

MEMO

BOLETIM CIENTÍFICO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NEUROPSIQUIATRIA GERIÁTRICA - Ano: 0 - Número: 1

NEUROPSIQUIATRIA GERIÁTRICA: DEMANDA DE UMA POPULAÇÃO QUE ENVELHECE

Disso podemos ter certeza, que a ciência, obedecendo à lei da humanidade, sempre trabalhará para estender as fronteiras da vida."

Louis Pasteur, ao inaugurar o Instituto Pasteur, em Paris, em 1888

Muitos foram os avanços da Ciência Médica. Poderíamos enumerar pequenas e grandes descobertas que representaram finalmente um grande salto para a humanidade: foi possível a uma maior parcela da população envelhecer. Contudo, a complexidade do ser humano levou a uma Medicina de especialidades e sub-especialidades.

Se uma das marcas da evolução da Medicina do século que finda foi o reconhecimento das necessidades e demandas da infância, na agenda do século que se aproxima tentaremos entender melhor os velhos e sua heterogeneidade. Se hoje sabemos reconhecer a atuação de um psiquiatra ou neurologista, muitos ainda desconhecem o que faz um geriatra.

De fato, não é tão simples explicar:

- os limites que designam a velhice permanecem obscuros: afinal, nós temos a idade das nossas artérias, do nosso cérebro, da nossa moral, do nosso espírito ou a que aparece na carteira de identidade?

- outra dificuldade é definir de que Geriatria falamos: os anos aumentados à expectativa de vida, o alívio trazido para algumas doenças, não necessariamente transformaram a apreensão negativa da experiência corporal da velhice. Transfere-se à Ciência a esperança de conseguirmos retardar o processo de envelhecimento, quiçá revertê-lo. Embora o sonho da "eterna juventude" seja antigo na humanidade, a Geriatria da qual falamos não promete rejuvenescimento nem milagres vitamínicos. Não reconhecemos a velhice como castigo ou doença, mas como fase natural do desenvolvimento humano.

Infelizmente, na população geriátrica, a comorbidade é a regra e a monoterapia, exceção. Da Medicina Geriátrica espera-se uma abordagem global dos cuidados para com uma pessoa e uma população idosas, a pesquisa incessante de fatores reversíveis de doenças e a busca diária da independência funcional. Tudo isso porque o objetivo último da Geriatria não é o de prolongar a vida, mas sim o de melhorar sua qualidade.

O aumento da expectativa de vida é uma realidade irreversível. Pode-se prever num futuro muito próximo, um impacto ainda maior dos transtornos neuropsiquiátricos na população idosa. Dentre eles, ressaltamos os quadros demenciais, as doenças cerebrovasculares, a depressão e o delírium.

Além disso, acentua-se, a cada calendário percorrido, a vulnerabilidade cerebral aos

desmandos da pressão elevada, aos erros metabólicos e aos traumas, nesses tempos de pressa. Isto se traduz numa multiplicidade de quadros neuropsiquiátricos. Convidado ou não o mistério diagnóstico está sempre presente no paciente idoso e corre o risco de ser mal elucidado por examinadores desavisados. Urge alcançarmos uma linguagem e objetivos comuns. No Brasil, admitindo-se que cerca de 10% da população com 65 anos ou mais de idade apresentem transtornos cognitivos importantes, temos hoje um universo de dementes que beira o milhão. Dentro de 25 anos, este número tende a superar a casa dos 3,5 milhões. Seria esta uma doença neurológica, psiquiátrica ou geriátrica? A dúvida não parece pertinente: os idosos dementes transpõem toda e qualquer tentativa de classificação artificial de suas necessidades.

Se hoje reconhecemos as limitações terapêuticas das lesões cerebrovasculares, onde, talvez, a intervenção do neurologista restrinja-se ao que é possível fazer; por outro lado, condições também desastrosas para a qualidade de vida do idoso como, a depressão, apresentam melhor potencial terapêutico. Seria este o momento de se valer de um psiquiatra, considerando os transtornos do humor como matéria exclusiva destes? Eventuais alterações hemodinâmicas seriam território clínico proibido aos especialistas citados?

A necessidade de se congregarem os principais profissionais envolvidos com a temática neuropsiquiátrica do idoso, sem nenhuma intenção de competir ou segregar, moveu-nos a definir um fórum para constantes debates e trocas de experiência. Pretendemos trabalhar em consonância com as entidades científicas representativas das respectivas especialidades (Academia Brasileira de Neurologia; Associação Brasileira de Psiquiatria; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia). Juntos, se não fisicamente mas em termos de atitude e objetivos comuns, poderemos oferecer muito mais a este paciente e a seus familiares. Nem sempre a cura, mas certamente uma melhor qualidade de vida.

Este é o objetivo maior da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Geriátrica, que convida para dela participar: neurologistas, psiquiatras, geriatras e psicólogos, respeitando a formação de especialista de cada um. Temos muito a ensinar, todos temos o que aprender.

"O QUE FAZER DIANTE DO PACIENTE IDOSO QUE CHEGA AO CONSULTÓRIO QUEIXANDO-SE DE FALTA DE MEMÓRIA?"

VISÃO DO NEUROLOGISTA

Variadas são as alterações neurológicas produzidas pelo envelhecimento, indo da diminuição da sensibilidade periférica até a alteração em determinadas funções cognitivas. Estes grupos são alvo de particular interesse, tendo em vista a questão: o declínio cognitivo é uma consequência inevitável do envelhecimento? Em caso positivo, até onde ele pode chegar? O interesse não é meramente teórico: a resposta à primeira pergunta poderia auxiliar no planejamento dos serviços de saúde e suporte às populações idosas, e à segunda resolveria o grande problema da prática clínica que é a diferenciação entre o declínio cognitivo do envelhecimento e o quadro inicial das demências. Infelizmente essas respostas não são claras, porque, quando falamos de população idosa, estamos na realidade, falando de diferentes grupos de pessoas. A queixa cognitiva mais frequente entre os idosos é, de longe, a dificuldade de memória - mais da metade destes indivíduos queixam-se de dificuldade em lembrar nomes, onde colocaram objetos, números de telefones e palavras (Bola & cols, 1991), mas, objetivamente, é a dificuldade de memória tão prevalente assim? Depende da população estudada: se são excluídas pessoas com hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo e qualquer outra patologia potencialmente danosa ao sistema nervoso central, a comparação entre "velhos jovens" (60 a 70 anos) e "velhos velhos" (80 anos ou mais) não mostra diferenças de desempenho em testes objetivos de memória (Hwieson & cols, 1993), o que é muito animador, porque sugere que a simples atrição biológica do processo de envelhecimento, um processo sobre o qual pouco podemos intervir, tem pouco efeito sobre a cognição e em particular a memória. Infelizmente indivíduos tão saudáveis são uma minoria, em torno de 75% dos idosos apresentam pelo menos uma patologia que pode levar a dano do sistema nervoso central (SNC) (Craik & cols, 1987). Aqui começamos a entrar no terreno das possíveis causas de dificuldade de memória em idosos, que são numerosas, e muito frequentes.

O declínio da memória com o envelhecimento não é uniforme: isto é, não afeta todas as áreas da memória da mesma maneira. Assim, de um modo geral, testes de memória de curto prazo, como o span para dígitos, mostram pouco ou nenhum declínio, bem como a avaliação de conhecimentos estáveis, e testes de informações e vocabulário. Por outro lado testes como listas de palavras ou aprendizado de novas informações indicam dificuldade, em comparação com populações mais jovens.

Diante do idoso com queixa de memória é necessário estabelecer alguns aspectos fundamentais:

- se a perda de memória tem um correlato objetivo, isto é, se a queixa é respaldada por mau desempenho em testes;
- em caso de alteração em testes, se os déficits observados dizem respeito exclusivamente à memória, ou se há evidência de acometimento de outras áreas da cognição.

É óbvio que estes aspectos só podem ser esclarecidos através da testagem neuropsicológica, imprescindível em se tratando de dificuldade de memória. Os métodos de testagem são bastante numerosos, e não nos deteremos sobre este tópico aqui. Mais importante que os testes em si, é a maneira como a bateria está estruturada, de modo a cobrir adequadamente as diferentes áreas da cognição, e a competência do profissional que aplica os testes em manejar o material do exame.

Após uma avaliação deste tipo podemos estar frente a três possibilidades:

- os testes estão dentro do esperado para aquele indivíduo em particular, indicando que a queixa de dificuldade de memória não tem respaldo objetivo;
- os testes indicam déficit exclusivamente de memória, sem acometimento de outras áreas da cognição;
- os testes indicam acometimento da memória e outras áreas da cognição, ainda que a queixa seja exclusivamente da memória.

A primeira situação torna menos provável, mas não exclui, acometimento do SNC. Deve ser lembrado que, com frequência, a doença de Alzheimer inicia com queixas subjetivas de memória (Reisberg & cols, 1982). Por outro lado, uma queixa sem correspondência objetiva, pode indicar percepção mais aguçada de lapsos de memória. Esta situação abre uma série de possibilidades: está ocorrendo alguma vivência passível de induzir depressão (p.ex. aposentadoria recente ou perda de cônjuge)? Ao contrário, houve mudança de atividade que implicou em aumento na demanda intelectual? Estão sendo utilizadas medicações que podem potencialmente interferir com a atenção e a memória, como diazépínicos ou neuropléticos? Existe evidência de alterações gerais de saúde que podem diminuir a atenção? Este grupo de pacientes requer cuidadosa pesquisa particularmente em relação à possibilidade de depressão e, se necessário, deve ser feito teste terapêutico com antidepressivo. Deve ser lembrado que a gravidade da depressão não apresenta paralelismo com as queixas de memória (Cavanaugh & Wettstein, 1983), e portanto a sintomatologia depressiva pode ser muito pobre, e que melhora com antidepressivo não exclui demência - pode haver melhora inicial, tanto objetiva como subjetiva, apenas para ocorrer nova deterioração, desta vez claramente com padrão demencial, após alguns meses. Ainda nesta categoria pode ser colocado um grupo particularmente difícil do ponto de vista de diagnóstico, o de pacientes de nível intelectual muito elevado e que apresentam desempenho objetivo dentro de padrões normais. É claro que o desempenho normal, pode, não significar que não esteja ocorrendo declínio cognitivo, mas apenas que este ainda não é suficiente para detecção pelos procedimentos habituais. Evidentemente estes pacientes deverão ser reavaliados periodicamente, para excluir tal declínio.

O segundo grupo, com perda exclusiva da memória, admite duas possibilidades principais: a perda de memória associada ao envelhecimento (Kral, 1962; Crook & cols, 1986) e quadro inicial de demência. Como não é propósito deste artigo o interessante assunto da perda de memória associada ao envelhecimento, lembraremos apenas que alguns aspectos da testagem, como a dificuldade em aproveitar pistas para melhorar o desempenho, devem sugerir a possibilidade de demência. Este grupo de pacientes requer a investigação complementar sugerida para o diagnóstico das demências.

No terceiro grupo a possibilidade de demência é muito maior, mas não deve ser um diagnóstico automático. Um importante diagnóstico diferencial é em relação à depressão, onde podem ocorrer alterações não apenas quanto à memória, em geral as mais importantes, mas também à orientação, atenção, percepção visuo-espacial e latência de respostas. Embora o diagnóstico por imagem e a tomografia por emissão de fóton único (SPECT) possam ser úteis, na fase inicial da demência, o padrão destes exames pode ser semelhante nas duas situações. Novamente, como na suspeita de depressão do primeiro grupo, um teste terapêutico pode ser útil.

Em conclusão, o grupo de pacientes idosos com queixa de dificuldade de memória é heterogêneo, requer avaliação objetiva da cognição, e a partir de sintomas e déficits associados, devem ser formuladas diferentes estratégias de investigação. Não raramente um diagnóstico inicial não é claro, e apenas a avaliação seriada poderá indicar uma possível etiologia.

*Paulo Henrique Ferreira Bertolucci
Setor de Neurologia do Comportamento
Escola Paulista de Medicina
Universidade Federal de São Paulo*

VISÃO DO PSIQUIATRA

Há várias coisas a fazer. De forma bastante resumida:

1. **Certifique-se de que há de fato um problema de memória.** Peça exemplos de coisas ou situações que o paciente tenha dificuldades em lembrar, verifique se as dificuldades limitam-se ao aprendizado de novas informações ou se englobam também dificuldades para eventos passados. Quando você já tiver obtido todas as informações descrevendo as dificuldades de memória, passe, então, a averiguar se outras habilidades cognitivas (linguagem, práxis, capacidade de abstração, cálculo, habilidades visuo-espaciais, etc.) apresentam algum sinal de comprometimento.

2. **Obtenha dados de história com o objetivo de determinar a forma de instalação, duração dos sintomas e evolução do quadro clínico.** Nesse caso, as informações obtidas de um acompanhante qualificado são extremamente úteis. Aproveite para também avaliar se as dificuldades relatadas pelo paciente e seu cuidador interferem com as atividades do dia-a-dia do paciente (higiene pessoal, capacidade para vestir-se, sair só de casa, orientar-se, alimentação, capacidade de cozinhar e cuidar da casa, falar ao telefone, ir às compras, lidar com dinheiro, etc.).

3. **Peça informações referentes à história médica do paciente.**

Em outras palavras, cheque a presença de fatores de risco como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças tireoidianas, cirurgias, acidente vascular cerebral, uso atual e progresso de medicações, história de transtorno mental, etc.

4. **Não se esqueça de inquirir sobre história familiar de problemas de memória, transtornos mentais, doenças cardiovasculares e doenças neurológicas.**

5. **Investigue de maneira objetiva a presença e gravidade do comprometimento cognitivo (não limite sua investigação apenas à memória!).** Há uma infinidade de testes que podem ser utilizados com essa finalidade - um dos mais populares é o "Mini Exame do Estado Mental", o qual avalia de forma rápida orientação, aprendizado de uma lista de 3 palavras, atenção e cálculo, linguagem, leitura, escrita e habilidade visuo-espacial. Outros testes bastante populares são a "Escala de Demência de Blessed" e o "Abbreviated Mental Test Score". Testes avaliando mais especificamente a memória também podem ser utilizados, entre eles destacam-se o "Kendrich Object Learning Test" e o "Wechsler Memory Test".

6. **Uma vez estabelecido o diagnóstico de uma "síndrome demencial" (siga sempre um critério diagnóstico padronizado!),** passe à investigação das possíveis causas. Exames complementares como tomografia computadorizada de crânio, ressonância nuclear magnética de crânio, sorologia para sífilis, níveis de hormônios tireoidianos, entre outros podem ser bastante úteis para esclarecer a etiologia do quadro clínico.

7. **Não se esqueça de que queixas subjetivas e espontâneas de problemas de memória estão mais freqüentemente associadas à presença de um transtorno depressivo que à demência.**

8. **Não encerre sua avaliação após a investigação dos déficits intelectuais.** Sintomas psiquiátricos (depressão, ansiedade, agitação psicomotora, alucinações, delírios, distúrbios do ciclo vigília-sono, distúrbios do comportamento, etc.) estão presentes em 50 a 100% dos pacientes sofrendo de uma síndrome demencial. São eles que causam maior estresse aos pacientes e a seus responsáveis. Assim, sua investigação e tratamento são essenciais para um manejo adequado desses casos.

Oswaldo P. Almeida

Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Leitura recomendada

Almeida, OP & Nitrini R (1995) Demência. Fundo Editorial Byk.

VISÃO DO GERIATRA

Diante de um paciente idoso com queixas de esquecimento, o profissional de saúde pode se deparar com uma infinidade de causas, sejam elas "benignas", como as alterações de memória relacionadas ao envelhecimento ou mesmo condições metabólicas, tóxicas, sistêmicas, infecciosas, imunológicas, neurológicas, psiquiátricas e uma série de medicamentosos.

Logo, para se chegar ao(s) fator(es) etiológico(s), faz-se necessário uma abordagem global do paciente.

O primeiro passo seria confirmar o déficit cognitivo através da realização de testes mentais, juntamente com uma minuciosa história clínica, com ênfase nos medicamentos em uso, bem como verificar o grau de comprometimento do distúrbio na vida diária do doente.

Deve-se submeter o paciente a testes psicométricos adequados.

Lembramos que testes mentais mais curtos, menos cansativos e elaborados são mais indicados neste grupo etário. Ex.: o Mini Mental que traz como vantagens a sua fácil aplicabilidade, mas não se presta ao diagnóstico de quadros demenciais incipientes. Outra limitação para seu uso, no nosso meio, é a exigência de 8 anos de escolaridade. Nas fases iniciais dos quadros demenciais, testes mais sensíveis como o CAMDEX e o SIDAM, podem ser necessários.

Até este estágio da investigação (história clínica, exame físico, testes psicométricos), muitas das condições causadoras de déficit cognitivo já podem ter sido detectadas. Por exemplo: demências, depressão, ansiedade, uso de drogas, entre outras.

Outra possibilidade é que o déficit cognitivo se deva às chamadas "Alterações da Memória Associadas à Idade" (AAMI), termo utilizado para descrever a perda de memória em indivíduos idosos saudáveis, nas últimas décadas de vida. Entretanto, na prática, sua diferenciação com outras condições mórbidas que causam déficit cognitivo é complexa. O seguimento clínico e psicométrico do paciente se impõe.

O segundo passo seria a realização de exames complementares:

- exames hematológicos: hemograma completo; dosagem de íons (sódio, potássio, cálcio, fósforo); provas de função hepática, renal e tireoidiana; dosagem de vitamina B12 e ácido fólico; FTA-ABS; e, quando necessário, pesquisa de AIDS e de níveis plasmáticos de determinadas medicações em uso.

- tomografia cerebral computadorizada, buscando evidenciar lesões cerebrovasculares ou expansivas (particularmente, hidrocefalia de pressão normal, tumores, hematoma subdural crônico). Quando houver forte suspeita clínica (paciente com fatores de risco para doença vascular) e lesões vasculares não tiverem sido detectadas à tomografia, um exame de ressonância nuclear magnética do crânio pode ser solicitado. Com a abordagem proposta acima, torna-se possível a detecção da maior parte dos distúrbios cognitivos no idoso, além de evidenciar aqueles passíveis de alguma forma de tratamento.

No momento, quanto ao tratamento dos distúrbios de memória, as medicações disponíveis não tiveram sua eficácia clínica comprovada. Porém, seu uso é justificado nas demências vasculares (uso de anti-hipertensivos na prevenção primária de acidentes vasculares cerebrais e de anti-agregantes, na prevenção secundária). Esperamos, no futuro, conseguir medicamentos mais efetivos, com menos riscos para o paciente.

Ulisses G. V. Cunha

Coordenador da Residência de Geriatria do Hospital Gov. Israel Pinheiro do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais.

Membro pesquisador honorário em Medicina Geriátrica pela Universidade de Birmingham - Inglaterra.

EFEXOR[®]

venlafaxina

WYETH

Trabalhando por um mundo com mais saúde.

Apresentações:

Efexor 37.5 mg
14 e 28 comprimidos
Efexor 50 mg
30 comprimidos
Efexor 75 mg
14 e 28 comprimidos

INFORMAÇÕES DA ABNPG

A ABNPG foi criada tendo como principal objetivo congregar médicos neurologistas, psiquiatras, geriatras, generalistas e psicólogos, com visões diferentes e diferenciadas de um mesmo problema. Pretendemos atuar através da promoção de:

- Intercâmbio com diferentes centros em que se aborde esta temática;
- Formação de núcleos de ensino de modo a contribuir para o progresso científico da Neurologia e Psiquiatria Geriátricas, com ênfase nas áreas de pesquisa e assistência ao idoso;
- intercâmbio com outros serviços na área, nacionais e internacionais;
- eventos no Brasil, de modo a fomentar novos debates;
- edição de um boletim científico periódico.

Um "I Fórum Brasileiro de Psiconeurogeriatria" foi realizado em Brasília (DF), em 1993.

O II Fórum aconteceu na cidade de Ouro Preto (MG), de 03 a 07 de abril, último, contando com a participação de 70 médicos (neurologistas, psiquiatras, clínicos e geriatras) e 15 psicólogos.

Após uma discussão ampla e aprofundada acerca de sua estruturação, a ABNPG foi fundada no dia 25/08/96, sendo a primeira Diretoria (mandato de 25/08/96 a 01/05/99) assim constituída:

Diretoria:

Presidente: João Carlos Barbosa Machado - MG
Secretária Geral: Karla C. Giacomini - MG
Secretário da Neurologia: Ricardo Nitrini - SP
Secretário da Psiquiatria: Osvaldo P. Almeida - SP
Secretário da Geriatria: Renato Maia Guimarães - DF
Secretário da Gerontologia: Laura Mello Machado - RJ
Secretária Tesoureira: Maira Tonidandel Barbosa - MG

Conselho Fiscal:

Arianna Kassiadou Menezes - RJ
Cláudia Burla - RJ
Lígia Py - RJ
Rogério Aguiar - RS
Rômulo de Castro Meira - BA
Vilma Câmara - RJ

Conselho de Ética e Normas:

Arlindo de Castro Maciel - MG
Beatriz Léfèvre - SP
Flávio Aluizio Xavier Caçado - MG
Jorge Alexandre Silvestre - RS
Mário Sayeg - RJ
Rubens Reimão - SP

Conselho Científico:

Anita Liberalesso Neri - SP
Benito Damasceno - SP
Elvira Wágner - SP
Francisco Cardoso - MG
Jayme A. Maciel Júnior - SP
Paulo Caramelli - SP
Paulo Henrique F. Bertolucci - SP
Rubens José Gagliardi - SP
Ulisses G. V. Cunha - MG
Wágner Gattaz - SP
Wilson Jacob Filho - SP

PROGRAMAÇÃO DE EVENTOS

Nacionais:

- 14 a 19/09/96 - XVII Congresso Brasileiro de Neurologia - Centro de Convenções de Curitiba - Curitiba - PR
- 27 a 30/10/96 - IX Jornada da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Pousada do Rio Quente - Caldas Novas - GO
Informações: SBGG - GO - Fone: (062)223 5677

- 06 a 09/11/96 - XIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria - Centro de Convenções do Minas Centro - Belo Horizonte - MG
Informações: Departamento de Congressos da AMMG - Fone: 031 - 273 5788

Internacionais:

- IPA - Regional Workshop
- 25 a 27/04/97 - São Paulo Brasil
Informações: IPA Secretariat, 3127 Greenleaf Avenue, Wilmette, IL 60091 USA - Fone: 1 + 847.375.4719, Fax: 1 + 847.375.4777
E-mail: orgipahq@aol.com

- IPA - Aging in a World of Change
- 17 a 22/08/97 Eighth International Congress Jerusalem, Israel
Informações: Secretariat 8 th IPA Congress - PO Box 50006 - Tel Aviv - 61500 Israel
Fone: 972 + 3.514.0000, Fax: 972 + 3.517.5674
E-mail: ipa@kenes.ccmil.compuserve.com ou IPA Secretariat, 3127 Greenleaf Avenue, Wilmette, IL 60091 USA -
Fone: 1 + 847.375.4719, Fax 1 + 847.375.4777
E-mail: orgipahq@aol.com



Aropax®
Cloridrato de Paroxetina

Aprovado
FDA
Food and Drug
Administration

Efetivo e Seletivo na Depressão
e na Depressão com Ansiedade^(1,2,3)

SB **SmithKline Beecham**
Farmacêutica

1. Dunbar GC, Cohn JB, Fabre LF, et al. Br J Psychiatry. 1991; 159: 394-398 2. Aropax® é (paroxetina HCL)-Physician Desk Reference Ed. 1995 3. Johnson, AM The comparative pharmacological properties of selective serotonin re-uptake inhibitors in animals. In Feighner JP Boyer WF Selective serotonin re-uptake inhibitors. Perspectives in psychiatry vol 1: John Wiley & Sons 1993.