



FACULDADE PERNAMBUCA DE SAÚDE - FPS ESPECIALIZAÇÃO EM NEUROPSICOLOGIA

COMPROMETIMENTO COGNITIVO NA TERCEIRA IDADE: Uma Proposta de Intervenção.

Trabalho apresentado, pelas alunas: Leila Antonio da Rocha e Maria das Graças Simões Costa, ao programa de Pós-graduação da F.P.S – Faculdade Pernambucana de Saúde como requisito final para a obtenção do título de Especialista em Neuropsicologia. Orientador: Prof., Mestre e Doutor Leopoldo Barbosa.

RECIFE

JUNHO 2016

LISTA DE ABREVIATURAS

- I.B.G.E.....Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- CID.....Classificação Internacional de Doenças
- DSM.....Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais
- O.M.S.....Organização Mundial de Saúde
- OPAS.....Organização Pan-Americana de Saúde
- C.C.Comprometimento Cognitivo
- S.N.C.....Sistema Nervoso Central
- MEEM.....Miniexame do Estado Mental
- CERAD.....Consortium to Establish a Registry
for Alzheimer Disease

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	04
1.1 Envelhecimento Cerebral.....	09
1.2 A importância da memória na qualidade de vida da pessoa idosa.....	10
JUSTIFICATIVA.....	11
OBJETIVOS:.....	13
• Geral	
• Específicos	
MÉTODO.....	14
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	15
RESULTADO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXOS	

INTRODUÇÃO



“Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e um dos capítulos mais difíceis na grande arte de viver”
Hermann Melville(1819-1891).www.citador.pt

<http://melhordamidia.blogspot.com/>, 17.01.2016.

O envelhecimento populacional, nas últimas cinco décadas, vem ocorrendo de uma maneira muito rápida e visível, isso no cenário universal, tanto nos países desenvolvidos como nos “emergentes”, no caso, o Brasil.

O Brasil será em poucas décadas, um dos países com maior número de idosos do mundo,.....que eles têm de melhor e mais saudável: o desejo de viver com independência e autonomia”. (Allegretti, F., Revista Veja, 23.03.2016).

O Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) (Envelhecimento Ativo: uma política de saúde, 2005). E, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), mostra que o processo de envelhecimento pode ser entendido como: individual, irreversível, sequencial, acumulativo, universal, sem patologias/doenças, de deterioração de um organismo maduro, próprios a todos de uma mesma espécie, não patológico, que sofre influências do meio ambiente como também de agentes estressores que aumentem suas possibilidades de morte. E, que essa organização exerce um papel fundamental na melhoria de políticas e serviços públicos de saúde, por meio da transferência de tecnologia e da difusão do conhecimento acumulado por meio de experiências produzidas nos Países-Membros. (Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde, 2005).

Esse aumento na longevidade da população brasileira, pessoas a partir dos 60 anos, vem sendo ratificado pelo I.B.G.E. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). E, para atender essa nova demanda é necessário que sejam criadas políticas públicas e, também treinamento/capacitação

específico dos profissionais para lidar de maneira eficiente e eficaz visando, principalmente na prevenção e proporcionando qualidade de vida da pessoa idosa.

“O envelhecimento em grande escala é uma preocupação recente.....No fim do século XVI,a população não completava quatro décadas.....E, esse aumento na longevidade ocorreu...devido a evolução da medicina, urbanização e melhor nutrição”. Allegretti, F., Revista Veja, 23.03.2016).

Então, apesar da preocupação com o envelhecimento humano existir desde a mais remota Antiguidade, foi no século XIX que disseminou um pensamento gerontológico nas questões médicas e biológicas. (Caldas in Netto, 2007 p.77).

Mas, só em 1950 foi fundada a International Society of Gerontology: “que passaram a congregar, mundialmente, as sociedades médicas interessadas no estudo do envelhecimento”. E, em 1961, foi criado, no Rio de Janeiro, pelo Doutor Roberto Segadas, a Sociedade Brasileira de Geriatria, posteriormente designada de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Os países em desenvolvimento, estão apresentando uma redução na mortalidade e fecundidade, ocasionando aumento na esperança de vida e conseqüente envelhecimento da população. (Paschoal in Netto 2007). E, tudo isso vem acontecendo ao longo desses 60 anos, não só pela redução da fecundidade mas também por conta das melhores condições sanitárias, nutricional, higiene pessoal entre outras que vem sendo adotada, desde a Revolução Industrial (RI). Também, devido as conquistas e avanços da medicina moderna como: assepsia, vacinas, antibióticos entre outros que corroboraram para esse aumento na expectativa de vida do indivíduo. (Paschoal in Netto 2007).

Apesar da especificidade, mas nada simplista observa-se que o envelhecimento humano passa pelo processo natural de desgaste do organismo e da célula. Em outras palavras, esse idoso fica vulnerável a doenças do tipo: pressão alta, cardiopatias, acidente vasculares, quedas, distúrbios da memória entre outros. (Netto, 2007).

De acordo com Mocrabi et al in Fuentes & cols., 2014, a Neuropsicologia é a ciência que se propõe a investigar o papel dos sistemas cerebrais individuais nas formas complexas da atividade mental Luria (1981), ou seja, ela busca estabelecer relações entre o funcionamento do Sistema Nervoso Central (S.N.C) e as funções cognitivas, como: atenção, memória, linguagem, percepção, etc... e, o comportamento em condições “normais” e “patológicos”. (Cosenza, Fuentes e Maloy-Diniz, 2014).

O estudioso, Alexander Romanovich Luria nasceu em 1902, na cidade russa de Kazan. E, morreu aos 77 anos de problemas cardíacos. Em 1920 estudou psicanálise e, traduziu Freud para o russo.

Em 1930, na Ásia Menor, estudou a influência de fatores como escolaridade na cognição e linguagem. Luria não foi só um dos fundadores da Neuropsicologia contemporânea como também teve um papel relevante no desenvolvimento da psicologia histórico-cultural. (Mocrabi et al in Fuentes & cols., 2014).

Nos estudos apresentados por Cançado e Horta in Freitas, 2013 p. 135: “O processo de envelhecimento na vida dos indivíduos permanece ainda, como um dos pontos mais complexos, obscuros e críticos para a ciência...”. E, com relação ao envelhecimento do Sistema Nervoso Central (SNC), eles mostram que, é um sistema biológico mais comprometido com o processo de envelhecimento, pois é responsável pela vida de relação (sensações, movimentos, funções psíquicas, entre outros) e pela vida vegetativa (funções biológicas internas). (Cançado e Horta in Freitas, 2013 p. 135).

O envelhecimento do SNC ocorre em razão de fatores intrínsecos, tipo: genética, sexo, circulatório, metabólico, radicais livres, etc., e extrínsecos, como: ambiente, sedentarismo, tabagismo, drogas, radiações, etc que não deixam de exercer uma ação nociva à saúde com o passar do tempo. (Cançado e Horta in Freitas, 2013 p. 135).

Já, Cosenza in Fuente & cols, 2014., mostram que o indivíduo ao apresentar prejuízo na atenção, memória operacional e também na capacidade de planejamento é devido a uma, involução na região cortical, decorrente do processo de envelhecimento.

Na verdade o processo de envelhecimento é um tema bastante amplo e complexo e, que vem sendo estudado por muitos pesquisadores. Os estudos voltados para a cognição, mostram que o declínio cognitivo irá aparecer na meia-idade e será mais frequente após os 70 anos. (Neri, A. &Neri, M. in Freitas, E. 2013).

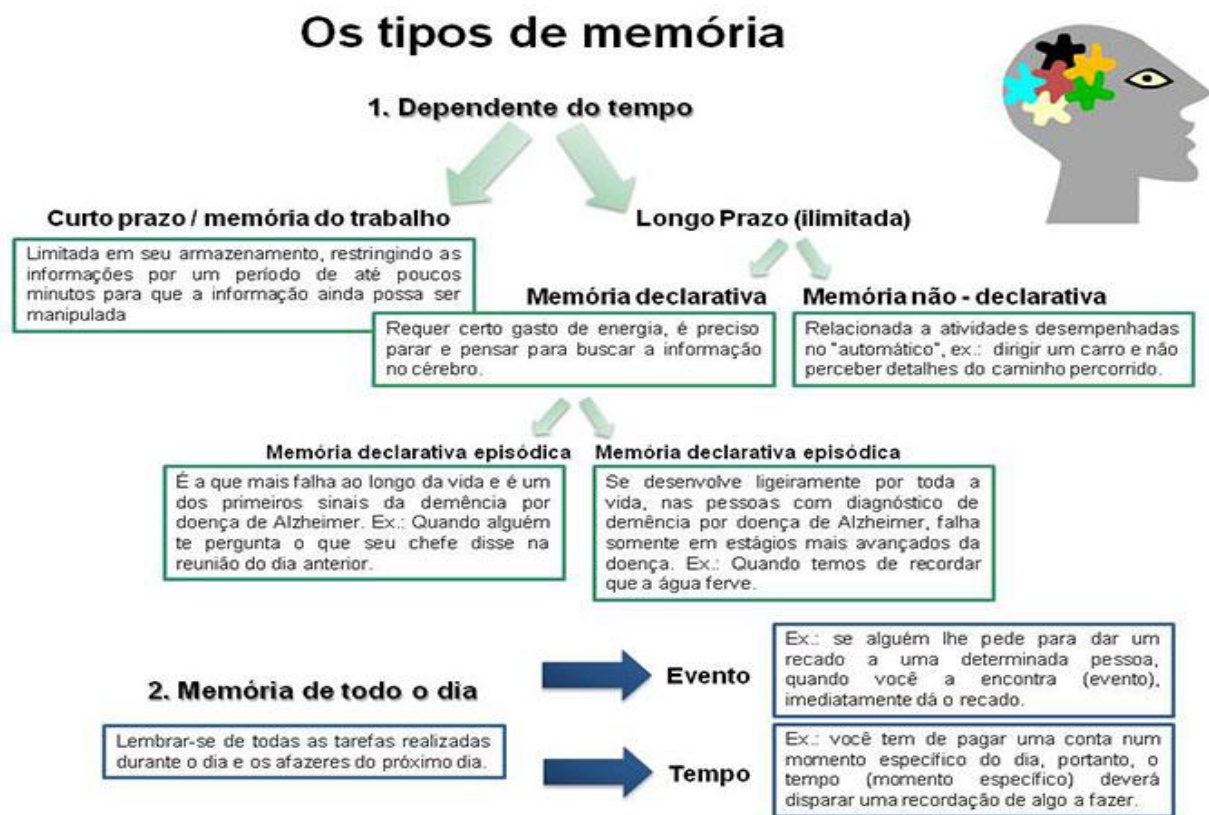
Nesse sentido é comum que a pessoa idosa venha apresentar queixas relacionadas a distúrbios de memória, como o esquecimento, podendo causar estresse, depressão, ansiedade e prejuízo na realização de atividades diárias e/ou reconhecimento de pessoas, etc. (Netto et. Al., 2007). Esse distúrbio/comprometimento cognitivo vem sendo incluído no DSM IV (1994) e no CID 10 (1993) como “declínio cognitivo relacionado a idade” e “um declínio no desempenho cognitivo”, respectivamente e, não preenchem os critérios diagnósticos para quadros demenciais, síndromes amnésica orgânica ou delirium (quadro de confusão aguda). (Ventura & Bottino, in Netto 2007).

E, continua constando no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) publicado em 2014, e contou com a revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.].

Porém, as reflexões acerca da cognição avançam na busca de melhor compreensão. Então, pode-se dizer que cognição é a forma como o cérebro percebe, aprende, recorda e pensa sobre toda informação captada através dos cinco sentidos, ou seja: memória visual, memória auditiva, memória olfativa, memória gustativa, memória cinestésica. (Alvarez, A. 2009, p. 40-41).

E, que o envelhecimento cognitivo normal também sofre a influência dos processos: genéticos, biológicos e socioculturais. Porém são os genéticos-biológicos que irão determinar o declínio no funcionamento sensorial e na redução da velocidade de processamento da informação.... (Neri, A. & Neri, M. in Freitas, E. 2013).

Segundo Alvarez, A., 2009; Gediman, C. e Crinella, F., 2008; Gil, G. e Busse, A. 2013; e Lear, M. 2008 e Izquierdo, I. 2011, a memória pode ser classificada como: Memória de Longo Prazo (LP); Memória de Curto Prazo e memória Operante (CPMO); Memória Sensorial; Memória de Conhecimento; Memória de Identificação; Memória de Fatos; Memória de Planejamento; Memória de Procedimentos; Memória Autobiográfica.



<http://www.hospitalalemao.org.br/>, 17.01.2016.

Segundo, Papalia e Feldman, 2013 p. 597, a memória, assim como outras habilidades cognitivas, declina vagarosamente na pessoa idosa. Em Anita, A. L. & Neri, M. L; Yassuda, M. S e cols., nos capítulos 131 e 132 do Tratado de Geriatria e Gerontologia(2013), confirmam esse declínio cognitivo no processo de envelhecimento, mostram o quanto ele é complexo e comporta grande variabilidade intra e interindividual. E, que a memória é um fenômeno complexo e multifacetado, essencial para a sobrevivência humana.....sem ela não nos apropriaríamos das experiências pessoais que alteram nosso comportamento. (Idem, 2013).

Portanto, com o aumento da longevidade, o envelhecimento populacional começou a aparecer queixas relacionadas à “falta ou falha” da memória. E, de acordo com Canineu et al., in Freitas e cols., 2013 p. 169: “O envelhecimento normal engloba um declínio gradual nas funções cognitivas, dependente de processos neurológicos que se alteram com a idade. E, as perdas de memória.....são as que mais chamam a atenção das pessoas”. E que esse declínio dependerá de diversos fatores, como: educação, saúde, personalidade, nível intelectual global e capacidades mentais.....”.

No processo de avaliação, Ventura & Bottino,2007, evidenciam a relevância de uma boa anamnese, e também a escolha de instrumentos como: Miniexame do Estado Mental (MEEM); Entrevistas Estruturadas; o Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease (CERAD) entre outros, não só para avaliar e diagnosticar o idoso, como também acompanhar o curso da doença, definir formas de intervenção, reabilitação e resultado de tratamento. (Ventura & Bottino, in Netto 2007).

Nyberg e cols. (2012), em estudos recentes, publicaram um artigo, que apontam diversos padrões de mudanças no funcionamento da memória dos idosos, revelando que nem todos os sistemas da memória são igualmente afetados com o avanço da idade. (Gomes-Abrisqueta, J. in Consenza e cols. 2013 p. 173).

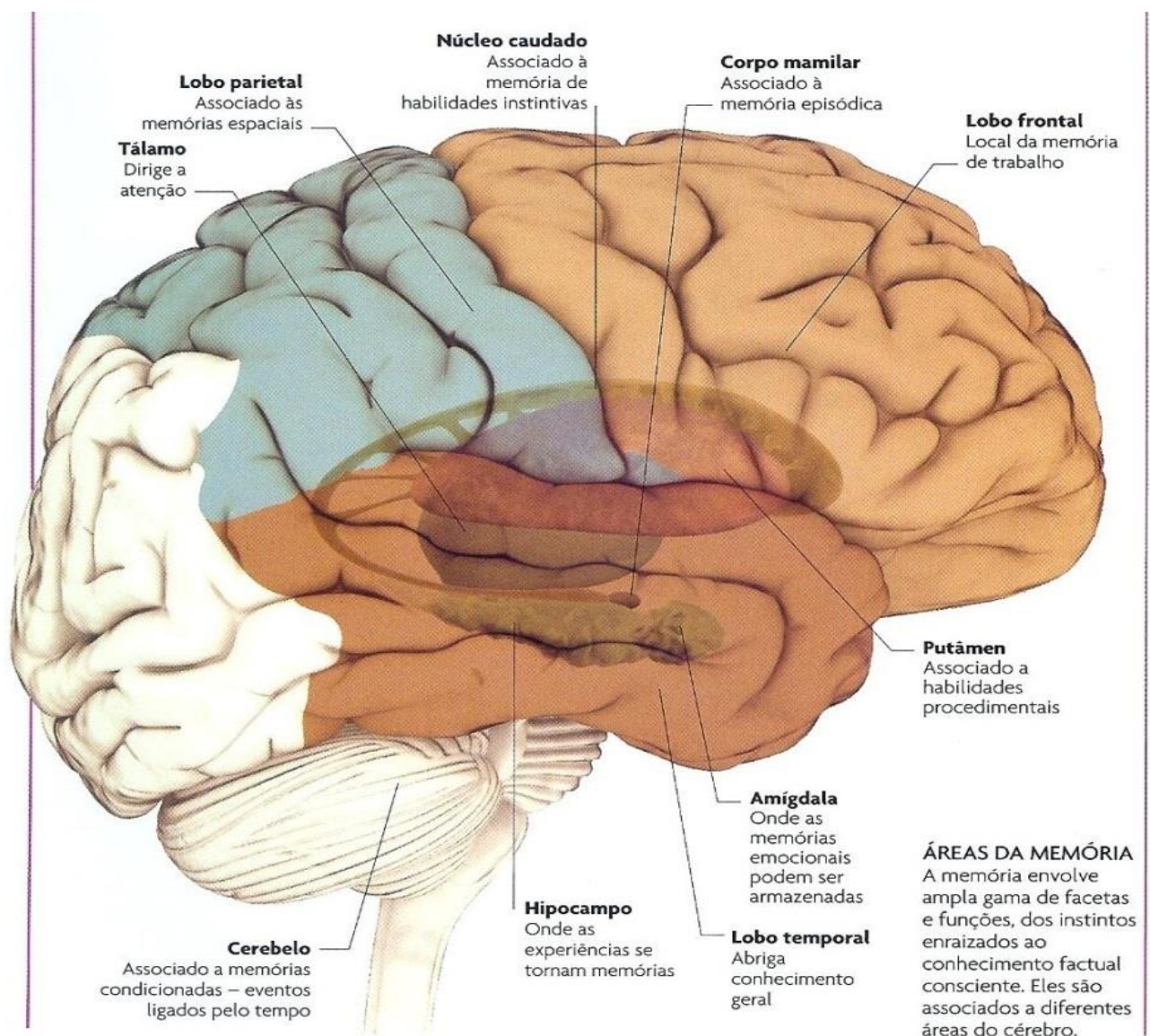
1.1 Envelhecimento Cerebral

“Os homens deveriam saber que do cérebro, e somente do cérebro, provêm nossos prazeres, alegrias, risadas, brincadeiras, bem como nossas tristezas, dores desgostos e medos.....”

(Hipócrates) in Freitas, 2013, p. 135.

“O processo de envelhecimento na vida dos indivíduos, é complexo, obscuro e crítico para a ciência, apesar dos esforços que vem sendo feito, desde a segunda metade do século XX”. (Cançado, A. X. & colbs. In Freitas, 2013 p. 135).

E, cada região do cérebro é responsável por funções como: Planejamento da ação e controle do movimento (lobo frontal); Sensação, percepção externas e imagem corporal (lobo parietal); Visão (lobo Occipital); Audição, aprendizado, memória e emoção. (Temporal).



1.2 A importância da memória na qualidade de vida da pessoa idosa

A memória é uma habilidade essencial na qualidade de vida do ser humano. Esse é um ponto comum entre diversos trabalhos de estudiosos e pesquisadores nessa área, como: Alvarez, A. (2009); Gediman, C. L. & Crinella, F. M. Ph. D. (2008); Iván (2011); Gislaine, G., Busse, L. A. (2011) entre outros. E, ela ocupa um lugar relevante, pois é por meio dela que a pessoa consegue se orientar e realizar tarefas do dia a dia. (Santos, W. G. 2014).

E, é através da memória que o indivíduo pode lembrar, por vontade própria, de eventos como: primeiro dia de aula, primeiro encontro, primeiro amor.....E, recordar o passado é uma forma de viagem mental no tempo.....(Kandel, R. E. 2009, p. 17).A memória resulta de mudanças (funcionais e estruturais) nas sinapses num circuito neural. (Idem, 2009, p. 246).

A memória, segundo Batistela, S. & Bueno, O. in Santos, F. orgs. 2015, p.76, caracteriza-se pela capacidade de adquirir, armazenar e recuperar diferentes tipos de informações, sendo fundamental para a sobrevivência e a formação da identidade.

As queixas de memória são comuns na população, com mais de 65 anos. (Brucki, S. in Santos, F. orgs. P. 244). “As memórias são feitas por células nervosas (neurônios), que se armazenam em redes de neurônios.....E, são moduladas pelas emoções, pelo nível de consciência e pelos estados de ânimos” (Izquierdo, I. 2011 p. 14).

JUSTIFICATIVA



www.medicinageriatrica.com.br 17.01.2016.

Este trabalho foi elaborado a partir de queixas dos pacientes com o “esquecimento ou falta de memória”, na prática clínica. Então optou-se por fazê-lo, em razão da memória ser uma das funções cognitivas mais relevantes para a qualidade de vida do ser humano . Memória é a capacidade de armazenar informações, lembrar-se delas e utilizá-las no presente.

“.....o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam perda gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. (Netto e cols. in Netto, 2007, 2007 p. 85).

O envelhecimento humano não poderá ter seu início fixado uma vez que ele vem se manifestar através do declínio das funções de vários órgãos que ocorrem de forma linear. (Netto, 2007).

Podendo ser também definido como:

“Um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, deixando-o mais vulnerável.....” (Netto in Netto, 2007 p. 29).

A detecção precoce de alterações cognitivas é fator relevante e pode-se dizer que consiste num dos grandes desafios atuais. Pois, a partir daí poderá ser feita a intervenção não farmacológica, no caso a estimulação cognitiva e, se for o caso a terapia medicamentosa. (Ventura & Bottino, in Netto 2007).

Pergunta Norteadora:

Este trabalho foi respaldado na criação de uma intervenção para a estimulação da memória em pessoas idosas. E, a questão norteadora do estudo foi: A Estimulação da Memória Minimiza as perdas cognitivas desses idosos?

OBJETIVOS

- **Geral:** Desenvolver uma proposta de estimulação cognitiva para ser aplicada com idosos com queixas de alteração de memória.

Específicos:

- Revisar a literatura sobre a memória para conceituar aspectos da literatura que servirão de base para a psicoeducação.
- Explicar algumas possibilidades de avaliação e instrumentos de avaliação neuropsicológica do idoso.
- Elaborar uma proposta de intervenção para minimizar as perdas cognitivas.

MÉTODO

Para elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão a partir de estudos, investigações e materiais realizados e publicados por diversos pesquisadores do tema em questão, como: Lígia Py & Elizabete V. de Freitas (2013); Matheus P. Netto (2007); Diane E. Papalia & Ruth D. Feldman (2013); Leandro F. Malloy-Diniz, Daniel Fuentes, Ramon. M. Cosenza(2013); Daniel Fuentes, Leandro F. Malloy-Diniz, Candida Helena P. de Camargo, Ramon M. Cosenza(2014), Costa, M. R. N. (2009), entre outros.

Proposta de Intervenção:

PROJETO L.E.M.B.R.A.: LENDO ESTIMULO A MEMÓRIA, BRINCANDO

RECORDO E ASSIMILO.

OFICINA PARA ESTIMULAR A MEMÓRIA

“A velhice, que hoje tarda bem mais do que décadas atrás, pode ser bela na sua beleza peculiar, alegre na sua alegria boa, alerta na medida de seus interesses e apreciada enquanto não for amarga”.

LYA LUFT



<http://www.vidadequalidade.org/dicas-para-envelhecer-de-forma-saudavel/>, 17.01.2016.

▪ **OBJETIVOS:**

- Fornecer ao grupo, informações teórico-prática de cuidados para otimização da memória, ou seja, fazer uma Psicoeducação com os participantes;
- Orientar e treinar técnicas para melhorar a memorização (Dicas para Treinamento e memória....Gediman e Crinella 2008, p. 22/23 e 39/40);
- Estimular a percepção, a memória: curto prazo, longo prazo, episódica, semântica, e de procedimento, noções espaciais, habilidades lógicas e verbais, etc.
- Desenvolver atividades de estimulação da memória (utilizados os exercícios I e II Gediman e Crinella ,2008, p. 41/42; Alvarez , 2009, p. 106 a 110; Melo & Leite, 2013 p.8/12-49/54);
- Promover espaço para exposição de ideias e opiniões sobre o assunto: Envelhecimento, autonomia e qualidade de vida.

▪ **METODOLOGIA:**

1. Inicialmente, serão mostrados, através de textos, exposição dialogada, etc. os cuidados com alimentação, atividades físicas, técnica, de relaxamento e atitudes para o bem estar biopsicossocial.
2. Leitura dos textos, fornecidos pelas facilitadoras e participantes, seguido de debate. Dinâmicas de grupo, atividades de relaxamento.
3. Os participantes serão avaliados antes e após a participação na Oficina da Memória.
4. Recursos: Os recursos utilizados no curso: equipamentos de *datashow*, exposição dialogada, debates, leitura de textos, jogos e atividades para estimular a memória.
5. Instrumentos para avaliação: Anamnese, Mini-Mental; Span de palavras da bateria Cerad; CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease); Escala de depressão de Hamilton. Todos irão permitir o rastreo das perdas cognitivas do paciente. (Vide anexos).
6. Encontros: Quinzenais e duração de duas horas e meia, por cinco meses.

▪ DESCRIÇÃO DAS ETAPAS E ATIVIDADES DOS ENCONTROS

- **1º Encontro:** Será formado um grupo com quinze participantes. Foram selecionados a partir de suas queixas de falha na memória. Antes de iniciarmos as atividades da Oficina da Memória eles serão submetidos a uma avaliação com: Anamnese; Mini-Mental; Span de palavras da bateria Cerad; CERAD e finalmente a Escala de Depressão de Hamilton. Ouviremos as expectativas deles com relação ao projeto. E, que temas eles gostariam que fossem abordados nos encontros. Explicaremos que em todas nossas reuniões será vivenciada uma dinâmica de grupo. Em seguida será feita uma apresentação com os temas previamente sugeridos. E, serão realizadas atividades que estimulam a memória. Será finalizada com uma avaliação feita pelos participantes.
- **2º Encontro:** - dinâmica de grupo – Conhecendo os participantes: turma dividida em cinco grupo com três pessoas e, após cinco minutos eles irão fazer a apresentação do colega. – Apresentação Projeto L.E.M.B.R.A. Avaliação.

PROJETO L.E.M.B.R.A
Uma oficina para estimular a memória

- **3º Encontro:** - dinâmica de grupo: Caixa de Surpresas (Fritzen, 2008 p. 11).

Tema abordado: a Importância e Benefícios da Caminhada . Avaliação.

Benefícios da caminhada para o corpo e a mente

- **Ela controla a pressão, diabetes, protege contra demência e ainda emagrece.**

- **4º Encontro:** - dinâmica de grupo: Jogo do Embrulho (Fritzen, 2008 p. 35/36).
Tema: Respiração e sua Relevância para Memória). Avaliação.



- **5º Encontro:** - dinâmica de grupo: Advinhar o número (Fritzen, 2008 p. 83).

Tema: Alimentos que Estimulam o Cérebro. Avaliação.



- **6º Encontro:** - dinâmica de grupo: O segredo do bilhete (Fritzen, 2008 p. 78/79).

Tema: treino e jogo de Xadrex.- com uma especialista. Avaliação.

- **7º Encontro:** - dinâmica de grupo: Letras Vivas (Fritzen, 2008 p. 56/57). Tema:

treino e jogo de Xadrex – com uma especialista. Avaliação.

- **8º Encontro:** - dinâmica de grupo: O melhor observador (Fritzen, 2008 p. 24/25).

Tema: treino e jogo de Xadrex – acompanhado pela especialista. Avaliação.



https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ7GYjT7WBFUPPnmaAdRmz_7e_-w5UFPIpYXzKPaWvi-LOjG_k4CQ.

- **9º Encontro:** - dinâmica de grupo: O jogo da verdade (Fritzen, 2008 p. 20). Tema: Exercícios para memória (Gediman e Crinella ,2008, p. 41/42; Alvarez , 2009, p. 106 a 110; Melo & Leite, 2013 p.8/12-49/54). Avaliação
- **10º Encontro:** - dinâmica de grupo: Quebrar o pote (Fritzen, 2008 p. 11). Tema: Reforço dos assuntos abordados: sua relevância na manutenção/preservação da memória. Avaliação do projeto e um lanche coletivo.

▪ **O Por quê da Estimulação para a Memória?**

A memória exerce importante influência sobre a autonomia e independência na vida cotidiana. Considerando que 50% dos idosos apresentam queixas frequentes de memória elaborou-se uma proposta de oficina para treinamento de memória que possibilitasse a divulgação e o reforço de estratégias voltadas à manutenção ou melhora no desempenho da memória de idosos como estratégia para a promoção da saúde dessa população. (Almeida, M. H..M., Berger, M. L. M. & Watanabe, W. A. H., 2007).

O envelhecimento bem-sucedido depende basicamente da adoção de três comportamentos: evitar doenças incapacitantes e fatores de risco relacionados; manter alto nível de capacidade física e mental; e buscar o engajamento com a vida.

Muitos estudos indicam que intervenções complexas envolvendo técnicas de memorização, relaxamento e atenção, podem gerar efeitos positivos e duradouros em idosos, especialmente quando empregadas em grupo.

Uma excelente oportunidade para o resgate e desenvolvimento de potencialidades presentes durante toda a vida, é a participação em grupos educativos e terapêuticos.

Segundo Alvarez, A., 2009; Gediman, C. e Crinella, F., 2008; Gil, G. e Busse, A. 2013; e Lear, M. 2008, os exercícios cerebrais feitos de maneira rotineira e com planejamento das atividades diárias apresentam efeitos muito positivos sobre a memória. Semelhante ao que ocorre com exercícios musculares realizados para se manter a forma física, a atividade cerebral também deve ser realizada com frequência, sempre procurando estimular nossos principais sentidos: olfato, paladar, tato, visão e audição, bem como nossa memória e inteligência.

RESULTADO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, uma realidade brasileira que devido a esse aumento na expectativa de vida e longevidade, as pessoas vêm enfrentando novos desafios. Neste estudo, salientam-se as questões dos distúrbios da memória, que vêm sendo apontados pelos pacientes. Esses esquecimentos podem ser provocados pelo estresse, ansiedade, depressão e até pelas demências. Portanto, é muito importante a investigação e elaboração de um diagnóstico preciso para oferecer ao paciente a orientação e tratamento adequado. Então, a partir dessa demanda optou-se em elaborar uma intervenção (Projeto L.E.M.B.R.A. = Lendo Estimulo a Memória, Brincando Recordo e Assimilo) para estimular a memória desses pacientes, como forma de reduzir suas perdas cognitivas. Espera-se encontrar um grupo coeso, motivado e integrado de forma que participem de todas as atividades desenvolvidas e propostas, pelas mediadoras (Psicóloga e Terapeuta Ocupacional) buscando construir novas estratégias, como forma de superar seus “lapsos” de memória. No final da intervenção, todos os participantes serão reavaliados, com os mesmos instrumentos visando validar a eficácia da Oficina da Memória como recurso para estimular a memória do paciente idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando, podemos afirmar que o envelhecimento populacional é um acontecimento mundial e que vem sendo ratificado também no Brasil.

Esse aumento da longevidade poderá estar associado a alterações cognitivas, pois o processo de envelhecimento é multifatorial e varia de indivíduo para indivíduo. Então, vários são os desafios atuais. E, é relevante que os profissionais da área de saúde, estejam qualificados e treinados para atuar principalmente na prevenção da saúde desse paciente.

Todos esses estudos vêm sendo importantes na história do desenvolvimento humano com a finalidade de buscar novas possibilidades de tratamento mas é, principalmente, em criar intervenções e programas preventivos que objetivem melhorar o envelhecimento de maneira mais equilibrada e saudável.

A detecção precoce de alterações cognitivas é fator relevante e pode-se dizer que consiste num dos grandes desafios atuais do governo brasileiro.

Essas intervenções mostram que podem contribuir positivamente, pois além de estimular a memória, socializam, integram e emancipam esses idosos tornando-os mais ativos, autônomos, produtivos e com Qualidade de Vida.

Portanto, com este estudo buscou-se mostrar a relevância da estimulação cognitiva, de forma continuada, visando minimizar as perdas de memória. Porém, é necessário mais pesquisas e estudos visando comprovar os ganhos resultantes dessa intervenção e nas Oficinas da Memória.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. – **Deu Branco: um guia para desenvolver o potencial de sua memória.** 10ª Ed. – Rio de Janeiro: Record, 2009.
- COSENZA, R. M.; CAMARGO, C. H. P.; DINIZ, L. F. M.; FUENTES, D. E
Colbs. **Neuropsicologia: teoria e prática.** Porto Alegre : Artmed, 2014.
- COSENZA, R. M.; CAMARGO, C. H. P.; DINIZ, L. F. M.; FUENTES, D. E
Colbs. **Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional.** Porto Alegre : Artmed, 2013.
- COSTA, M. R. N.. **Manual para normatização de trabalhos acadêmicos:**
Monografias, dissertação e teses. Recife: INSAF, 9ª edição, 2009.
- DSM-V - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos**5 - [American Psychiatric Association, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - . e . Porto Alegre: Artmed, 2014.
- FREITAS, V. E. et al. (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** - 3.ed.- [Reimp.]. - Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S. A., 2013.
- FRITZEN, S. J. – Jogos dirigidos: para grupos, recreação e aulas de Educação Física – 33 Ed. - Petrópolis, Vozes, 2008.
- GEDIMAN, L.C. & CRINELLA, M. F., Ph D – **Deixe seu Cérebro em Forma** – Rio de Janeiro: Sextante, 2008.
- GIL, G. & BUSSE, A. L. – **Ensinar a Lembrar** – São Paulo: Casa Leitura Médica, 2013.
- IZQUIERDO, I. **Memória** – 2. Ed., rev. E ampl. – Porto Alegre: Artmed, 2011.
- KANDEL, ERIC R. – **Em busca da memória: o nascimento de uma nova ciência da mente.** – São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- LEAR, M. W. – **Onde deixei meus óculos?** – Rio de Janeiro: Sextante, 2008.
- NETTO, M. (org.) – **Tratado de Gerontologia** – 2.ed. , ver. Ampl. – São Paulo: Ed. Atheneu, 2007.
- LEITE, K. A. & MELO, M. A.. P. **Exercícios para Estimulação Cognitiva: o cotidiano em evidência** – 2ª Ed. Recife, Autoras, 2013.

PAPALIA, E. D & FELDMAN, D. R.. **Desenvolvimento humano.** – 12. Ed. - Porto Alegre: AMGH, 2013.

SANTOS, F., ANDRADE, V. & BUENO, O. orgs. – **Neuropsicologia Hoje** – 2. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2015.

ALMEIDA, M. H. M.....{et. Al} – **Oficina de Memória para Idoso: estratégica para promoção de saúde.** – Interface – comunic, Saúde, Educ, v. 11, n. 22, p. 271-80, mai/ago 2007.

SANTOS, W. G. – **Estímulo de Memória em Idosos: Revisão Integrativa da Literatura** – Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2014.

SANTOS, H. F., Andrade, M. V. & Bueno, A. F. O. – **Envelhecimento: Um Processo Multifatorial** – Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan/mar. 2009.

Envelhecer no Século XXI. Revista Veja – Ed. 2470 – ano 49 – nº 12
23.03.2016.

www.citador.pt

<http://melhordamidia.blogspot.com/>, 17.01.2016.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf 08.05.2016.

<https://cienciadocerebro.wordpress.com/>, 12.10.2015.

<http://www.hospitalalemao.org.br/>, 17.01.2016.

<http://4.bp.blogspot.com/>- 03.04.2016.

www.medicinageriatrica.com.br 17.01.2016.

<http://www.vidadequalidade.org/dicas-para-envelhecer-de-forma-saudavel/>,
17.01.2016.

Anexos:

xa.yimg.com/kq/groups/17470070/64333810/.../Bateria+CERAD.p 16.04.2016.

gabinetedepsicanalise.blogspot.com/.../anexo-1-escala-de-avaliacao-para...

https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ7GYjT7WBFUPPnmaAdRmz_7e_w5UFPIpYXzKPaWvi-LOjG_k4CQ

ANEXOS

ANAMNESE
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

01- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:	
Data de Nascimento:	Idade:
Religião:	
Curso: Centro:	Período:
Matrícula:	Protocolo:
Contato:	
Encaminhado por:	
ENCAMINHAMENTO:	
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:	

02- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS:

Nome Pai:	Idade:
Profissão:	Empresa:
Grau de instrução:	
Nome Mãe:	Idade:
Profissão:	Empresa:
Grau de instrução:	
Endereço:	
Telefone:	E-mail
Estado civil:	

03- QUEIXA PRINCIPAL:

--

04- EVOLUÇÃO DA QUEIXA:

-Início da queixa:	_____
_____	_____
- Súbita ou progressiva:	_____
_____	_____
- Quais as mudanças que ocorreram/ o que afetou:	_____
_____	_____
_____	_____
- Sintomas:	_____
_____	_____
_____	_____

MINI-MENTAL¹

(FOLSTEIN, FOLSTEIN & MCHUGH, 1975)

Orientação

- | | |
|----------------------------------------------------------|--------|
| 1) Dia da Semana (1 ponto) | () |
| 2) Dia do Mês (1 ponto) | () |
| 3) Mês (1 ponto) | () |
| 4) Ano (1 ponto) | () |
| 5) Hora aproximada (1 ponto) | () |
| 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto) | () |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) | () |
| 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto) | () |
| 9) Cidade (1 ponto) | () |
| 10) Estado (1 ponto) | () |

Memória Imediata

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Atenção e Cálculo

- (100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65)
(1 ponto para cada cálculo correto) ()

Evocação

- Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra) ()

Linguagem

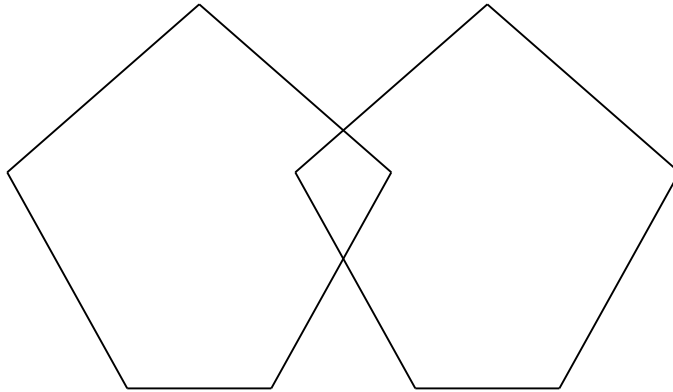
- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) | () |
| 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) | () |
| 3) Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” (3 pontos) | () |
| 4) Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto) | () |
| 5) Escrever uma frase (1 ponto) | () |
| 6) Copiar um desenho (1 ponto) | () |

¹ INTERPRETAÇÃO DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)

Pontuação	Escolaridade
Diagnóstico	
< 24	Altamente escolarizado
Possível demência	
< 18	Ginásio
Possível demência	
< 14	Analfabeto
Possível demência	

ESCREVA UMA FRASE

COPIE O DESENHO



()

Escore: (/ 30)

Paciente: _____²Idade: _____

Data de Avaliação: _____

LISTA DE PALAVRAS DO CERAD
 xa.yimg.com/kq/groups/17470070/64333810/.../Bateria+CERAD.p 16.04.2016.

Este teste depende exclusivamente da *atenção e da audição*.

O examinador fará a leitura de *10 palavras não relacionadas*, solicitando que o paciente repita uma a uma em voz alta (em caso de boa escolaridade, o paciente pode fazer a leitura das palavras em voz alta e de forma lenta). Ao final, o examinador solicita que o paciente repita as 10 palavras ditas ou lidas em tempo cronometrado de *90 segundos*, em qualquer ordem. O mesmo procedimento é repetido mais 2 vezes com as mesmas palavras, porém em ordens diferentes.

Após as *três etapas*, o examinador apresenta uma outra lista de palavras (lista distratora). Passados um tempo de 5 minutos, é feita a evocação da lista de palavras original por um período máximo de 90 segundos.

Na maioria dos casos, observa-se *aprendizado entre a primeira e a terceira tentativa*. Na evocação após 5 minutos, o paciente sem alteração cognitiva, normalmente lembra de pelo menos *3 a 4 palavras*.

Span de Palavras

Ordem lida	Ordem respondida
HOMEM	
CARRO	
FLOR	
LIVRO	
CASA	
PANELA	
RUA	
JARDIM	
CADEIRA	
ESTRELA	
TOTAL	

Guia da Entrevista Estruturada para Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale (Sigh-D)

Entrevistador:

A primeira questão para cada item deve ser feita exatamente como está escrita. Frequentemente essa pergunta irá extrair informações sobre a gravidade e a frequência de um sintoma, suficientes para se avaliar o item com segurança. Questões adicionais são fornecidas, todavia, caso seja necessário maior exploração ou clarificação de um sintoma. As questões especificadas devem ser usadas até haver informação suficiente para se avaliar o item com segurança. Em alguns casos, você pode ter de adicionar suas próprias perguntas para obter as informações necessárias.

Notas:

Período de tempo:

Embora as perguntas indiquem que as avaliações devem se basear nas condições do paciente na última semana, alguns investigadores podem desejar, como uma medida de mudança, basear suas avaliações nos últimos dois ou três dias; desse modo, as perguntas devem ser precedidas por "Nos últimos dois dias...".

Item perda de peso:

Recomenda-se que este item seja avaliado positivamente sempre que o paciente tenha perdido peso em relação ao seu peso habitual (i.e., antes do episódio depressivo atual), a não ser que ele tenha começado a readquirir o peso perdido. No entanto, uma vez que o paciente comece a ganhar peso, mesmo que ainda esteja abaixo de seu peso habitual, ele não deve ser avaliado positivamente nesse item.

Referente ao funcionamento habitual:

Muitas das perguntas da entrevista referem-se ao funcionamento habitual do paciente. Em alguns casos quando, por exemplo, o paciente apresenta distímia ou transtorno afetivo sazonal, o referencial deve ser a última vez em que esteve bem (ou seja, nem deprimido, nem eufórico) por pelo menos algumas semanas.

Guia da entrevista estruturada para a escala de avaliação de depressão de Hamilton

Nome do paciente: _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

Introdução:

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido desde a última (dia da semana)? Se paciente ambulatorial: Você tem trabalhado? Se não: Especifique por que não?

1. Como tem estado seu humor na última semana?

Você tem se sentido para baixo ou deprimido?

Triste? Sem esperança?

Na última semana, com que frequência você se sentiu (utilize a palavra referida pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro?

Você tem chorado?

Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0- ausente

1- sentimentos relatados somente se perguntados

2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro

4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal

Se pontuou de 1 a 4, pergunte: **Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?**

2. Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas?

SE SIM: quais foram esses pensamentos?

Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez?

Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão?

Você sente que está sendo punido ficando doente?

Sentimentos de culpa:

0- ausente

1- auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas

2- idéias de culpa ou rumações de erros ou ações pecaminosas (más) no passado

3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa

4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. Nessa última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? ou pensamentos de se machucar ou até de se matar?

SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

Suicídio:

0- ausente

1- acha que não vale a pena viver

2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si

3- idéias ou atitudes suicidas

4- tentativas de suicídio

4. Como tem sido seu sono na última semana?

Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir?

Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

Insônia inicial:

0- sem dificuldades para iniciar o sono

1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora

2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites

5. Durante essa última semana, você tem acordado no meio da noite?

SE SIM: você sai da cama? o que você faz? (somente vai ao banheiro?)

Quando volta para a cama, você volta a dormir logo?

Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

Insônia intermediária:

0- sem dificuldade

1- queixa de agitação e perturbação durante a noite

2- acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)

6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana?

Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acordava (ou seja, antes de ficar deprimido)?

Insônia tardia:

0- sem dificuldade

1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir

2- não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite

7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)?

Você se sente interessado em fazer (essas atividades) ou você tem de se forçar?

Você parou de fazer atividades que costumava fazer? SE SIM: Por quê?

Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente?

(no seguimento): Seu interesse voltou ao normal?

Trabalho e atividades:

0- sem dificuldades

1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos

2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades)

3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em atividades (trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria

4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria, ou se não consegue realizá-las sem ajuda

8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

Retardo (lentificação do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora):

0 pensamentos e fala normais

1 lentificação discreta à entrevista

2 lentificação óbvia durante à entrevista

3 entrevista difícil

4 estupor completo

9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

Agitação:

0 nenhuma

1 inquietação

2 mexe as mãos, cabelos etc.

3 movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista

4 retorçe as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana?

Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes com as quais normalmente não se preocuparia? SE SIM: Como com o quê, por exemplo?

Ansiedade psíquica:

0 sem dificuldade

1 tensão e irritabilidade subjetivas

2 preocupa-se com trivialidades

3 atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala

4 paciente expressa medo sem ser perguntado

11. Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos?

Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta.

O quanto esses sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos foram? Quanto tempo ou com que frequência os teve?

Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

Ansiedade - somática:

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, como:

GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreias, cólicas, eructações

CV: palpitação, cefaléias

Respiratórios: hiperventilação, suspiros

Ter de urinar frequentemente

Sudorese

0 ausente

1 duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados

2 leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes

3 moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal

4 grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12. Como tem estado seu apetite nesta última semana? (Como se compara ao seu apetite habitual?)

Você tem tido que se força a comer?

As outras pessoas têm insistir para você comer?

Sintomas gastrointestinais – somáticos:

0 nenhum

1 perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência

2 dificuldade para comer se não insistirem

13. Como tem estado sua "energia" nesta última semana?

Você se sente cansado o tempo todo?

Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular?

Nesta última semana, você tem sentido um peso nos membros, nas costas ou na cabeça?

Sintomas somáticos gerais:

0 nenhum

1 peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos. Perda de energia e fadigabilidade

2 qualquer sintoma bem caracterizado e nítido

14. Como tem estado seu interesse por sexo nesta semana? (não estou lhe perguntando sobre seu desempenho, mas sobre seu interesse por sexo- o quanto você tem pensado nisso?)

Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)?

Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não: isso é pouco habitual para você?

Sintomas Genitais – (como perda de libido, distúrbios menstruais):

0 ausentes

1 leves ou infreqüentes: perda de libido, desempenho sexual prejudicado

2 óbvio e graves: perda completa do interesse sexual

15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual)

Você se queixa muito de sintomas físicos?

Você tem-se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho?

SE SIM: Como o quê, por exemplo? Com que frequência isso tem ocorrido?

Hipocondria:

0 ausente

1 auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2 preocupação com a saúde

3 queixas freqüentes, pedidos de ajuda etc.

4 delírios hipocondríacos

16. Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? SE SIM: Quanto?

SE INCERTO: Você acha que suas roupas estão mais folgadas?

No Seguimento: Você voltou a ganhar peso?

Perda de Peso (desde o início da doença ou da última avaliação)

0 sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual

1 perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo

2 perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17. Avaliação baseada na observação

Crítica (Conseqüência da doença):

0 reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento

1 reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso etc.

2 nega estar doente

Escore total HAM-D – 17 itens

18. Nesta última semana você se sentiu melhor ou pior em algum período específico do dia – manhã ou noite?

SE VARIAÇÃO: Quanto pior você se sente (de MANHÃ OU de NOITE)?

SE INDECISO: Um pouco pior ou muito pior?

Variação Diurna:

A. Anote se os sintomas são piores de manhã ou à noite. SE NÃO HOUVER variação diurna, marque nenhuma:

Sem variação ou não deprimido no momento

pior pela manhã

pior a tarde/à noite

B. Quando presente, anote a gravidade da variação:

0 nenhuma

1 leve

2 grave

Nota: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18 B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. Na última semana você teve subitamente a sensação de que tudo é irreal, ou que você está em um sonho, ou separado do contato com as outras pessoas de uma maneira estranha?

Alguma sensação de flutuação?

SE SIM: Quão ruim isso tem sido? Quantas vezes isso aconteceu nesta ; última semana?

Despersonalização e Desrealização (como sensação de irrealidade a idéias niilistas)

0- ausentes

1 leves

2 moderadas

3 graves

4 incapacitantes

20. Na última semana você sentiu que alguém tentou o prejudicar ou machucar?

SE NÃO: e sobre alguém falando de você pelas costas?

SE SIM: fale mais sobre isso

Sintomas Paranóides:

0 nenhum

1 desconfiado

2 idéias de referência

3 delírios de referência e perseguição

21. Na última semana, você teve fazer alguma coisa várias vezes? Houve algo que você teve de fazer e refazer várias vezes, como checar se as portas estavam fechadas?

SE SIM: você pode me dar um exemplo?

Você teve algum pensamento que não faz sentido para você, mas que fica voltando à sua cabeça sempre sem parar?

SE SIM: você pode me dar um exemplo?

Sintomas Obsessivos e Compulsivos:

0 nenhum

1 leves

2 graves

Escore total HAM-D – 21 itens

22. Retornando ao seu padrão de sono, você tem ido se deitar e adormecido mais cedo que o habitual?

Pelo menos uma hora mais cedo?

Em quantas noites nesta semana isso aconteceu?

Hipersônia – Adormecer Precoce:

0 não

1 leve, infreqüente – menos do que uma hora

2 óbvia, definida – mais que 60 minutos mais cedo, todas as noites

23. Você tem dormido em excesso, ficando na cama além de sua hora habitual de levantar? Por quantas horas? Quantas vezes isso aconteceu na última semana?

Hipersônia – dormir mais que o habitual:

0 não

1 leve, infreqüente – menos do que uma hora

2 óbvia/ definida – dorme em excesso por mais do que uma hora, na maioria dos dias

24. Você tem dormido durante o dia? Seu cochilo dura mais do que 30 minutos? Em quantos dias desta semana você dormiu durante o dia?

Hipersônia – Cochilos:

0 ausentes

1 leve, infreqüente – cochilos duram menos do que 30 minutos, ou relata sonolência diurna excessiva

2 óbvia/ definida – sonecas duram mais do que 30 minutos na maioria dos dias

25. Retornando ao seu apetite, você tem notado que tem desejado comer mais do que o habitual nesta última semana?

Você teve fissura por comida?

Você tem aumentado significativamente a quantidade do que come?

Aumento de Apetite (Mudança no apetite caracterizada por aumento na quantidade de comida ingerida, ou fissura excessiva):

0 ausente

1 mínimo – aumento leve de apetite; fissura por comida

2 definido – aumento acentuado de ingestão de comida, ou fissura

26. Você ganhou peso durante a última semana?

Você ganhou 1 kg ou mais nesta semana?

2,5 kg nas duas últimas semanas?

Ganho de peso:

0 ausente

1 duvidoso/mínimo – menos do que 0,5 kg

2 óbvio – ganho de peso de 0,5 kg ou mais

27. Observações e relato:

Você tem dificuldade de começar tarefas ou de fazer coisas que você fazia habitualmente no curso do dia? E fazer esta entrevista?

Retardo Psíquico: (Lentificação na fala e no processo de pensamento: descreve inibição da vontade ou sensação de que os processos de pensamento estão paralisados. Avalie com base na observação e na autodescrição, mas diferencie de um real retardo motor.)

0- ausente

1- leve; discreto retardo na fala e no processo de pensamento

2 moderado – demora para responder às questões, descreve inibição de volição

3 grave – retardo na fala e no processo de pensamento suficiente para prolongar significativamente a entrevista

4 extremo (1/2)/ excessivo; quase em mutismo, minimamente responsivo

28. Retardo de movimento e de expressão afetiva. Avalie com base na observação e na autodescrição, mas diferencie de retardo de pensamento ou de fala.

Retardo Motor:

0 ausente

1 leve – discreto achatamento do afeto, expressão fixa

2 moderado – voz monótona e diminuição de movimentos espontâneos

3 grave – óbvio retardo de movimento, marcha; afeto embotado

4 extremo – em estupor; retardo motor acentuado observado na marcha e na postura

29. Na última semana você se sentiu desamparado para fazer coisas que você faz habitualmente, incapaz de completar suas tarefas, incluindo vestir-se, comer, arrumar-se? Você precisou de ajuda para alguma dessas coisas?

Desamparo:

0 ausente

1 sentimentos subjetivos extraídos apenas pela entrevista

2 paciente relata espontaneamente sentimentos de desamparo

3 necessita de insistência, orientação e reassuramento para completar tarefas

4 requer assistência para se vestir, comer, ou realizar higiene pessoal

30. Durante a última semana, você tem tido esperança de que vai melhorar? Você está se sentindo desencorajado, em desespero, pessimista quanto ao futuro?

Desesperança:

0 ausente

1 dúvida intermitentemente de que "as coisas irão melhorar", mas pode ser reassurado

2 consistentemente se sente desesperançado, mas aceita reassuramentos

3 expressa sentimentos de desencorajamento, desespero, pessimismo quanto ao futuro, que não podem ser desfeitos

4 espontânea e inapropriadamente persevera "nunca VOU melhorar" ou equivalente

31. Durante a última semana, você se sentiu como se fosse inútil, ruim ou inferior? Você já teve sentimentos ruins sobre você mais fortes que isso?

Baixa AUTO-estima:

0 ausente

1 indica sentimentos de inutilidade (perda da auto-estima) apenas quando perguntado

2 paciente indica espontaneamente sentimentos de inutilidade

3 diferente de (2) acima por grau: paciente relata espontaneamente que é "ruim", "inferior"

4 delírios de inutilidade

Adaptado de Williams (1988)