador	-0,04	0,79	0,40	0,20	0,33	0,35	-0,03	0,91
YBOCS-ec x n° comorbidades	-0,41	0,01	-0,09	0,78	-0,36	0,28	-0,17	0,48
YBOCS-ec x n° medicações	-0,16	0,31	0,09	0,76	-0,30	0,38	-0,04	0,86
YBOCS-ec x INP-et	-0,01	0,40	0,52	0,08	0,49	0,65	0,35	0,99
YBOCS-ec x INP delírios	0,14	0,90	0,51	0,01	-0,15	0,83	0,00	0,80
YBOCS-ec x INP alucinações	0,02	0,48	0,66	0,64	0,07	0,18	0,06	0,45
YBOCS-ec x INP agitação/agressão	-0,11	0,14	0,14	0,94	0,44	0,60	0,18	0,61
YBOCS-ec x INP depressão/disforia	0,24	0,70	0,02	0,64	0,18	0,69	-0,12	0,98
YBOCS-ec x INP ansiedade	-0,06	0,59	-0,14	0,02	0,14	0,16	-0,01	0,11
YBOCS-ec x INP euforia/elação	-0,09	0,62	0,63	0,48	0,45	0,65	0,37	0,60
YBOCS-ec x INP apatia/indiferença	0,08	0,88	0,22	0,08	-0,15	0,01	0,13	0,15
YBOCS-ec x INP desinibição	0,03	0,57	0,51	0,79	0,74	0,55	0,33	0,76
YBOCS-ec x INP irritação/labilidade	-0,09	0,97	0,08	0,33	0,20	< 0,01	0,07	0,11
YBOCS-ec x INP comportamento motor aberrante	0,01	0,30	0,29	0,78	0,84	0,26	0,37	0,27
YBOCS-ec x INP sono	-0,17	0,19	-0,09	0,03	0,37	0,19	0,26	0,14
YBOCS-ec x INP alterações apetite	0,21	0,96	0,61	0,07	0,43	0,13	0,34	0,13
YBOCS-ec x INP-DAtotal	0,10	0,53	0,36	0,23	0,37	0,27	0,16	0,49
YBOCS-ec x EQV	-0,05	0,77	-0,11	0,76	-0,40	0,25	-0,23	0,37
YBOCS-ec x ISZ	-0,13	0,45	0,43	0,21	0,10	0,79	0,36	0,14
YBOCS-ec x HAD subescala ansiedade	-0,09	0,59	0,08	0,82	0,32	0,37	0,54	0,02
YBOCS-ec x HAD subescala depressão	-0,08	0,64	0,06	0,84	0,10	0,79	0,58	0,01

DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias, r_s = coeficiente de correlação de Spearman; p = p-valor; YBOCS = escala Yale-Brown de obsessões e compulsões; YBOCS-ec = escore de compulsões no YBOCS; MEEM = Mini-Exame do Estado Mental; INP = inventário neuropsiquiátrico; INP-et = escore total no INP; INP-DAtotal = desgaste total do acompanhante de acordo com o INP; EQV = escala de qualidade de vida; ISZ = inventário de sobrecarga de Zarit; HAD = escala de ansiedade e depressão.

No grupo de DA, destacamos somente a correlação moderada entre YBOCS-ec e o nº de comorbidades ($r_s = -0,41$; $p = 0,01$).

No grupo de DV, é possível destacar as correlações moderadas significativas entre YBOCS-ec e idade do cuidador ($r_s = -0,61$; $p = 0,04$), assim como entre YBOCS-ec e INP delírios ($r_s = 0,51$; $p = 0,01$). Também podemos considerar relevante a correlação entre o YBOCS-ec e o INP-DAtotal ($r_s = 0,54$; $p = 0,06$), apesar do p-valor estar um 0,01 acima do arbitrado como significativo.

Nos pacientes com DFT, encontramos correlações moderadas significativas entre YBOCS-et e INP ansiedade ($r_s = 0,50$; $p = 0,02$); YBOCS-ec e INP delírios ($r_s = -0,44$; $p < 0,01$); YBOCS-ec e INP ansiedade ($r_s = 0,60$; $p = 0,03$).

No grupo de pacientes com DSin, as correlações significativas também foram moderadas entre YBOCS-et e MEEM ($r_s = -0,49$; $p = 0,03$); YBOCS-et e INP alterações do apetite ($r_s = 0,53$; $p = 0,03$); YBOCS-et e ISZ ($r_s = 0,55$; $p = 0,02$); YBOCS-et e HAD subescala ansiedade ($r_s = 0,51$; $p = 0,04$); YBOCS-et e HAD subescala depressão ($r_s = 0,53$; $p = 0,03$); YBOCS-ec e INP-et ($r_s = 0,47$; $p < 0,01$); YBOCS-ec e INP-DAtotal ($r_s = 0,47$; $p = 0,04$); YBOCS-ec e ISZ ($r_s = 0,57$; $p = 0,01$); YBOCS-ec e MEEM ($r_s = -0,50$; $p = 0,02$); YBOCS-ec e HAD subescala ansiedade ($r_s = 0,54$; $p = 0,02$); YBOCS-ec e HAD subescala depressão ($r_s = 0,58$; $p = 0,01$).

Na tabela 11, são apontadas as correlações entre os escores obtidos no INP, EQV, ISZ e HAD.

Tabela 11: Correlações entre os escores obtidos no INP, EQV, ISZ e HAD.

Variáveis	DA		DV		DFT		DSin	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
EQV x ISZ	-0,28	0,10	-0,48	0,16	-0,60	0,07	-0,46	0,05
HAD subescala ansiedade x EQV	-0,56	< 0,01	-0,62	0,04	-0,36	0,31	-0,22	0,39
HAD subescala ansiedade x HAD subescala depressão	0,54	< 0,01	0,69	0,02	0,48	0,16	0,73	< 0,01
HAD subescala ansiedade x ISZ	0,25	0,15	0,52	0,12	0,32	0,36	0,50	0,04
HAD subescala depressão x EQV	-0,63	< 0,01	-0,74	0,01	-0,16	0,65	-0,36	0,15
HAD subescala depressão x ISZ	0,28	0,10	0,75	0,01	0,39	0,26	0,53	0,03
INP ansiedade x EQV	-0,04	0,83	-0,41	0,21	-0,03	0,93	-0,06	0,82
INP ansiedade x HAD subescala ansiedade	0,05	0,75	0,31	0,36	0,16	0,67	0,18	0,50
INP ansiedade x HAD subescala depressão	0,05	0,77	0,64	0,02	-0,19	0,60	0,24	0,35
INP ansiedade x INP-DAtotal	0,54	< 0,01	0,70	0,01	0,42	0,20	0,46	0,04
INP ansiedade x ISZ	0,26	0,13	0,54	0,11	0,19	0,60	0,13	0,59
INP-DAtotal x EQV	-0,23	0,17	-0,47	0,15	-0,68	0,03	-0,61	0,01
INP-DAtotal x HAD subescala ansiedade	0,23	0,17	0,56	0,07	0,12	0,75	0,35	0,17
INP-DAtotal x HAD subescala depressão	0,35	0,03	0,81	< 0,01	-0,22	0,54	0,63	0,01
INP-DAtotal x ISZ	0,26	0,13	0,85	< 0,01	0,54	0,10	0,57	0,01
INP-et x INP-DAtotal	0,85	< 0,01	0,92	< 0,01	0,90	< 0,01	0,73	< 0,01
INP-et x EQV	-0,14	0,42	-0,59	0,06	-0,62	0,06	-0,36	0,15
INP-et x HAD subescala ansiedade	0,17	0,31	0,65	0,03	0,28	0,43	0,42	0,09
INP-et x HAD subescala depressão	0,24	0,15	0,70	0,01	-0,04	0,92	0,55	0,02
INP-et x ISZ	0,18	0,29	0,90	< 0,01	0,47	0,17	0,50	0,03

DA = doença de Alzheimer; DV = demência vascular tipo Binswanger; DFT = demência frontotemporal; DSin = demências com sinucleinopatias, r_s = coeficiente de correlação de Spearman; p = p-valor; EQV = escala de qualidade de vida; ISZ = inventário de sobrecarga de Zarit; HAD = escala de ansiedade e depressão; INP = inventário neuropsiquiátrico; INP-DAtotal = desgaste total do acompanhante de acordo com o INP; INP-et = escore total no INP.

No grupo de DA, destacamos correlações moderadas significativas entre HAD ansiedade e EQV ($r_s = -0,56$; $p < 0,01$); HAD subescala ansiedade e HAD subescala depressão ($r_s = 0,54$; $p < 0,01$); INP ansiedade e INP-DAtotal ($r_s = 0,54$; $p < 0,01$). Foi encontrada uma correlação forte entre HAD subescala depressão e EQV ($r_s = -0,63$; $p < 0,01$) e uma correlação muito forte entre INP-et e INP-DAtotal ($r_s = 0,85$; $p < 0,01$).

No grupo de DV, é possível destacar as correlações fortes significativas entre HAD subescala ansiedade e EQV ($r_s = -0,62$; $p = 0,04$); HAD subescala ansiedade e HAD subescala depressão ($r_s = 0,69$; $p = 0,02$); HAD subescala depressão e EQV ($r_s = -0,74$; $p = 0,01$); HAD subescala depressão e ISZ ($r_s = 0,75$; $p = 0,01$); INP ansiedade e INP-DAtotal ($r_s = 0,70$; $p = 0,01$); INP-et e HAD subescala ansiedade ($r_s = 0,65$; $p = 0,03$); INP-et e HAD subescala depressão ($r_s = 0,70$; $p = 0,01$). Correlações significativas muito fortes foram observadas entre INP DA-total e HAD subescala depressão ($r_s = 0,81$; $p < 0,01$); INP-DAtotal e ISZ ($r_s = 0,85$; $p < 0,01$); INP-et e INP-DAtotal ($r_s = 0,92$; $p < 0,01$); INP-et e ISZ ($r_s = 0,90$; $p < 0,01$).

Nos pacientes com DFT, encontramos correlação forte significativa entre INP-DAtotal e EQV ($r_s = -0,68$; $p = 0,03$) e correlação muito forte entre INP-et e INP-DAtotal ($r_s = 0,90$; $p < 0,01$). Também podemos considerar relevante a correlação entre o INP-et e EQV ($r_s = -0,62$; $p = 0,06$), apesar do p-valor estar um 0,01 acima do proposto como significativo.

Já no grupo de pacientes com DSin, as correlações significativas foram moderadas entre HAD subescala ansiedade e ISZ ($r_s = 0,50$; $p = 0,04$); HAD subescala depressão e ISZ ($r_s = 0,53$; $p = 0,03$); INP ansiedade e INP-DAtotal ($r_s = 0,46$; $p = 0,04$); INP-DAtotal e ISZ ($r_s = 0,57$; $p = 0,01$); INP-et e HAD subescala depressão ($r_s = 0,55$; $p = 0,02$); INP-et e ISZ ($r_s = 0,50$; $p = 0,02$). Correlações significativas fortes foram observadas entre HAD subescala ansiedade e HAD subescala depressão ($r_s = 0,73$; $p < 0,01$); INP-DAtotal e EQV ($r_s = -0,61$; $p = 0,01$); INP-DAtotal e HAD subescala depressão ($r_s = 0,63$; $p = 0,01$); INP-et e INP-DAtotal ($r_s = 0,73$; $p < 0,01$).

5. – DISCUSSÃO

Este trabalho objetivou estudar a ocorrência SOC em pacientes com demência, acompanhados em um ambulatório terciário de hospital universitário, por meio da aplicação de entrevista semi-estruturada aos pacientes e seus respectivos cuidadores.

Buscou também verificar a aplicabilidade do YBOCS para a investigação de SOC em pessoas demenciadas, assim como observar as conseqüências da ocorrência de SOC sobre o paciente e o seu cuidador, em termos de sintomas comportamentais e psicológicos, incluindo ansiosos e depressivos, carga e qualidade de vida.

Um levantamento bibliográfico realizado recentemente (PENA: VALE: 2010) encontrou poucos estudos investigando SOC nas demências e nenhum avaliando o impacto dos SOC nos cuidadores, ao menos em termos de carga, qualidade de vida ou custo socioeconômico.

O presente estudo demonstrou que SOC são freqüentes nas demências, uma vez que estavam presentes em 28 dos 40 pacientes com DA (70,00%), em 8 dos 13 pacientes com DV (61,54%), em 6 dos 11 pacientes com DFT (54,54%) e em 13 dos 20 pacientes com DSin (65,00%).

Cabe ressaltar que os sintomas compulsivos foram mais notificados, provavelmente por serem comportamentos observáveis pelo cuidador, em detrimento dos obsessivos que dependem exclusivamente da verbalização do paciente.

É importante frisar que esse estudo avalia SOC, não TOC. Como o estudo aponta relato de sintomas e não o diagnóstico do transtorno em si, foram achados sintomas tão freqüentes. Assemelha-se ao que ocorre, por exemplo, coma depressão; o diagnóstico de episódio depressivo maior em algum momento da evolução da DA é feito em media de 10-20% nesses indivíduos, enquanto que sintomas depressivos chegam a ser relatados em 40-50% desses mesmos pacientes (FORLENZA, 2000). Como o estudo aponta relato de sintomas e não o diagnóstico do transtorno em si, foram achados tantos sintomas, mas não o diagnóstico própria mente de TOC.

O estágio da demência, medido pelo CDR, pode influenciar no comportamento do paciente, assim como no impacto da doença sobre o cuidador. Nesse estudo, isso pode ter sido observado no grupo com DFT, que possuía um maior número de pacientes com CDR 2 (72,72%) e também pior qualidade de vida

dos cuidadores ($29,90 \pm 7,36$), maior carga ($43,50 \pm 21,59$), mais sintomas ansiosos ($9,80 \pm 4,83$) e depressivos ($8,00 \pm 5,93$) que as demais síndromes demenciais.

Em contrapartida, o grupo dos pacientes com DSin a média na QV foi $32,00 \pm 10,38$, na ISZ foi $21,12 \pm 18,33$, HAD sintomas ansiosos foi $7,65 \pm 4,39$ e HAD sintomas depressivos foi $7,53 \pm 5,43$. O grupo dos pacientes com DA teve os melhores escores, sendo $36,59 \pm 6,89$ na QV, $16,49 \pm 10,86$ no ISZ, $7,38 \pm 4,84$ sintomas ansiosos e $5,62 \pm 4,36$ depressivos, apesar de ter 50,00% CDR 1 e 37,5% CDR2, escores estes provavelmente influenciados por medicamentos anti-alzheimer e outros psicotrópicos.

No INP, o levantamento demonstra a ocorrência de comportamentais e psicológicos em um grande número de pacientes, principalmente nas categorias depressão/disforia e ansiedade. Isso condiz com a literatura que afirma que sintomas depressivos são comuns em pacientes demenciados (FORLENZA, 2000) e em pacientes com TOC (PETRIBÚ, 2001) e em pacientes com TOC (PETRIBÚ, 2001).

Os dados do grupo são semelhantes ao estudo realizado na cidade de São Paulo para investigar a prevalência de demência em uma amostra comunitária com mais de 60 anos, onde 78% dos pacientes com DA avaliados apresentavam um ou mais sintomas neuropsiquiátricos, entre os quais apatia, depressão, alterações do sono, ansiedade e agitação/agressividade foram os mais prevalentes (BOTTINO et al., 2005).

Levando em conta o registro no prontuário médico dos pacientes, pudemos perceber a subnotificação de depressão e transtornos ansiosos como comorbidades, em função da discrepância entre o relato espontâneo (prontuário) ao médico e o registro sistematizado (YBOCS, INP). Outro indício de subnotificação poderia ser o número elevado de pacientes sem comorbidade alguma relatada (32,14%) em uma amostra de idosos como a do presente estudo: 11 no grupo DA (27,50%); 1 no grupo DV (7,69%), 5 no DFT (45,45%) e 10 no DSin (50,00%). Ainda um outro possível indício de subnotificação seria o escasso registro de doença vascular encefálica (em nenhum paciente) e de dislipidemia (em apenas 1 dos 13 pacientes) no grupo de DV.

Levando em consideração somente os medicamentos psicotrópicos (antiparkinsoniano, BZD, IACHÉ, ISRS, memantina, neuroléptico, tricíclico) a média

de utilização por paciente foi de 1,5 no grupo DA, 0,62 no DV, 1,82 no DFT, 1,85 nas DSin.

Em geral as baixas correlações podem ter sido influenciadas pelo uso de psicotrópicos. Em, especial na DA, os medicamentos anti-alzheimer (inibidor AChE e memantina) não evitem a ocorrência, parecem interferir positivamente no sistema nervoso central diminuindo a repercussão em QV, carga sintomas ansiosos e depressivos do cuidador.

Ainda recorrendo aos dados coletados a partir do prontuário, observamos uma concordância no fato de que nas DSin não há registro de parkinsonismo como comorbidade, uma vez que o mesmo é sintoma da DCL e da DDP (MCKEITH et al., 2004; PADOVANI et al., 2006). Também há concordância no alto número de registro de HAS e diabetes nos grupos de DA e DV, uma vez que ambas são fatores de risco para essas demências (DESCHAINTE et al., 2009; VISWANARTHAN; ROCCA; TZOURIO, 2009).

Medicamentos são comumente utilizados para tratar e reduzir a morbidade associada a diversas doenças. Entretanto, seu uso indiscriminado e excessivo pode expor os pacientes a efeitos colaterais desnecessários e interações potencialmente perigosas. Idosos são particularmente vulneráveis aos efeitos adversos de medicamentos, uma vez que os indivíduos dessa faixa etária são aqueles que mais consomem remédios (ALMEIDA et al., 1999).

Os dados obtidos no presente estudo, relativos a uso de medicamentos pelos pacientes, são condizentes com a literatura.

Almeida et al. (1999) verificaram que o uso concomitante de diversos medicamentos é uma prática comum entre idosos atendidos no serviço público, uma vez que a média foi de 2,46 medicações consumidas por pacientes, sendo que mais de 40% faziam uso de mais de 3 medicações diferentes diariamente e 10% de pelo menos 5. As categorias mais freqüentes foram os antidepressivos (42,4%), drogas anti-hipertensivas (32,6%), hipnóticos e sedativos (21,2%) e neurolépticos (20,1%). Ainda discorrem sobre os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento desse uso excessivo e muitas vezes inadequado, como o fácil acesso às medicações, baixa freqüência de uso de recursos não farmacológicos para o manejo de problemas médicos, assim como as características do paciente e do médico.

Outro estudo (VALE; MIRANDA, 2002), que avaliou 186 pacientes atendidos em um serviço público de um hospital terciário, verificou que 81,19% desses

pacientes faziam uso regular de medicamentos, sendo 19,35% em monoterapia e 61,84% em politerapia. As medicações mais utilizadas foram as drogas anti-hipertensivos (40,86%), neurolépticos (25,81%), anti-agregantes plaquetários (17,74%), benzodiazepínicos (16,67%), drogas antiepiléticas (14,52%) e antidepressivos tricíclicos (9,14%).

As drogas antiparkinsonianas são indicadas no tratamento das diversas formas de parkinsonismo, inclusive nos quadros demenciais. No presente estudo, nenhum com paciente com DA fazia uso de algum medicamento antiparkinsoniano, 1 com DV e o mesmo apresentava SOC, também nenhum com DFT e 14 com DSin, dos quais 5 desses apresentando SOC.

Os BZD são ansiolíticos comumente utilizados no tratamento dos SCPD. Observou-se pouca prescrição de BZD aos pacientes dessa casuística (1 paciente na DA e esse mesmo com SOC, nenhum com DV, 5 com DFT e desses 2 com SOC; 4 com DSin e desses 3 com SOC),. Esse número restrito provavelmente é reflexo da orientação de um ambulatório especializado, onde é levado em consideração o alto risco de incidência de efeitos colaterais ocasionados por esses medicamentos em pacientes idosos e principalmente com quadros demenciais.

IACHÉ (donepezil, galantamina e rivastigmina), indicados para o tratamento de DA e outras demências, foram utilizados com frequência pelos pacientes do estudo. Observaram-se 28 pacientes com DA em uso regular e desses 22 apresentavam SOC; 2 com DV e os mesmos 2 com SOC; 1 com DFT e o mesmo com SOC; 6 com DSin e 4 desses com SOC. O alto índice de prescrição encontrado já era esperado, uma vez que esse tipo de medicação faz parte do tratamento de demências principalmente nos estágios leve a moderado, como é o caso desses pacientes.

Com relação à prescrição de memantina, indicada também para o tratamento de DA e outras demências, principalmente nas fases moderada ou avançada, observou-se o uso por 8 pacientes com DA, 6 desses com SOC; nenhum com DV; 1 com DFT e o mesmo com SOC; nenhum com DSin. O baixo índice encontrado já era esperado, uma vez que apesar desse tipo de medicamento fazer parte do tratamento de demências, são indicados presentemente para quadros mais avançados, o que não condiz com a condição da maioria dos pacientes desse estudo.

Os ISRS, utilizados no tratamento de transtornos depressivos e ansiosos, estavam em uso por 12 pacientes com DA, 8 desses com SOC; 2 pacientes com DV, 1 desses com SOC, 6 pacientes com DFT, 3 desses com SOC; 8 pacientes com DSin, 5 desses com SOC. O mesmo pode ser afirmado no caso da prescrição de memantina, indicada também para o tratamento de DA e outras demências em fase moderada a avançada. Nesse caso, observou-se uso por 8 pacientes com DA e desses, 6 com SOC; 0 com DV; 1 com DFT e o mesmo com SOC; 0 com DSin. O baixo índice encontrado já era esperado, uma vez que, apesar desse tipo de medicamento fazer parte do tratamento de quadros demenciais, são indicados para quadros mais avançados, o que não condiz com a condição dos pacientes desse estudo.

Neurolépticos, medicamentos utilizados no tratamento de transtornos psicóticos, também são comumente utilizados no tratamento dos SCPD. Foram de uso freqüentes nos pacientes dessa casuística: 10 pacientes com DA, 7 desses com SOC; 2 pacientes com DV e os mesmos com SOC; 7 com DFT, 4 desses com SOC; 4 pacientes com DSin, 3 desses com SOC. Esse tipo de medicação, embora necessária, tem prescrição judiciosa para idosos com quadros demenciais, principalmente as DSin, devido a ocorrência de efeitos adversos graves, principalmente no que diz respeito aos distúrbios extrapiramidais.

Os antidepressivos tricíclicos (como amitriptilina, clomipramina, imipramina, nortriptilina) são utilizados com cautela no tratamento sintomático de pacientes demenciados devido aos efeitos adversos decorrentes da sua ação anticolinérgica. Apenas 1 paciente com DA fazia uso desse tipo de medicamento e o mesmo apresentava SOC, 1 com DV que não apresentava SOC; nenhum com DFT e 1 com DSin também sem SOC.

Os dados obtidos com a NIMH-OC mostraram-se fiéis à gravidade leve dos SOC registrados, porém pouco informativos ou significantes para o estudo em si. Mostrou-se ser uma escala de difícil aplicação em pacientes com demências, porque os cuidadores não têm como inferir, por exemplo, sobre a resistência ou não dos pacientes aos SOC que apresentaram. Em decorrência disso, podem subestimar a gravidade desses sintomas a partir de suas próprias conclusões subjetivas, mesmo porque nem sempre sintomas vêm acompanhados de um comportamento, como é o caso das obsessões.

Segundo revisão realizada por Torresan et al. (2008), é pequeno o número de estudos sobre o impacto do TOC na qualidade de vida dos familiares, uma vez que além do custo econômico, envolve acomodação aos rituais e solicitações bizarras do paciente, mudanças de rotina, dificuldade nas atividades de lazer e diminuição de visitas em casa, dependência do paciente ao cuidador primário, além de sobrecarga emocional do familiar, podendo levar a prejuízos em sua própria saúde mental.

Pena e Vale (2010) não encontraram nenhum artigo que avaliasse qualidade de vida nos pacientes com SOC, muito menos o impacto desses SOC nos cuidadores em termos de carga, qualidade de vida ou custo socioeconômico.

No presente estudo, dados relativos à qualidade de vida dos cuidadores estão condizentes com o estágio da doença nos pacientes (leve a moderada). Na DA, os escores da nossa população ($36,59 \pm 6,89$) estão condizentes com os dados da adaptação dessa escala para a população brasileira (NOVELLI et al., 2005), onde o escore para DA leve foi de $36,95 \pm 5,17$ e para moderada de $33,85 \pm 6,59$.

Os cuidadores de pacientes com DFT apresentaram os menores escores na EQV, indicando pior qualidade de vida. Isso provavelmente deve-se ao fato de que esse tipo de demência é caracterizada por alterações de comportamento de aparição mais precoce que as cognitivas, bem como mais freqüentes, proeminentes, variadas e maiores fontes de estresse para seus cuidadores (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; GALLUCCI-NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005; TEIXEIRA-JR; SALGADO, 2006).

A mesma interpretação pode ser feita com relação aos maiores escores na ISZ, portanto maior carga para o cuidador, assim como maior número de sintomas ansiosos e depressivos, segundo o HAD.

Os escores apresentados pelos cuidadores na ISZ encontram-se no segundo quartil no caso da DV e da DFT e no quartil inferior na DA e na DSin, o que também condiz com o estágio do quadro demencial dos pacientes ser leve a moderado.

No que diz respeito a sintomas ansiosos, a HAD demonstrou que a maioria dos cuidadores de pacientes com DA (52,50%), e de DFT (45,45%) apresentava sintomas leves; já os cuidadores de pacientes com DV (61,53%) e com DSin (45,00%) apresentavam-se a maioria com sintomas moderados. No que confere aos sintomas depressivos, cuidadores de pacientes com DA (54,50%), com DV (53,84%) e DSin (55,00%) referiram mais sintomas leves, enquanto cuidadores de pacientes com DFT (36,37%), sintomas moderados.

Uma observação importante é que durante a aplicação das escalas EQV, ISZ, HAD, foi observado pela pesquisadora que os cuidadores se referiram muito mais a queixas relativas à sua vida pessoal do que propriamente aos cuidados com o paciente demenciado.

No que diz respeito às correlações encontradas, cabem aqui algumas colocações. No grupo com DA, as correlações indicam que quanto maior o número de comorbidades, menos compulsões os pacientes apresentaram (YBOCS-ec X nº de comorbidades $r_s = -0,41$; $p = 0,01$). A comorbidade mais freqüente nesse grupo foi HAS; porém os autores não conhecem nenhum relato de literatura sobre possíveis efeitos de anti-hipertensivos sobre os SOC. Ainda no grupo de DA, quanto mais sintomas ansiosos, mais sintomas depressivos (HAD subescala ansiedade X HAD subescala depressão $r_s = 0,54$; $p < 0,01$); quanto mais sintomas ansiosos e depressivos tiverem os cuidadores, pior sua qualidade de vida (HAD subescala ansiedade X EQV $r_s = -0,56$; $p < 0,01$; HAD subescala depressão e EQV $r_s = -0,63$; $p < 0,01$) como era esperado; quanto mais sintomas ansiosos no INP e maiores escores totais no INP maior o desgaste do cuidador (INP ansiedade X INP-DAtotal $r_s = 0,54$; $p < 0,01$; INP-et X INP-DAtotal $r_s = 0,85$; $p < 0,01$), também esperado.

No grupo com DV, as correlações encontradas sugerem que quanto mais sintomas obsessivos, maior o desgaste do cuidador (YBOCS-eo X INP-DAtotal $r_s = 0,54$; $p = 0,06$), sendo que os sintomas obsessivos mais relatados nesse grupo foram os relacionados à agressão, o que poderia justificar tal desgaste. Ainda no grupo com DV, quanto mais sintomas ansiosos tiverem os cuidadores, mais sintomas depressivos (HAD subescala ansiedade X HAD subescala depressão $r_s = 0,69$; $p = 0,02$), como esperado; sendo que ambos influenciam em uma pior qualidade de vida (HAD subescala ansiedade X EQV $r_s = -0,62$; $p = 0,04$; HAD subescala depressão X EQV $r_s = -0,74$; $p = 0,01$) também esperado; e quanto mais sintomas depressivos, maior a carga desses cuidadores (HAD subescala depressão X ISZ $r_s = 0,75$; $p = 0,01$). O desgaste do cuidador, medido pelo INP, está relacionado à ansiedade do paciente e ao seu comprometido psicopatológico (INP ansiedade X INP-DAtotal $r_s = 0,70$; $p = 0,01$; INP-et X INP-DAtotal $r_s = 0,92$; $p < 0,01$). O desgaste do cuidador também está relacionado aos seus sintomas depressivos e sua carga (INP DA-total X HAD subescala depressão $r_s = 0,81$; $p < 0,01$; INP-DAtotal X ISZ $r_s = 0,85$; $p < 0,01$). Carga, sintomas ansiosos e depressivos dos cuidadores estão relacionados ao maior comprometimento psicopatológico dos pacientes (INP-et X

ISZ $r_s=0,90$; $p<0,01$; INP-et X HAD ansiedade $r_s=0,65$; $p=0,03$; INP-et X HAD subescala depressão $r_s=0,70$; $p=0,01$), condizente com um estudo realizado com 83 cuidadores de pacientes demenciados, onde os dados demonstraram que a presença e a gravidade das manifestações comportamentais avaliadas pelos INP se associavam ao alto nível de sobrecarga do cuidador (FIALHO et al., 2009).

Nos pacientes com DFT, os dados apontam que quanto mais SOC, mais sintomas ansiosos (YBOCS-et X INP ansiedade $r_s=0,50$; $p=0,02$), como esperado; quanto mais obsessões, mais sintomas de delírio e de ansiedade (YBOCS-eo X INP delírios $r_s=-0,44$; $p<0,01$; YBOCS-eo X INP ansiedade $r_s=0,60$; $p=0,03$). Quanto maior o comprometimento psicopatológico do paciente, pior a qualidade de vida de cuidador e maior seu desgaste (INP-et X EQV $r_s=-0,62$; $p=0,06$; INP-et X INP-DAtotal $r_s=0,90$; $p<0,01$), sendo ainda que uma influencia a outra (INP-DAtotal X EQV $r_s=-0,68$; $p=0,03$;)

No grupo de pacientes com DSin, as correlações demonstram que quanto maior número de SOC, pior seu estado cognitivo global (YBOCS-et X MEEM $r_s=-0,49$; $p=0,03$), maior a carga do cuidador (YBOCS-et X ISZ $r_s=0,55$; $p=0,02$), mais relato de sintomas ansiosos e depressivos pelos cuidadores (YBOCS-et X HAD subescala ansiedade $r_s=0,51$; $p=0,04$; YBOCS-et X HAD subescala depressão $r_s=0,53$; $p=0,03$). Quanto maior o número de obsessões dos pacientes, pior seu estado cognitivo global (YBOCS-ec X MEEM $r_s=-0,50$; $p=0,02$), maior o comprometimento psicopatológico do paciente (YBOCS-eo X INP-et $r_s=0,47$; $p=<0,01$), maior o desgaste do cuidador (YBOCS-eo X INP-DAtotal $r_s=0,47$; $p=0,04$) e a carga do cuidador (YBOCS-eo X ISZ $r_s=0,57$; $p=0,01$). Já os sintomas compulsivos se relacionam a mais relatos de sintomas ansiosos e depressivos pelo cuidador (YBOCS-ec X HAD subescala ansiedade $r_s=0,54$; $p=0,02$; YBOCS-ec X HAD subescala depressão $r_s=0,58$; $p=0,01$).

Ainda no grupo das DSin, observou-se uma forte correlação entre os sintomas ansiosos e depressivos do cuidador (HAD subescala ansiedade X HAD subescala depressão $r_s=0,73$; $p<0,01$), sendo que ambos se relacionam com a carga do cuidador (HAD subescala ansiedade X ISZ $r_s=0,50$; $p=0,04$; HAD subescala depressão X ISZ $r_s=0,53$; $p=0,03$). Os sintomas depressivos estão relacionados ao comprometimento psicopatológico do paciente (HAD subescala depressão X INP-et $r_s=0,55$; $p=0,02$) e ao desgaste do acompanhante (HAD subescala depressão X INP-DAtotal $r_s=0,63$; $p=0,01$). No INP, maiores sintomas ansiosos no paciente

relacionam-se ao maior desgaste do acompanhante (INP ansiedade X INP-DAtotal $r_s=0,46$; $p=0,04$), e esse desgaste se relaciona com o comprometimento psicopatológico do paciente (INP-et X INP-DAtotal $r_s=0,73$; $p<0,01$), com a qualidade de vida do cuidador (INP-DAtotal X EQV $r_s=-0,61$; $p=0,01$) e com a carga do cuidador (INP-DAtotal X ISZ $r_s=0,57$; $p=0,01$).

É interessante ressaltar as características dos cuidadores e dos pacientes com maiores escores de SOC, segundo o YBOCS (Tabela 5). Foram 2 pacientes com DA, 2 com DFT e 2 com DV. Desses, os pacientes com DV apresentaram os maiores números de SOC (13 e 17) e também o maior escore no INP (76) de toda a amostra. O paciente com DFT e escore de 10 SOC no YBOCS, possui também o maior escore na ISZ (81) de toda a amostra.

O paciente com escore de 13 SOC de acordo com o YBOCS é do sexo feminino, tem 67 anos de idade e nenhum de escolaridade. Possui MEEM de 19 e CDR igual a 2. Foram relatados sintomas de obsessão de agressão, obsessões diversas, obsessões somáticas, rituais de repetição, compulsões de colecionismo/acúmulo de objetos e compulsões diversas.

Já o paciente com escore de 17 SOC de acordo com o YBOCS é do sexo masculino, tem 70 anos de idade e 3 de escolaridade. Possui MEEM de 11 e CDR igual a 1. Foram relatados sintomas de obsessão de agressão, obsessões de contaminação, colecionismo/acúmulo de objetos, religiosas, com necessidade de simetria ou de exatidão, obsessões diversas, obsessões somáticas, compulsões de limpeza/lavagem, de verificação e rituais de repetição.

Esses dados levam a crer que, diferente da hipótese inicial, SOC nas demências não mostraram levar a um maior desgaste do cuidador, maior morbidade, aumento do risco de institucionalização precoce do paciente e também aumento do custo, sendo relevantes somente em casos específicos.

Nesse estudo não foi realizada a avaliação da qualidade de vida do paciente por meio da EQV. Embora sabendo-se que a aplicação, em especial da subescala onde o cuidador avalia o paciente, poderia proporcionar dados para correlação, foi feita a opção de não aplicar a EQC completa pelas seguintes razões: extensa duração da aplicação da bateria de avaliação selecionada; pouca confiabilidade no julgamento do paciente em sua auto-avaliação e também pelo aspecto interpretativo do cuidador ao avaliar o paciente.

Outra possível fragilidade deste trabalho diz respeito à casuística relativamente pequena dos grupos, pois um número maior de sujeitos poderia proporcionar um maior corpo de informações e mais estudos de correlações. Por outro lado, tal casuística foi rigorosamente selecionada, proporcionando uma maior confiabilidade dos dados obtidos.

6. – CONCLUSÃO

O presente estudo proporcionou as seguintes conclusões:

- SOC são freqüentes nos quadros demenciais, apesar de subnotificados;
- a primeira parte do YBOCS mostrou-se aplicável na avaliação de pacientes com demência, porém com algumas adaptações, como a utilização das informações fornecidas pelos cuidadores. A segunda parte do YBOCS não mostrou-se aplicável, uma vez que avaliar medidas muitas vezes subjetivas e sem representação comportamental tornou difícil a resposta pelo cuidador;
- a NIMH-OC também mostrou-se uma escala de difícil aplicação em pacientes com demências, uma vez que suas categorias se referem a medidas subjetivas, o que pode ter levado os cuidadores a subestimar a gravidade desses sintomas a partir de suas próprias conclusões;
- o uso de psicotrópicos pareceu não ter evitado a ocorrência, no entanto parece ter interferido positivamente nas conseqüências dele sobre o cuidador, diminuindo a repercussão em termos de sintomas comportamentais e psicológicos, incluindo ansiosos e depressivos, assim como de carga e de qualidade de vida;
- os IAcE parecem ter este o mesmo efeito que dos demais psicotrópicos, mesmo não sendo esta sua indicação primária;
- os resultados deste estudo não demonstraram que os SOC nas demências levam a um maior desgaste do cuidador, maior morbidade, aumento do risco de institucionalização precoce do paciente e também aumento do custo, sendo relevantes somente em casos específicos; entretanto, isso pode ter ocorrido em conseqüência do possível efeito medicamentoso comentado anteriormente.
- os dados do presente estudo contribuíram para formar um corpo de conhecimento sobre o assunto, fundamentado em dados científicos.

7. – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGUARWAL, N. T.; DECARLI, C. Vascular dementia: emerging trends. **Semin Neurol**, v.27, p.66-77, 2007.

ALMEIDA, O. P. et al. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Rev Bras Psiquiatr**, v.21, n.3, 1999.

ANKRI, J.; POUPARD, M. Prevalence and incidence of dementia in the elderly: a literature review. **Rev Epidemiol Sante Publique**, v.51, p. 249-360, 2003.

ARAÚJO, L. A. Escalas de avaliação do transtorno obsessivo-compulsivo em adultos. **Rev Psiquiatr Clin**, São Paulo, v.25, n.6, p.307-309, 1998.

ASBAHR, F. Escalas de avaliação de transtorno obsessivo-compulsivo na infância e na adolescência. **Rev Psiquiatr Clin**, São Paulo, v.25, n.6, p. 310-319, 1998.

BERTOLUCCI, P. H. Doença de Alzheimer – Histórico, quadro clínico e diagnóstico. In: CAIXETA, L. **Demência: abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu; 2006. cap.x, p.211-221.

BLENOW, K.; Leon; M.; ZETTERBER, H. Alzheimer's disease. **Lancet**, v. 368, p. 387-403, 2006.

BOSBOOM, J. L.; STOFFERS, D. & WOLTERS, E. Cognitive dysfunction and dementia in Parkinson's disease. **J Neural Transm**, v.111, p. 1303-1315, 2004.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.5, p.355-363, 1995.

BOTTINO, C. M. C. et al. Prevalence of dementia and MCI in São Paulo, Brazil. **Int Psychogeriatr**, v.17, 80, 2005.

BOTTINO, C.M.C. et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. **Dement Geriatr Cogn Disord**, v.26, p. 291-299, 2008.

CAIXETA, L; NITRINI, R. Subtipos clínicos da demência frontotemporal. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v.59, n.3-A, p.577-581, 2001.

CAIXETA, L.; VIEIRA, R. T. Demência na doença de Parkinson. **Rev Bras Psiquiatr**, v.30, n.4, p. 375-383, 2008.

CARAMELLI, P; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? **Rev. Bras Psiquiatr**, São Paulo, v.24, Supl I, p.07-10, 2002.

CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** - Décima Revisão (CID-10). 4ª edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.

COOPER, S.; GREENE, J. D. The clinical assessment of the patient with early dementia. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v.76, n.5, p.15-24, 2005.

CORDIOLLI, A. V. A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr**, v.30, Supl II, p.S65-72, 2008.

CUMMINGS, J. L. et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. **Neurology**, v.44, n.12, p.2308-2314, 1994.

CUMMINGS, J. L. Alzheimer's Disease. **N Engl J Med**, v.351, p. 56-67, 2004.

DESCHAINTE, Y. et al. Treatment of vascular risk is associated with slow decline in Alzheimer disease. **Neurology**, v.73, p.674-680, 2009.

DSM-IV. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** - Fourth Edition (DSM-IV). 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

EMRE, M. Dementia in Parkinson's disease: cause and treatment. **Current Opinion in Neurology**, v.17, p.399-404, 2004.

FERRÃO, Y. A. et al. Resistência e refratariedade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr**, v.29, suppl.2, p.S66-S76, 2007.

FIALHO, P. P. A. et al. Dementia caregiver burden in a Brazilian sample. **Dementia & Neuropsychologia**, v.3, n.2, p.132-135, 2009.

FONTENELLE, L. F. Aspectos neuropsicológicos do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, Supl II, p.27-30, 2001.

FORLENZA, O. V. Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. **Rev Bras Psiquiatr**, v.22, n.2, p.87-95, 2000.

GALLUCCI-NETO, J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev Psiquiatr Clin**, v.32, n.3, 2005.

GONZÁLEZ, C. H. Aspectos genéticos de transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, Supl II, p.38-41, 2001.

GRAEFF, F. G. Aspectos neuroquímicos: o papel da serotonina no TOC. **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, Supl II, p.35-37, 2001.

HEMELS, M. E. H. et al. Clinical and economic factors in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. **Drugs & Aging**, v.18, n.7, p.527-550, 2001.

HERRERA, E. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis Assoc Disord**, v.16, n.2, p.103-108, 2002.

HEYMAN, I.; MATAIX-COLS, D.; FINEMBER, N. A. Obsessive-compulsive disorder. **BMJ**, v.333, p.424-429, 2006.

IPA. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack, in **International Psychogeriatric Association**. 2002, 13p.

JANVIN, C. C. et al. Cognitive profiles of individual patients with Parkinson's disease and dementia: comparison with dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. **Movement Disorders**, v.21, n.3, 2006.

LACERDA, A. L. T.; DALGALARRONDO, P.; CAMARGO, E. Achados de neuroimagem no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Psiquiatr Clin**, v.23, supl.I, p.24-27, 2001.

LIPPA, C. F. et al. DLB and PDD boundary issues **Neurology**, v.68, p.812-819, 2007.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. **Arq Neuropsiquiatr**, v.60, n.1, p.61-69, 2002.

LYKETSOS, C. G. Neuropsychiatric symptoms (behavioral and psychological symptoms of dementia) and the development of dementia treatments. **International Psychogeriatrics**, v.19, n.3, p.409-420, 2007.

MARINHO, V. Demência Frontotemporal. In: BOTTINO, C. M. C.; LAKS, J.; BLAY, S. L. **Demência e transtornos cognitivos em idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap.18, p.196-212.

MCKEITH, I.; CUMMINGS, J. Behavioral changes and psychological symptoms in dementia disorders. **Lancet Neurol**, v.4, n.11, p.735-742, 2005.

MCKEITH, I. et al. Dementia with Lewy bodies. **Lancet Neurology**, v.3, n.1, p.19-28, 2004.

MCKEITH, I. et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. **Neurology**, v.65, n.12, p.1863-1872, 2005.

MCKHANN, G. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human services Task Force on Alzheimer's disease. **Neurology**, v.34, n.7, p.939-944, 1984.

MELO, L. M.; BARBOSA, E. R.; CARAMELLI, P. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. **Rev Psiq Clin**, v.34, n.4, 2007.

MULCHAHEYET J. J. et al. Serotonin-selective reuptake inhibitors in the treatment of geriatric depression and related disorders. **International Journal of Neuropsychopharmacology**, v.2, p. 121-127, 1999.

NITRINI, R. et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis Assoc Disord**, v.18, n.4, p.241-216, 2004.

NITRINI, R. et al. Mortality from dementia in a community-dwelling Brazilian population. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.20, p.247-253, 2005.

NITRINI, R. Epidemiologia das Demências. In: CAIXETA, L. (Org.). **Demência: abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu; 2006. cap.2, p.13-18.

NITRINI, R. et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. **International Psychogeriatrics**, v.21, n.4, p.622-630, 2009.

NOVELLI, M. M. P. C. et al. Cross-cultural adaptation of the quality of life assessment scale on Alzheimer disease. **Arq Neuropsiquiatr**, v.63, n.2-A, p.201-206, 2005.

OJOPI, E. P. B.; BERTONCINI, A. B.; DIAS NETO, E. Apolipoproteína-E e a doença de Alzheimer. **Rev Psiq Clín**, v.31, n.1, p.26-33, 2004.

OMELAN, C. Approach to managing behavioural disturbances in dementia. **Can Fam Physician**, v.52, p.191-199, 2006.

OVERSHOT, R.; BURNS, A. Treatment of dementia. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v.76, Suppl.V, p53-59, 2005.

PADOVANI, A. et al. Parkinson's Disease and Dementia. **Neurological Sciences**, v.27, p. S40-S43.3, 2006.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**, São Paulo: Ed. Thomson, 2004.

PAULA, V.J. et al. Neurobiological pathways to Alzheimer's disease. **Dementia & Neuropsychologia**, v.3, n.3, p.188-194, 2009.

PENA, M. C. S.; VALE, F. A. C. Sintomas obsessivo-compulsivos nas demências: uma revisão. **Rev Psiquiatr Clin**, 2010. No prelo.

PERTIBÚ, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, Supl.II, p.17-20, 2001.

PRAZERES, A. M.; SOUZA, W. F.; FONTENELLE, L. F. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Rev Bras Psiquiatr**, 2007.

RAO, S. S.; HOFMANN, L. A.; SHAKIL, A. Parkinson's disease: diagnosis and treatment. **American Family Physician**, v.74, n.12, 2006.

RICE, D. P. et al. Prevalence, costs, and treatment of Alzheimer's disease and related dementia: a managed care perspective. **Am J Manag Care**, v.7, n.8, p.809-818, 2001.

RITCHIE, K.; LOVESTONE, S. The dementias. **The Lancet**, v.360, p.1759-1766, 2002.

ROMÁN, G. C. Senile dementia of the Binswanger type. A vascular form of dementia in the elderly. **JAMA**, v.258, n.13, p.1782-1788, 1987.

ROMÁN, G. C. Binswanger disease: the history of a silent epidemic. **Ann N Y Acad Sci**, Apr; 903, p. 19-23, 2000.

SAS/STAT® *Statistical Analysis Software*. User's Guide, Version 9, Cary, NC, USA: SAS Institute Inc., 2002-2003.

SCAZUFCA M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, n.1, p.12-17, 2002.

SHAVITT, R. G. et al. Transtorno obsessivo-compulsivo resistente: conceitos e estratégias de tratamento. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 23, Supl II, p. 52-57, 2001.

SPSS® *Statistical Package for the Social Sciences*. User's Guide, version 16.0. Chicago IL: Copyright, 2007.

STARLING, R. R.; IRENO, E. M. Acompanhamento Terapêutico e transtorno obsessivo-compulsivo: estudo de caso. In: ZAMIGNANI, D. R. ; KOVAC, R.; VERMES, J. S. **A clínica de portas abertas**. Santo André: ESETec; 2007, p.329-343.

STEFFENS, D. C.; POTTER, G. G. Geriatric depression and cognitive impairment. **Psychological Medicine**, v. 38, p. 163–175, 2008.

STEIN, D. J. Obsessive-compulsive disorder. **The Lancet**, v.360, p.397-405, 2002.

TAUB, A.; ANDREOLLI, S. B.; BERTOLUCCI, P. H. Dementia caregiver burden: reliability of Brazilian version of the Zarit Caregiver burden interview. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.2, p.372-376, 2004.

TEIXEIRA-JR, A. L.; SALGADO, J. V. Demência fronto-temporal: aspectos clínicos e terapêuticos. **Rev Psiquiatr**, v.28, n.1, p.69-76, 2006.

THE LUND AND MANCHESTER GROUPS. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v.57, n.4, p.416-418, 1994.

TORRES, A. R.; LIMA, M. C. P. Epidemiologia de transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Rev Bras Psiquiatr**, v.37, n.3, p.237-242, 2005.

TORRES, A. R.; SMAIRA, S. I. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, Supl II, p.06-09, 2001.

TORRESAN, R. C. et al. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Rev Psiq Clín**, v.35, n.1, p.13-19, 2008.

VALE, F. A. C. Reports by caregivers of behavioral and psychological symptoms of dementia. **Dementia & Neuropsychologia**, v.1, p.97-103, 2007.

VALE, F. A. C.; MIRANDA, S. J. C. Clinical and demographic features of patients with dementia attended in a tertiary outpatient clinic. **Arq Neuropsiquiatr**, v.60, n.3-A, p.548-552, 2002.

VALENTE, A. A. J.; BUSSATO, G. F. Aspectos neurorradiológicos do transtorno obsessivo-compulsivo: o papel dos gânglios da base. **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, Supl II, p. 42-45, 2001.

VEGA, U. M. et al. Neuropsychiatric symptoms in dementias: preliminary report of a prospective outpatient evaluation in Brazil. **Arq Neuropsiquiatr**, v.65, n.2B, p.498-502, 2007.

VERAS, R. P. et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev Psiq Clin**, v.35, n.1, p.05-12, 2007.

VERHEY, F. R. J.; VISSER, P. J. Phenomenology of depression in dementia. **International Psychogeriatrics**, v. 12, Suppl. I, p. 129- 134, 2000.

VISWANARTHAN, A.; ROCCA, W. A.; TZOURIO, C. Vascular risk factors and dementia. **Neurology**, v.72 p.368-374, 2009.

WIELENSKA, R. C. Terapia comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, Supl II, p.62-64, 2001.

8. – ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

CONVITE: O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de um trabalho de pesquisa desenvolvido no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP.

NOME DA PESQUISA: “*Sintomas Obsessivo-Compulsivos nas Demências*”

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Marina Ceres Silva Pena (PSICÓLOGA CRP 06/77462)

ORIENTADORES: Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale (CRM 4910)

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Os profissionais da área de saúde chamam de demência as doenças que causam esquecimento ou problemas com a memória, problemas de comportamento (como agitação, insônia, choro fácil, comportamentos inadequados,...) e perda das habilidades adquiridas pela vida (como dirigir, vestir a roupa, cozinhar, perder-se na rua,...).

Sintomas Obsessivo-Compulsivos (SOC) são pensamentos forçados que se repetem e provocam comportamentos repetidos de fazer coisas que a pessoa não deseja ou precisa fazer. Esses sintomas nas demências causam um maior desgaste do cuidador, aumentam as despesas com a doença e também provocam mais internações.

O objetivo da pesquisa é verificar a ocorrência desses sintomas em pessoas com problemas de memória, acompanhados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, através da aplicação de uma entrevista aos pacientes e seus acompanhantes.

Queremos convidá-lo(a) e pedir a sua autorização para usar estes dados numa pesquisa realizada neste Ambulatório. O seu nome não será divulgado e as informações obtidas na pesquisa serão sigilosas, utilizados apenas para fins científicos. O(a) senhor(a) tem total liberdade para não aceitar que seus dados façam parte da pesquisa, o que não lhe trará qualquer prejuízo, nem ao seu atendimento nem ao seu tratamento no Hospital das Clínicas

O(a) senhor(a) será entrevistado(a) por meio de alguns questionários, o que não causará nenhum desconforto ou risco, podendo ser interrompida a qualquer momento para seu bem-estar. Essa pesquisa também não lhe trará gastos, bem como não haverá nenhuma remuneração. Como benefício terá uma avaliação especializada e gratuita. As informações serão colhidas durante as suas consultas nos ambulatórios.

Agradecemos sua participação e nos colocamos à disposição para qualquer informação, nos telefones (16) 3602.2893 (ambulatório), 3602.2548 (secretaria) ou 3602.2228 (Comitê de Ética em Pesquisa).

Marina Ceres Silva Pena
(Pesquisadora Responsável)

ACEITE:

Eu e meu acompanhante fomos devidamente esclarecidos sobre a pesquisa intitulada "**Sintomas Obsessivo-Compulsivos nas Demências.**" que tem como pesquisadora responsável a Psicóloga Marina Ceres Silva Pena, e concordamos em participar, tendo conhecimento dos direitos que me foram assegurados, relacionados a seguir:

1. A garantia de obter resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar o nosso consentimento e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo a mim ou ao meu tratamento.
3. A segurança de que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha pessoa.
4. O compromisso de que seremos devidamente acompanhados e assistidos durante todo o período de nossa participação na pesquisa.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome do Acompanhante: _____


Grau de parentesco / afinidade: _____

Assinatura do Acompanhante: _____

Marina Ceres Silva Pena
Pesquisadora Responsável

Ribeirão Preto, ____/____/200__.

ANEXO B - Questionário sobre dados do paciente e seu cuidador

 <p>USP – RIBEIRÃO assistência - ensino - pesquisa</p>	<p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Campus Universitário da USP - Monte Alegre - Ribeirão Preto, SP CEP 14.048-900 - Fone: (016) 3602 1000 - Fax: (016) 3633 1144</p> <p>Ambulatório de Neurologia Comportamental - ANCP Sintomas Obsessivo-Compulsivos nas Demências</p>
--	--

Data do Exame:/...../..... Examinador (a):

Dados do Paciente:

Nome: Prontuário HC: Idade: Sexo: (1)F (2)M
Escolaridade: Procedência: (0) sem filhos (1) com filhos
Diagnóstico: CDR: MEEM: Duração da doença (anos):

ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	OCUPAÇÃO
(1) solteiro	(1) administrador	(1) ativo
(2) casado	(2) agricultor	(2) aposentado
(3) amasiado	(3) comerciante assalariado	(3) afastado
(4) separado	(4) do lar	(4) desempregado
(5) viúvo	(5) empresário	(99) outro
(99) outro	(6) profissional liberal	
	(7) trabalhador técnico assalariado	
	(8) trabalhador braçal assalariado	
	(9) trabalhador informal assalariado	
	(10) profissional nível superior assalariado	
	(99) outro	

Comorbidades:

Medicações em uso:

Dados do Cuidador:

Nome: Idade: Escolaridade: Sexo: (1)F (2)M

Relação com o paciente:

(1)cônjuge	(2)filho	(3)irmã(o)	(4)genitor(a)	(55)nenhum	(99)outro
------------	----------	------------	---------------	------------	-----------

Mora com o paciente (1)S (2)N

Percentual de cuidados fornecidos pelo informante

<25%	25-50%	50/75%	>75%
------	--------	--------	------

ANEXO C - Escala Yale-Brown de obsessões e compulsões (YBOCKS)

Avalie todos os itens e assinale os sintomas principais com um "P" (presente). O entrevistador deve se certificar de que os sintomas relatados são sintomas genuínos de TOC, e não sintomas de um outro transtorno como fobia simples ou hipocondria. Os itens assinalados com um asterisco (*) podem ou não ser fenômenos de TOC.

Obsessões

A. Obsessões de Agressão

1. Medo de se ferir
2. Medo de ferir outros
3. Imaginar cenas violentas ou horrendas
4. Medo de dizer involuntariamente obscenidades ou insultos
5. Medo de fazer algo que cause embaraço*
6. Medo de executar involuntariamente impulsos (ex.: apunhalar um amigo ou membro da família)
7. Medo de roubar ou furtar
8. Medo de ferir outros por não ter sido suficientemente cuidadoso
9. Medo de ser responsável por algo de terrível que aconteça (ex.: incêndio, assalto)
10. Outra (descrever)

B. Obsessões de Contaminação

1. Preocupação ou nojo por excrementos ou secreções do corpo (ex.: urina, fezes, saliva)
2. Preocupação com sujeira ou micróbios
3. Preocupação excessiva com contaminações provenientes do ambiente (ex.: resíduos tóxicos, asbesto, radiação)
4. Preocupação excessiva com artigos domésticos (ex.: detergentes, solventes)
5. Preocupação excessiva com animais (ex.: insetos)
6. Incômodo com substâncias viscosas ou resíduos
7. Preocupação em ficar doente por contaminação
8. Preocupação em provocar doenças em outros e por espalhar substâncias que causam contaminação (de forma agressiva)
9. Nenhuma outra preocupação além da sensação de estar contaminado *
- 10 Outra (descrever)

C. Obsessões Sexuais

1. Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos
2. Conteúdo envolvendo homossexualidade *
3. Comportamento sexual em relação a outros (de forma agressiva) *
4. Outra (descrever)

D. Colecionismo/Guardar Objetos Inúteis

(Distinguir de "hobbies" e da preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário).

E. Obsessões Religiosas (Escrupulosidade)

1. Preocupação excessiva com sacrilégios e blasfêmias
2. Preocupação excessiva com o certo/errado, com a moralidade

F. Obsessões com Necessidade de Simetria ou de Exatidão

1. Acompanhadas de pensamento mágico (ex.: preocupação de que a mãe possa vir a ter um acidente se determinados objetos não forem colocados nos lugares certos)
2. Não acompanhadas de pensamento mágico

G. Obsessões Diversas

1. Necessidade de saber ou recordar
2. Medo de dizer determinadas coisas
3. Medo de não dizer exatamente a coisa certa
4. Medo de perder coisas
5. Imagens intrusivas (não-violentas)

6. Sons, palavras, músicas ou números intrusivos
7. Incômodo com certos sons/ruídos*
8. Números, cores, palavras de sorte/azar
9. Cores com significado especial
10. Medos supersticiosos
11. Outra (descrever)

H. Obsessões Somáticas

1. Preocupação com doença ou enfermidade *
2. Preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física (ex. dismorfofobia) *
3. Outra (descrever)

Compulsões

A. Compulsões de Limpeza/Lavagem

1. Lavagem excessiva ou ritualizada das mãos
2. Ducha, banho, escovação de dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal ritualizadas ou excessivas
3. Limpeza excessiva de móveis da casa ou de objetos inanimados
4. Outras medidas para prevenir ou remover o contato com substâncias que podem causar contaminação
5. Outra (descrever)

B. Compulsões de Verificação

1. Verificação de fechaduras, fogão, utensílios domésticos, brinquedos, livros/itens escolares
2. Verificar se não feriu ou se não vai ferir outros
3. Verificar se não se feriu ou se não vai ferir a si próprio
4. Verificar se nada de terrível aconteceu ou vai acontecer
5. Verificar se não cometeu erros
6. Verificações associadas a obsessões somáticas
7. Outra (descrever)

C. Rituais de Repetição

1. Rer, apagar ou rescrever
2. Necessidade em repetir atividades rotineiras (ex. entrar/sair de casa várias vezes; sentar-se/levantar-se várias vezes de uma cadeira)
3. Outra (descrever)

D. Compulsões de Contagem

1. Objetos, certos números, palavras, etc. (descrever)

E. Compulsões de Ordenação/Arranjo

1. Necessidade de simetria (alinhar itens de uma determinada forma ou organizar itens pessoais de uma maneira específica)
2. Outros (descrever)

F. Compulsões de Colecionismo/Acúmulo de Objetos

[Distinguir de "hobbies" e da preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário (ex.: ler cuidadosamente cartas/documentos sem valor, acumular jornais velhos, colecionar objetos sem utilidade)]

G. Compulsões Diversas

1. Rituais mentais (excetuar verificação/contagem)
2. Efetuar listas excessivas
3. Necessidade de falar, perguntar ou confessar
4. Necessidade de tocar, esfregar ou bater de leve em objetos *
5. Rituais envolvendo piscar de olhos ou olhar fixamente *
6. Medidas que visam prevenir (não são verificações): ferimentos a si próprio, a outros, conseqüências terríveis
7. Comportamento ritualizado ao comer*
8. Comportamentos supersticiosos (distinguir de jogos mágicos próprios da idade)
9. Tricotilomania*

10. Outros comportamentos de automutilação e auto-agressão *
11. Outra (descrever)

Lista de sintomas-alvo

Obsessões

1. _____
2. _____
3. _____

Compulsões

1. _____
2. _____
3. _____

Evitação

1. _____
2. _____
3. _____

1. Tempo Ocupado pelos Pensamentos Obsessivos

P: Quanto do seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

(Quando as obsessões ocorrem como intrusões breves e intermitentes, pode ser difícil avaliar em horas o tempo total ocupado por elas. Em tais casos, o tempo é estimado pela frequência com que esses pensamentos ocorrem. Considere tanto o número de vezes em que as intrusões ocorrem, como o número de horas do dia que são por elas afetadas.)

Pergunte: com que frequência ocorrem os pensamentos obsessivos? [Certifique-se de excluir ruminções e preocupações que, ao contrário das obsessões, são ego-sintônicas e racionais (porém exageradas)].

0 Nenhum

- 1 Leve:** menos de 1 hora/dia ou intrusões ocasionais
- 2 Moderado:** 1 a 3 horas/dia ou intrusões freqüentes
- 3 Grave:** 3 a 8 horas/dia ou intrusões muito freqüentes
- 4 Muito grave:** mais de 8 horas/dia ou intrusões quase constantes

1a. Intervalo Livre de Obsessões

(não incluir no escore total)

P: Em média, qual é o maior período consecutivo de horas/dia, quando está acordado, em que está completamente livre de pensamentos obsessivos? (Se necessário pergunte: qual é o maior período de tempo em que os pensamentos obsessivos estão ausentes?)

0 Sem obsessões

- 1 Período longo livre de obsessões:** mais de 8 horas consecutivas sem sintomas
- 2 Período moderadamente longo livre de obsessões:** 3 a 8 horas/dia consecutivas sem sintomas
- 3 Breve período livre de obsessões:** de 1 a 3 horas/dia consecutivas sem sintomas
- 4 Período extremamente curto livre de obsessões:** menos de 1 hora/dia consecutiva sem sintomas

2. Interferência Provocada pelos Pensamentos Obsessivos

P: Até que ponto os seus pensamentos obsessivos interferem com a sua vida social ou profissional? Existe alguma coisa que você não faz por causa das obsessões? (Se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado.)

0 Nenhuma

- 1 Alguma:** leve interferência nas atividades sociais e ocupacionais, mas o desempenho global não é deteriorado
- 2 Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo

ainda desempenhar

3 Grave: provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 Muito grave: incapacitante

3. Sofrimento Relacionado aos Pensamentos Obsessivos

P: Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você? (Na maior parte dos casos, a perturbação/mal-estar é equivalente à ansiedade; contudo, alguns pacientes podem descrever as suas obsessões como "perturbadoras", mas negam sentir "ansiedade". Avalie somente a ansiedade que parece ser desencadeada pelas obsessões, não a ansiedade generalizada ou a ansiedade associada a outras condições.)

0 Nenhuma

1 Leve: não muito perturbadora

2 Moderada: perturbadora, mas ainda controlável

3 Grave: muito perturbadora

4 Muito grave: mal-estar quase constante e incapacitante

4. Resistência às Obsessões

P: Até que ponto você se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos? Com que frequência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram em sua mente?

(Avalie somente o esforço feito para resistir, não o sucesso/fracasso que tem ao tentar controlar as obsessões. O esforço feito pelo paciente para resistir às obsessões pode ou não estar relacionado com a sua capacidade de controlá-las. Note que este item não avalia diretamente a intensidade dos pensamentos intrusivos; avalia, sobretudo, uma manifestação de saúde, isto é, o esforço que o paciente faz para reagir contra as obsessões, sem ser por meio da esquiva ou da execução das compulsões. Assim, quanto mais o paciente tentar resistir, menos deteriorado estará o seu funcionamento nesse aspecto. Existem formas "ativas" e "passivas" de resistência. Os pacientes em terapia comportamental podem ser encorajados a resistir aos sintomas obsessivos, não lutando contra o seu aparecimento (ex.: "deixe os pensamentos entrar na sua mente"; oposição passiva) ou desencadeando de modo intencional esses pensamentos perturbadores. Neste item, considere a utilização dessas técnicas como forma de resistência. Se as obsessões são mínimas, o paciente pode não sentir necessidade de resistir. Em tais casos, o escore "0" deve ser dado.)

0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa

1 Tenta resistir a maior parte das vezes

2 Faz algum esforço para resistir

3 Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância

4 Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

5. Grau de Controle sobre os Pensamentos Obsessivos

P: Até que ponto você consegue controlar os seus pensamentos obsessivos? É, habitualmente, bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?

Quando você briga com os pensamentos, você pode ganhar deles/derrotá-los? (Para uma criança maior pergunte): Quanto você consegue controlar seus pensamentos? – "VC" (Ao contrário do item anterior, a propósito da resistência, a capacidade do paciente em controlar as suas obsessões está mais relacionada à intensidade dos pensamentos intrusivos.)

0 Controle total

1 Bom controle: habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração

2 Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões

3 Controle leve: raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as

obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade

4 Nenhum controle: obsessões experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de desviar seus pensamentos obsessivos

"As perguntas seguintes são sobre seus comportamentos compulsivos".
(Faça referência específica às compulsões-alvo do paciente.)

6. Tempo Gasto com Comportamentos Compulsivos

P: Quanto tempo você gasta executando comportamentos compulsivos?

Quanto tempo você gasta fazendo estas coisas? – "VC"

(Quando os rituais mais importantes estão relacionados às atividades do dia-a-dia, pergunte: se compararmos com o tempo habitual do qual a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras por causa de seus rituais ("manias" ou hábitos – "VC")?

(Quando as compulsões ocorrem como comportamentos breves, intermitentes, pode ser difícil avaliar o tempo total ocupado na sua execução. Em tais casos, faça uma estimativa do tempo pela frequência de execução dessas compulsões. Considere tanto o número de vezes em que as compulsões são executadas como o número de horas do dia que são afetadas por elas. Conte as ocorrências separadas de comportamentos compulsivos, não o número de repetições; ex.: um paciente que vai ao banheiro em 20 ocasiões distintas em um dia para lavar as mãos 5 vezes, muito rapidamente, executa compulsões 20 vezes/dia, não 5 ou $5 \times 20 = 100$. Pergunte: com que frequência você executa seus comportamentos compulsivos? (Na maior parte dos casos, as compulsões são comportamentos observáveis (ex.: lavar as mãos), mas algumas delas não o são (ex.: verificações silenciosas)

0 Nenhum

1 Leve: passa menos de 1 hora/dia realizando compulsões), ou execução ocasional de comportamentos compulsivos

2 Moderado: (passa 1 a 3 horas/dia realizando compulsões), ou execução freqüente de comportamentos compulsivos

3 Grave: (passa de 3 a 8 horas/dia realizando compulsões), ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos

4 Muito grave: (passa mais de 8 horas/dia realizando compulsões), ou execução quase constante de comportamentos compulsivos (demasiado numerosos para serem contados)

6b. Intervalo Livre de Compulsões

(não incluir no escore total)

P: Em média, quando você está acordado, qual o maior número consecutivo de horas/dia completamente livre de compulsões? (Se necessário pergunte: Qual o maior período de tempo em que suas compulsões estão ausentes?)

0 Sem sintomas

1 Período longo livre de sintomas: mais de 8 horas/dia consecutivas sem sintomas

2 Período moderadamente longo sem sintomas: de 3 a 8 horas/dia consecutivas sem sintomas

3 Período breve livre de sintomas: de 1 a 3 horas/dia consecutivas sem sintomas

4 Período extremamente breve livre de sintomas: menos de 1 hora/dia consecutiva sem sintomas

7. Interferência Provocada pelos Comportamentos Compulsivos

P: Até que ponto as suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (Se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado.)

0 Nenhuma

1 Alguma: leve interferência nas atividades sociais e ocupacionais, mas o desempenho

global não está deteriorado

2 Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 Grave: deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 Muito grave: incapacitante

8. Sofrimento Relacionado ao Comportamento Compulsivo

P: Como você se sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? (Pausa) Até que ponto você ficaria ansioso? (Avalie o grau de mal-estar que o paciente teria se a execução da compulsão fosse repentinamente interrompida sem previamente ter sido reassegurada. Na maioria dos casos, a execução de compulsões reduz a ansiedade. Se, na opinião do entrevistador, a ansiedade é, na realidade, reduzida pela interrupção das compulsões da maneira descrita acima, então pergunte: Qual o grau de ansiedade que você sente quando realiza suas compulsões até ficar satisfeito por tê-las completado como queria?)

0 Nenhum

1 Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

2 Moderado: a ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução

3 Intenso: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas, ou aumento de ansiedade proeminente e muito perturbador durante a sua execução

4 Muito intenso: ansiedade incapacitante por qualquer intervenção que vise modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

9. Resistência às Compulsões

P: Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões? (Avalie somente o esforço feito para resistir, não o sucesso/fracasso que tem ao tentar controlar as compulsões. O esforço feito pelo paciente para resistir às compulsões pode ou não estar relacionado com a sua capacidade de controlá-las. Note que este item não avalia diretamente a intensidade dos comportamentos compulsivos; avalia, sobretudo, uma manifestação de saúde, *i.e.*, o esforço que o paciente faz para reagir contra as compulsões. Assim, quanto mais o paciente tenta resistir, menos deteriorado será o seu desempenho nesse aspecto. Se as compulsões são mínimas, o paciente pode não sentir necessidade de resistir. Em tais casos, o escore "0" deve ser dado.)

0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa

1 Tenta resistir na maior parte das vezes

2 Faz algum esforço para resistir

3 Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância

4 Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

10. Grau de Controle sobre o Comportamento Compulsivo

P: Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? (Pausa) Até que ponto consegue controlar as suas compulsões? (Ao contrário do item anterior sobre a resistência, a capacidade do paciente em controlar as suas compulsões está mais relacionada à intensidade das compulsões.)

0 Controle total

1 Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões, mas tem algum controle voluntário

2 Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade

3 Controle leve: pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução

dessas compulsões

4 Nenhum controle: a pressão para realizar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões

"As perguntas remanescentes versam sobre obsessões e compulsões. Algumas são sobre problemas relacionados aos sintomas obsessivo-compulsivos." (Estes são itens de investigação não incluídos no escore total da escala mas podem ser úteis na avaliação destes sintomas.)

11. Crítica sobre as Obsessões e Compulsões

P: Você acha que suas preocupações ou comportamentos são razoáveis? (Pausa) O que pensa que poderia acontecer se não realizasse as compulsões? Está convencido de que na realidade algo poderia acontecer? (Avalie a crítica do paciente a propósito da falta de sentido ou do exagero das suas obsessões, baseado nas crenças expressas durante a entrevista.)

0 Excelente crítica: completamente racional

1 Boa crítica: reconhece prontamente o absurdo ou o exagero, mas não parece completamente convencido de que existe apenas a ansiedade como motivo preocupação (ex.: dúvidas vagas)

2 Crítica razoável: admite com relutância que o pensamento ou o comportamento são absurdos, mas hesita. Pode ter alguns medos irrealistas, mas sem convicções plenas

3 Crítica pobre: afirma que o pensamento ou o comportamento são razoáveis ou não exagerados, mas reconhece a validade da evidência em contrário (ex.: idéias supervalorizadas estão presentes)

4 Ausência de crítica: delirante. Convicto de que suas preocupações e comportamentos são razoáveis; não é sensível à evidência em contrário

12. Evitação

P: Você tem evitado fazer alguma coisa, ir a determinado local, ou estar com alguém por causa de seus pensamentos obsessivos ou está preocupado com a possibilidade de realizar compulsões? (Se sim, então pergunte: Até que ponto evita?)

(Avalie até que ponto o paciente deliberadamente tenta evitar. Algumas vezes as compulsões são efetuadas para "evitar" o contato com algo que o paciente teme. Por exemplo, rituais de lavagem de roupa são designados como compulsões, não como comportamento de evitação. Se o paciente deixou de lavar a roupa, isso constitui evitação.)

0 Sem evitação deliberada

1 Leve: mínima

2 Moderada: alguma evitação claramente presente

3 Intensa: grande evitação; proeminente

4 Muito intensa: evitação muito acentuada; o paciente faz quase tudo que pode para evitar os sintomas desencadeadores

13. Grau de Indecisão

P: Você tem dificuldades em tomar decisões sobre assuntos de pouca importância em que outra pessoa não precisaria pensar duas vezes? Ex.: que roupas vestir de manhã; que marca de margarina vai comprar?)

(Exclua a dificuldade em tomar decisões por pensamento ruminativo. Exclua igualmente a ambivalência relacionada com escolhas que racionalmente são difíceis de ser tomadas.)

0 Nenhum

1 Leve: alguma dificuldade em tomar decisões sobre assuntos de pouca importância

2 Moderado: relata espontaneamente dificuldades em tomar decisões que outras pessoas não pensariam duas vezes

3 Intenso: pondera continuamente os prós e os contras sobre o que não é essencial

4 Muito intenso: incapaz de tomar decisões, grau de indecisão incapacitante

14. Senso de Responsabilidade Hipervalorizado

P: Você costuma sentir muita responsabilidade pelas conseqüências de seus atos? Costuma sentir culpa pelo resultado de acontecimentos que não são completamente dependentes de seu controle? [Distinguir dos sentimentos normais de responsabilidade, de sentimentos de desvalorização e de dúvida patológica. Uma pessoa extremamente culpada considera suas ações (ou a si própria) como más ou diabólicas.]

0 Nenhum

1 Leve: menciona, só se questionando a esse propósito; leve senso de hiper-responsabilidade

2 Moderado: relatado de maneira espontânea, claramente presente; o paciente tem grande senso de hiper-responsabilidade em relação a acontecimentos que estão fora de seu controle voluntário

3 Intenso: idéias proeminentes e persuasivas; profundamente preocupado em sentir responsabilidade por acontecimentos que estão claramente fora de seu controle voluntário. Auto-recriminação praticamente irracional.

4 Extremo: senso de responsabilidade delirante (ex.: o paciente recrimina-se pela ocorrência de um terremoto, porque não executou suas compulsões)

15. Lentificação/Transtorno de Inércia

P: Você tem dificuldade em começar ou acabar suas tarefas/ seus afazeres? Demora mais tempo que o habitual em atividades rotineiras? (Distinguir de lentidão psicomotora secundária à depressão. Avalie o aumento de tempo gasto para executar as atividades rotineiras, mesmo quando não identifica obsessões específicas.)

0 Nenhuma

1 Leve: demora ocasional em começar ou terminar

2 Moderada: prolongamento freqüente das atividades rotineiras, mas habitualmente completa as tarefas.

3 Intensa: dificuldade acentuada e abrangente em iniciar e completar as atividades rotineiras. Habitualmente atrasado

4 Extrema: incapaz de iniciar ou completar atividades rotineiras sem uma grande ajuda

16. Dúvida Patológica

P: Depois de terminar uma tarefa, você costuma ter dúvidas se a realizou corretamente? Tem dúvidas sobre se a executou por completo? Quando faz atividades rotineiras, costuma desconfiar dos seus sentidos (ex.: o que vê, ouve ou toca)?

0 Nenhuma

1 Leve: só mencionada se questionado; leve dúvida patológica. Os exemplos fornecidos encontram-se dentro dos parâmetros normais

2 Moderada: relata-a espontaneamente; claramente presente e aparente em alguns comportamentos do paciente; o paciente fica é muito perturbado pela dúvida patológica. Alguma influência no desempenho, mas este ainda é possível

3 Intensa: incerteza proeminente a respeito da memória ou da percepção; dúvida patológica afeta o desempenho freqüentemente

4 Extrema: incerteza a respeito da percepção, constantemente presente; dúvida patológica afeta substancialmente quase todas as atividades. incapacitante (ex.: o paciente diz: "minha mente não confia no que os meus olhos vêem")

(Os itens 17 e 18 referem-se à intensidade global da doença. O avaliador deve considerar o desempenho global e não apenas a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos.)

17. Intensidade Global

Opinião do entrevistador sobre a intensidade global do transtorno. Avaliada de 0 (ausência do transtorno) a 6 (o paciente mais grave visto). (Considere o grau de mal-estar/desconforto relatado pelo paciente, os sintomas observados e a deterioração funcional relatada. A sua

avaliação deve contemplar tanto a média dos dados como a integridade ou a exatidão dos dados obtidos. Essa avaliação é baseada nas informações obtidas durante a entrevista.)

0 Ausência de sintomas

1 Transtorno leve: duvidoso, transitório sem prejuízo funcional

2 Sintomas leves: prejuízo funcional leve

3 Sintomas moderados: desempenha com esforço

4 Moderada: sintomas intensos, desempenho limitado

5 Sintomas intensos: consegue desempenhar praticamente só com assistência

6 Sintomas extremamente graves: desempenho completamente comprometido

18. Melhoria Global

Avalie a melhoria global desde a AVALIAÇÃO INICIAL, independentemente de esta estar ou não relacionada com o tratamento administrado.

0 MUITÍSSIMO pior

1 Muito pior

2 Um pouco pior

3 Sem alteração

4 Um pouco melhor

5 Muito melhor

6 MUITÍSSIMO melhor

19. Fidedignidade

Avalie a fidedignidade global dos escores obtidos. Os fatores que podem afetar a fidedignidade incluem a cooperação do paciente e a sua aptidão natural para comunicar-se. O tipo e a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos presentes podem interferir com a concentração, atenção ou a capacidade de o paciente falar espontaneamente (ex.: o conteúdo de algumas obsessões pode levar o paciente a escolher muito cuidadosamente as palavras que utiliza.)

0 Excelente: sem motivo para duvidar da fidedignidade dos dados

1 Boa: fator(es) presente(s) que pode(m) afetar adversamente a fidedignidade dos dados

2 Razoável: fator(es) presente(s) que afeta(m) ou reduz(em) a fidedignidade dos dados

3 Fraca: fidedignidade muito baixa

FOLHA DE RESPOSTAS**Escala Yale-Brown de obsessões e compulsões (YBOCKS)**

OBSESSÕES: *algum tipo de pensamento incômodo, invasivo, inevitável, incontrolável, que provoca desconforto e/ou ansiedade?*

A. Obsessões de Agressão
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10).....

B. Obsessões de Contaminação.....
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10).....

C. Obsessões Sexuais.....
(1) (2) (3) (4).....

D. Colecionismo/Guardar Objetos Inúteis. *(Distinguir de "hobbies" e da preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário)*.....

E. Obsessões Religiosas (Escrupulosidade)
(1) (2).....

F. Obsessões com Necessidade de Simetria ou de Exatidão.....
(1) (2).....

G. Obsessões Diversas.....
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11).....

H. Obsessões Somáticas.....
(1) (2) (3).....

COMPULSÕES: *sente necessidade de realizar e/ou repetir algum ato ou ritual, seja para aliviar a ansiedade provocada por algum pensamento/imagem incontrolável, seja impropositado?*

A. Compulsões de Limpeza/Lavagem.....
(1) (2) (3) (4) (5).....

B. Compulsões de Verificação.....
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7).....

C. Rituais de Repetição.....
(1) (2) (3).....

D. Compulsões de Contagem. *Objetos, certos números, palavras, etc. (descrever)*.....

E. Compulsões de Ordenação/Arranjo.....
(1) (2).....

F. Compulsões de Colecionismo/Acúmulo de Objetos *[Distinguir de "hobbies" e da preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário (ex.: ler cuidadosamente cartas/documentos sem valor, acumular jornais velhos, colecionar objetos sem utilidade)]*
.....

G. Compulsões Diversas
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11).....

1. Tempo Ocupado pelos Pensamentos Obsessivos

(0)Nenhum (1)Leve (2)Moderado (3)Grave (4) Muito Grave

1a. Intervalo Livre de Obsessões

(0)Sem (1)Longo (2)Moderado (3)Breve (4) Extremamente Curto

2. Interferência Provocada pelos Pensamentos Obsessivos

(0)Nenhuma (1) Alguma (2)Moderado (3)Grave (4) Muito Grave

3. Sofrimento Relacionado aos Pensamentos Obsessivos

(0)Nenhum (1)Leve (2)Moderada (3)Grave (4) Muito Grave

4. Resistência às Obsessões (0) (1)Tenta (2)Algum (3)Cede (4) Cede Completamente

5. Grau de Controle sobre os Pensamentos Obsessivos

(0)Controle Total (1)Bom Controle (2)Controle Moderado (3)Controle Leve (4)Nenhum Controle

6. Tempo Gasto com Comportamentos Compulsivos

(0)Nenhum (1)Leve (2)Moderado (3)Grave (4)Muito Grave

6b. Intervalo Livre de Compulsões

(0)Sem Sintomas (1)Período longo livre de sintomas (2)Moderado (3)Breve (4)Extremamente Breve

7. Interferência Provocada pelos Comportamentos Compulsivos

(0)Nenhuma (1)Alguma (2)Moderada (3)Grave (4) Muito Grave

8. Sofrimento Relacionado ao Comportamento Compulsivo

(0)Nenhuma (1)Leve (2)Moderado (3)Intenso (4)Muito Intenso

9. Resistência às Compulsões (0)Faz sempre esforço p/ resistir (1)Tenta (2)Algum Esforço (3)Cede às compulsões (4)Cede complet.

10. Grau de Controle sobre o Comportamento Compulsivo

(0)Controle Total (1)Bom (2)Moderado (3)Leve (4)Nenhum

11. Crítica sobre as Obsessões e Compulsões

(0)Excelente (1)Boa (2)Razoável (3)Pobre (4)Ausência de Crítica

12. Evitação

(0)Sem Evitação Deliberada (1)Evitação Leve (2)Moderada (3)Intensa (4)Muito Intensa

13. Grau de Indecisão (0)Nenhuma (1)Leve (2)Moderado (3)Intenso (4)Muito Intenso

14. Senso de Responsabilidade Hipervalorizado

(0)Nenhuma (1)Leve (2)Moderado (3)Intenso (4)Extremo

15. Lentificação/Transtorno de Inércia

(0)Nenhuma (1)Leve (2)Moderada (3)Intensa (4)Extrema

16. Dúvida Patológica (0)Nenhuma (1)Leve (2)Moderada (3)Intensa (4)Extrema

(Itens 17 e 18: considerar o desempenho global e não apenas a intensidade dos SOC)

17. Intensidade Global (0)Ausência (1)Transt.Leve (2)Sint.Leves (3)Sint.Moderados (4)Moderado (5)Sint.Intensos (6)Extrem.Graves

18. Melhoria Global (0) MUITÍSSIMO pior (1)Muito Pior (2)Um pouco Pior (3)Sem Alteração (4)Um Pouco Melhor (5)Muito Melhor (6)MUITÍSSIMO Melhor

19. Fidedignidade (0)Excelente (1)Boa (2)Razoável (3)Fracá

ANEXO D - Escala Global de 15 pontos de Obsessões e Compulsões do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América (NIMH-OC)

Os itens desta escala variam de 1 a 15, refletindo a gravidade do estado clínico do paciente. Os termos descritivos devem somente ser usados como indicadores gerais na avaliação de gravidade. A presença de qualquer termo descritivo específico não se faz necessário para classificar um indivíduo em determinado escore, nem que sua ausência seja uma razão para diminuir um escore. Observar que escores baixos (2-3) estão dentro de uma variação "normal".

1 – 3 – *Sintomas leves, dentro dos limites de normalidade.* Pessoa gasta pouco tempo resistindo aos sintomas. Quase não há interferência em atividades diárias.

4 – 6 – *Comportamento obsessivo-compulsivo subclínico.* Sintomas leves que são observáveis pelo paciente e observador, causam interferência discreta em sua vida, aos quais este pode resistir por um período de tempo mínimo. Facilmente tolerado pelos outros.

7 – 9 – *Comportamento obsessivo-compulsivo clínico.* Sintomas que causam interferência significativa à vida do paciente. Este gasta conscientemente grande quantidade de energia para resistir aos sintomas.

10 – 12 – *Comportamento obsessivo-compulsivo intenso.* Sintomas que são incapacitantes para o paciente, interferindo de tal forma que as atividades diárias se tornam uma "batalha incessante". O paciente pode passar todo o tempo resistindo aos sintomas. Requer muita ajuda de outros para desempenhar atividades/tarefas.

13 – 15 – *Comportamento obsessivo-compulsivo muito intenso.* Sintomas que são completamente incapacitantes para o paciente, sendo necessário supervisão minuciosa de outros em atividades como sono, alimentação, etc. Apoio de outros requerido para mínimas atividades ou tomadas de decisão pouco importantes.

ANEXO E - Inventario Neuropsiquiátrico (INP)

A. DELÍRIOS

(NA)

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

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

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

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

Frequência			
1		Ocasional	Menos de uma vez por semana
2		Comum	Cerca de uma vez por semana
3		Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4		Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

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

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

B. ALUCINAÇÕES**(NA)**

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

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

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

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

Frequência			
1		Ocasional	Menos de uma vez por semana
2		Comum	Cerca de uma vez por semana
3		Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4		Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

Intensidade			
1		Leve	Alucinações inofensivas, gerando pouca aflição no paciente
2		Moderada	Alucinações aflitivas e perturbadoras
3		Acentuada	Alucinações muito perturbadoras e fonte de grande alteração comportamental (a prescrição de medicamentos PRN indica que as alucinações são de intensidade acentuada)

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

C. AGITAÇÃO / AGRESSÃO**(NA)**

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

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

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

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

Frequência

1	Ocasional	Menos de uma vez por semana
2	Comum	Cerca de uma vez por semana
3	Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4	Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

Intensidade

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

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

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

D. DEPRESSÃO / DISFORIA**(NA)**

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

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

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

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

Frequência			
1		Ocasional	Menos de uma vez por semana
2		Comum	Cerca de uma vez por semana
3		Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4		Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

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

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

E. ANSIEDADE**(NA)**

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

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

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

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

Frequência			
1		Ocasional	Menos de uma vez por semana
2		Comum	Cerca de uma vez por semana
3		Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4		Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

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

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

F. ELAÇÃO / EUFORIA (NA)

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

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

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

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

Frequência			
1		Ocasional	Menos de uma vez por semana
2		Comum	Cerca de uma vez por semana
3		Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4		Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

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

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

G. APATIA / INDIFERENÇA**(NA)**

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

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

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

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

Frequência

1	Ocasional	Menos de uma vez por semana
2	Comum	Cerca de uma vez por semana
3	Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4	Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

Intensidade

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

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

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

H. DESINIBIÇÃO**(NA)**

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

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

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

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

Frequência			
1		Ocasional	Menos de uma vez por semana
2		Comum	Cerca de uma vez por semana
3		Frequente	Várias vezes por semana mas menos que todos os dias
4		Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

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

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

I. IRRITAÇÃO / LABILIDADE**(NA)**

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

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

1	O paciente anda de mau humor, se descontrolando a toa por coisas menores?	
2	O paciente muda de humor de repente, de educado em um momento a zangado em outro?	
3	O paciente apresenta lampejos imprevisíveis de raiva?	
4	O paciente anda intolerante, reclamando de atrasos ou da demora de atividades programadas?	
5	O paciente anda mal humorado e irritadiço?	
6	O paciente discute a toa, dificultando lidar-se com ele?	
7	O paciente exhibe outros sinais de irritação?	

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

Frequência			
1		Ocasional	Menos de uma vez por semana
2		Comum	Cerca de uma vez por semana
3		Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4		Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

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

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

J. COMPORTAMENTO MOTOR ABERRANTE (NA)

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

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento)

SIM (passe às subquestões)

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

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade do comportamento motor aberrante.

Frequência			
1		Ocasional	Menos de uma vez por semana
2		Comum	Cerca de uma vez por semana
3		Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4		Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

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

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

L. SONO**(NA)**

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

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

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

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

Frequência			
1		Ocasional	Menos de uma vez por semana
2		Comum	Cerca de uma vez por semana
3		Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4		Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

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

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

M. APETITE / DISTÚRBIOS ALIMENTARES**(NA)**

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

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

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

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade das alterações de apetite ou dos hábitos alimentares.

Frequência			
1		Ocasional	Menos de uma vez por semana
2		Comum	Cerca de uma vez por semana
3		Frequente	Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4		Muito frequente	Uma vez por dia ou mais

Intensidade			
1		Leve	Alterações de apetite ou alimentares que não ocasionam incomodo ou aumento de peso
2		Moderada	Alterações de apetite ou alimentares que ocasionam pequenas variações de peso
3		Acentuada	Alterações de apetite ou alimentares evidentes, ocasionando variações de peso, embaraço ou outros problemas para o paciente

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

INP – Folha de Respostas

ITEM	NE ¹	A ²	1	2	3	4	5	6	7	8	9	F ³	I ⁴	FxI	DA ⁵
Delírios															
Alucinações										◆	◆				
Agitação / Agressão											◆				
Depressão / Disforia											◆				
Ansiedade										◆	◆				
Elação / Euforia										◆	◆				
Apatia / Indiferença											◆				
Desinibição										◆	◆				
Irritação / Labilidade										◆	◆				
Comp. Motor Aber.										◆	◆				
Sono											◆				
Apetite / Alt. Alim.											◆				
<i>¹Não Entendeu; ²Ausência do sintoma; ³Frequência do sintoma; ⁴Intensidade do sintoma; ⁵Desgaste do cuidador.</i>														TOTAL:/144

OBSERVAÇÕES:

.....

.....

.....

.....

ANEXO F - Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)

Este questionário ajudará seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" as respostas que melhor corresponder a como você tem se sentido na **última semana**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1- Eu me sinto tenso ou contraído

- 3** () *A maior parte do tempo*
2 () *Boa parte do tempo*
1 () *De vez em quando*
0 () *Nunca*

D 2- Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes

- 0** () *Sim, do mesmo jeito que antes*
1 () *Não tanto quanto antes*
2 () *Só um pouco*
3 () *Já não sinto mais prazer em nada*

A 3- Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

- 3** () *Sim de um jeito muito forte*
2 () *Sim, mas não tão forte*
1 () *Um pouco, mas isso não me preocupa*
0 () *Não sinto nada disso*

D 4- Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

- 0** () *Do mesmo jeito que antes*
1 () *Atualmente um pouco menos*
2 () *Atualmente bem menos*
3 () *Não consigo mais*

A 5- Estou com a cabeça cheia de preocupações

- 3** () *A maior parte do tempo*
2 () *Boa parte do tempo*
1 () *De vez em quando*
0 () *Raramente*

D 6- Eu me sinto alegre

- 3** () *Nunca*
2 () *Pouca vezes*
1 () *Muitas vezes*
0 () *A maior parte do tempo*

A 7- Consigo ficar à vontade e me sentir relaxado

- 0** () *Sim, quase sempre*
1 () *Muitas vezes*
2 () *Poucas vezes*
3 () *Nunca*

D 8- Eu estou lento para pensar e fazer as coisas

- 3** () *Quase sempre*
2 () *Muitas vezes*
1 () *De vez em quando*
0 () *Nunca*

A 9- Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago

- 0** () *Nunca*
1 () *De vez em quando*
2 () *Muitas vezes*
3 () *Quase sempre*

D 10- Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

- 3** () *Completamente*
2 () *Não estou mais me cuidando como eu deveria*
1 () *Talvez não tanto quanto antes*
0 () *Me cuido do mesmo jeito que antes*

A 11- Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar algum

- 3** () *Sim, demais*
2 () *Bastante*
1 () *Um pouco*
0 () *Não me sinto assim*

D 12- Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir

- 0** () *Do mesmo jeito que antes*
1 () *Um pouco menos que antes*
2 () *Bem menos que antes*
3 () *Quase nunca*

A 13- De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

- 3** () *A quase todo momento*
2 () *Várias vezes*
1 () *De vez em quando*
0 () *Não sinto isso*

D 14- Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa

- 0** () *Quase sempre*
1 () *Várias vezes*
2 () *Poucas vezes*
3 () *Quase nunca*

Escores: **A** = _____ **D** = _____

ANEXO G – Inventário de sobrecarga de Zarit (ISZ)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que refletem como as pessoas algumas vezes se sentem, quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira. Não existe respostas certa ou errada. O que importa é a sua resposta.

S* = Se refere ao nome do paciente que o entrevistado cuida. Usar o nome do paciente.

	Nem um Pouco	Um Pouco	De Vez em Quando	Quase Sempre	Sempre
1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?					
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O Sr/Sra se sente envergonhado(a) com o comportamento de S?					
5. O Sr/Sra se sente irritado(a) quando S está por perto?					
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?					
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?					
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S esta por perto?					
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?					
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?					
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?					
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?					
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?					
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?					
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?					
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?					
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?					
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?					
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?					
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S?					

PONTUAÇÃO: _____

ANEXO H - Escala de Qualidade de Vida (EQV)

Versão: Cuidador/Familiar sobre ele mesmo

<p>Instruções: Por favor, avalie o quanto cada item é importante para sua qualidade de vida como um todo e em seguida avalie sua atual situação, como você a vê. Indique suas escolhas colocando um X no quadrado apropriado. No ultimo item, por favor, avalie sua qualidade de vida como um todo, como você a vê.</p>							
IMPORTÂNCIA				SITUAÇÃO ATUAL			
Muito	Razoável	Nada		Ruim	Regular	Bom	Excelente
			1. Saúde Física				
			2. Disposição				
			3. Humor				
			4. Moradia				
			5. Memória				
			6. Família				
			7. Casamento				
			8. Amigos				
			9. Você em geral				
			10. Capacidade para fazer tarefas.				
			11. Capacidade para fazer atividades de lazer				
			12. Dinheiro				
			13. A vida em geral				

PONTUAÇÃO: _____

ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 26 de março de 2008

Ofício nº 1097/2008
CEP/SPC

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS NAS DEMÊNCIAS”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 263ª Reunião Ordinária realizada em 24/03/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 10348/2007.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora

MARINA CERES SILVA PENA

Prof. Dr. Francisco de Assis C. do Vale/Profª Drª Cristina M. Del-Ben
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica