

## Atenção psicossocial em um caso de Demência potencialmente reversível

*Psychosocial Care in a potentially reversible case of Dementia*

*Atención psicossocial en un caso de Demencia potencialmente reversible*

Fabíola Langaro  
Daymée Taggesell de Córdova  
Aulina Judith Folle Esper  
Rachel Schlindwein-Zanini

**RESUMO:** As síndromes demenciais têm múltiplas etiologias e, entre as causas de demências potencialmente reversíveis, está a depressão. Apresenta-se aqui um estudo de caso de paciente idoso diagnosticado com Demência por Corpos de Lewy e que, após tratamento multiprofissional, teve melhora da sua condição cognitiva e emocional, fazendo-se rever o diagnóstico inicial. Considerou-se que os sintomas demenciais iniciais estavam associados aos sintomas depressivos e o cuidado baseado na atenção psicossocial foi fundamental para as mudanças observadas.

**Palavras-chave:** Demência potencialmente reversível; Saúde Mental; Atenção psicossocial.

**ABSTRACT:** *Dementia syndromes have multiple etiologies and among the causes of potentially reversible dementias is depression. We present here a case study of an elderly patient diagnosed with Dementia by Lewy Bodies and who, after multiprofessional treatment, had an improvement in his cognitive and emotional condition, and the initial diagnosis was reviewed. Initial dementia symptoms were considered to be associated with depressive symptoms and care based on psychosocial care was central to the observed changes.*

**Keywords:** *Potentially reversible dementia; Mental Health; Psychosocial Care.*

**RESUMEN:** *Los síndromes demenciales tienen múltiples etiologías y, entre las causas de demencias potencialmente reversibles, está la depresión. Se presenta aquí un estudio de caso de paciente mayor diagnosticado con Demencia por Cuerpos de Lewy y que, después del tratamiento multiprofesional, tuvo mejoría de su condición cognitiva y emocional, haciéndose revisar el diagnóstico inicial. Se consideró que los síntomas demenciales iniciales estaban asociados a los síntomas depresivos y el cuidado basado en la atención psicosocial fue fundamental para los cambios observados.*

**Palabras clave:** *Demencia potencialmente reversible; Salud mental; Atención psicosocial.*

## Introdução

As síndromes demenciais (SD) têm múltiplas etiologias, sendo as causas neurodegenerativas ou demências primárias as mais comuns, e as demências potencialmente reversíveis (DPR) menos prevalentes. Embora estas últimas sejam secundárias a uma etiologia primária, não são menos importantes, tendo em vista o impacto e comprometimento na qualidade de vida das pessoas, sua potencial reversibilidade e a relevância do diagnóstico diferencial para a abordagem das reais causas (Carloto, 2016).

A demência é uma síndrome caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos e mudanças comportamentais que levam a prejudicar atividades funcionais. Segundo o CID-10, na demência ocorrem múltiplas alterações de funções, incluindo a memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e capacidade crítica. Estes déficits de função cognitiva são geralmente acompanhados, e ocasionalmente precedidos, por deterioração do controle emocional, comportamento social e/ou motivação (Organização Mundial de Saúde, 1997).

As demências degenerativas primárias resultam de destruição neuronal progressiva e irreversível, enquanto as demências reversíveis são causadas por alterações neurológicas com sinais e sintomas característicos da demência, mas que, tratada a causa originária das alterações, podem ser revertidas (Bello, & Schultz, 2011). As causas mais frequentes de demências irreversíveis são: doença de Alzheimer, demência vascular, demência mista, demência com corpos de Lewy, demência frontotemporal, doença de Huntington e Doença de Creutzfeldt-Jakob (Tripathi, & Vibha, 2009; Carloto, 2016).

Já entre as condições potencialmente reversíveis que podem causar ou mimetizar a demência estão a depressão, neuroinfecções (sífilis, AIDS), tumores cerebrais, alterações metabólicas, alterações da tireoide e deficiências nutricionais (vitamina B12 sendo o mais comum), intoxicações, incluindo abuso crônico de álcool, drogas ou medicação (Tripathi, & Vibha, 2009; Carloto, 2016). Uma das características das DPR é seu caráter subagudo e progressivo, com declínio cognitivo em semanas ou meses. Sua prevalência é variável e gira em torno de 4-27% e, se detectadas e tratadas precocemente, podem ser revertidas ou seu progresso interrompido (Bello, & Schultz, 2011).

Especificamente em relação a pacientes em que uma síndrome depressiva pode estar produzindo a sintomatologia da demência, as dificuldades em realizar um diagnóstico diferencial são consideráveis uma vez que não só a depressão poderá estar associada a alguns déficits cognitivos, como a demência poderá causar alterações de humor compatíveis com a depressão. A abordagem prematura dos fatores participantes do sofrimento é fundamental para o prognóstico e evolução clínica e social do sujeito (Ramos, 2014; Carloto, 2016).

Atualmente, observa-se que casos que necessitam de maior apuro diagnóstico e terapêutico costumam buscar a alta complexidade na rede de saúde, como hospitais. No entanto, é importante que o cuidado em saúde esteja presente nas diferentes áreas dos níveis da atenção psicossocial e da saúde pública. Nesse sentido, pondera-se que somente uma ampla abordagem do sujeito possa abarcar não somente o diagnóstico, mas em especial o cuidado às pessoas que adoecem. Considerando-se a atenção psicossocial e a clínica ampliada como formas de atenção ao sujeito, preconizadas atualmente no sistema de saúde no Brasil, deve-se compreender todo e qualquer sofrimento pela conjuntura da integralidade, em que devem estar em evidência a multifatorialidade e a complexidade presentes nas expressões subjetivas e, conseqüentemente, nos processos de saúde e doença.

Esta é também a lógica de atenção que perpassa também os cuidados paliativos, utilizados para indicar a ação em equipe multiprofissional aos pacientes e seus familiares voltada ao conforto psicológico, físico e espiritual, com a humanizada compreensão do luto, da resiliência, independentemente da cura do paciente com prognóstico reservado. Assim, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização, estas são práticas de uma clínica ampliada, que visa a aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade (Brasil, 2010). Nessa perspectiva, o cuidado multidisciplinar se torna potente por envolver diferentes conhecimentos e abordagens, que não só a medicamentosa, ampliando o escopo terapêutico sob todas as facetas do sofrimento.

Este artigo aborda o impacto desse cuidado em um caso com diagnóstico inicial de Demência por Corpos de Lewy, descrevendo as mudanças do quadro alcançadas com uma assistência multidisciplinar vinculada a um hospital geral particular e a seu serviço de atenção domiciliar, que lidou com os variados aspectos relacionados com o sofrimento existente. Enfatiza-se a relevância do diagnóstico diferencial das DPR e o foco de cuidado integral na lógica da atenção psicossocial.

### Relato do Caso<sup>1</sup>

Pedro, 64 anos, foi encaminhado para o serviço de atenção domiciliar vinculado a um hospital da rede privada na região norte de Santa Catarina. Graduado em Educação Física, aposentado, morava com Joana, esposa de segundo casamento, tinha dois filhos adultos residentes em outras cidades, e contava com auxílio de cuidadoras formais.

O encaminhamento citava diagnósticos de Demência por Corpos de Lewy, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) prévios (a ressonância magnética indicava alteração de sinal periventriculares subcorticais fronto-parietais bilaterais), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), dislipidemia, apneia do sono, dor crônica por estenose medular; e história de traqueostomia e gastrostomia. Usava o *bipap* (respirador mecânico não invasivo) domiciliar no período noturno, e medicado com psicotrópicos, narcóticos e neuropépticos (neozine, quetiapina metadona e donaren). Durante aproximadamente seis meses de acompanhamento no domicílio, permanecia deambulando com auxílio, tinha certa rigidez muscular, apatia, necessitando de auxílio para realizar a maior parte das atividades de vida diária (banho, higiene, alimentação), não realizava mais atividades instrumentais de vida diária<sup>2</sup>, sendo pouco participativo nas rotinas da casa. Apesar da necessidade, na ocasião não foi realizada avaliação neuropsicológica detalhada.

---

<sup>1</sup> Este caso, cujos nomes aqui citados são fictícios, foi também relatado anteriormente com diferente enfoque, e em versão preliminar, em artigo voltado aos cuidados paliativos oferecidos.

<sup>2</sup> As atividades de vida diária exploram as habilidades do indivíduo para satisfazer as necessidades básicas de higiene, vestir, ir ao banheiro e mover-se. Já as atividades instrumentais de vida diária implicam, além dessas, aquelas que caracterizam a independência na comunidade como preparar refeições, usar telefone, fazer compras, usar medicações com segurança, limpar, passear e administrar finanças (Eliopoulos, 2005).

No caso da Demência por Corpos de Lewy (DCL), ela corresponde à terceira causa mais frequente de demência. Caracteriza-se clinicamente por um quadro em que ocorre flutuação dos déficits cognitivos, alucinações visuais bem detalhadas, vívidas e sintomas parkinsonianos, geralmente do tipo rígido-acinéticos, de distribuição simétrica.

Duas das manifestações acima descritas são necessárias para o diagnóstico de DCL provável. O declínio cognitivo na DCL é progressivo e interfere na capacidade funcional do indivíduo (funções executivas, capacidade de resolução de problemas e atividades de vida diária). A atenção, as funções executivas e as habilidades visuoespaciais são os domínios cognitivos mais comprometidos nas fases iniciais, com relativa preservação da memória. Os pacientes com DCL costumam apresentar episódios frequentes de quedas ou síncope (Caramelli, & Barbosa, 2002).

Em visita domiciliar inicial da equipe de saúde, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicóloga e fisioterapeutas, o paciente estava acamado e não respondia a estímulos verbais. A esposa relatou sobre o quadro demencial, diagnosticado por neurologista, demonstrando pouca expectativa de melhora clínica. Era ela, portanto, quem tomava as decisões acerca das condutas e cuidados ao paciente, tendo inclusive posteriormente requisitado judicialmente sua tutela. Também era Joana quem comparecia às consultas neurológicas do mesmo desde a piora do quadro e o aumento da dependência de cuidados.

Algumas semanas depois, em avaliação psicológica domiciliar inicial, o paciente estava comunicativo, mostrava-se lúcido, orientado e receptivo ao atendimento, mas demonstrava a existência de um sofrimento importante. Além do desânimo e desesperança, esposa e cuidadoras relatavam agitação, irritação e labilidade emocional. Apresentava-se pessimista, resignado e passivo quanto ao seu estado de saúde, acreditando que nada poderia ser feito para alterar sua condição existencial.

Nos atendimentos psicológicos seguintes, o paciente, sempre lúcido e orientado, queixou-se principalmente do local em que residia, pois antes morava em uma casa maior na praia, tendo um cachorro de estimação. Mostrava dificuldades de aceitação e enfrentamento ao processo de adoecimento, vivenciava conflitos com a esposa. Sua dinâmica psicológica apontava para passividade, sentimento de autopiedade, irritabilidade, autoritarismo e racionalidade como estratégia de defesa frente ao sofrimento.

Diante do quadro clínico de Pedro, desde o princípio do acompanhamento, ele e sua esposa receberam a informação de que havia indicação por parte da equipe de que os tratamentos fossem realizados a partir de uma perspectiva dos cuidados paliativos. Isso porque, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam à vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação e avaliação e tratamento de dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (World Health Organization, 2014).

Portanto, cuidado paliativo é uma prática multiprofissional que visa ofertar ao paciente sem possibilidade de cura um atendimento que integre todas as dimensões de seu ser, buscando qualidade de vida para o sujeito e familiares, com foco em suas necessidades (Ferreira, Lopes, & Melo, 2011). Difere do modelo biomédico porque não se restringe à dimensão biológica e busca a integralidade, envolvendo as dimensões psicológicas, familiar, social e espiritual (Floriani, & Schramm, 2008). Assim, os objetivos principais do acompanhamento multidisciplinar foram resgatar a autonomia de Pedro, estimulá-lo a se tornar ativo e participativo em seu tratamento e, finalmente, conhecer e possibilitar que seus desejos fossem, tanto quanto possível, realizados.

Tendo em vista os diagnósticos de doenças crônicas, bem como pelos progressivos agravos do quadro, desde o início havia critérios para que as práticas de cuidados tivessem como foco o controle de sintomas e a qualidade de vida. Nesse sentido, a equipe compreendia que receber cuidados paliativos eficientes é um direito de cada indivíduo e dever de cada profissional, sendo que essa assistência deve estar disponível a todos os pacientes que dela necessitem (Maciel, *et al.*, 2006).

Já nos primeiros meses de cuidados ao paciente no domicílio, ocorreram algumas internações no hospital, ao qual o serviço de atenção domiciliar estava vinculado, fundamentalmente por ocasião de infecções respiratórias e urinárias. Nesse período, manteve-se, pelas equipes intra-hospitalares, a indicação de que o paciente e sua família fossem atendidos na perspectiva dos cuidados paliativos.

Em algumas hospitalizações iniciais, inclusive, o paciente esteve internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sem condições de comunicação, devido à gravidade do quadro e rebaixamento do nível de consciência quando, então, sua esposa participou das tomadas de decisões relacionadas às terapêuticas adotadas.

Durante esse período, mesmo não tendo sido realizadas medidas invasivas de tratamento e apesar da gravidade do quadro, prognóstico e das diversas hospitalizações, Pedro por diversas vezes ainda pôde ter alta hospitalar. Nas desospitalizações, continuava sendo acompanhado pela equipe do serviço de atenção domiciliar e, gradualmente, apresentou melhora cognitiva e da comunicação, bem como da melhora dos sintomas depressivos inicialmente apresentados.

Por fim, em uma das últimas hospitalizações ocorridas, já mais ativo em seu tratamento e participativo nas tomadas de decisões, o paciente voltou a ser questionado sobre seus desejos em relação às terapêuticas, ou seja, sobre as decisões inicialmente tomadas em relação aos cuidados paliativos, quando então informou que desejava que todo o investimento em terapêuticas curativas fosse realizado e que sua vida fosse prolongada.

Desse modo, após todo o acompanhamento interdisciplinar, Pedro solicitava que as equipes realizassem todo o possível para manter sua vida e “salvá-lo da morte” (sic!). Após anos de adoecimento e de longo período em que não encontrava sentido para sua existência, havia aprendido a valorizar seus dias, a companhia dos filhos, a presença amorosa das cuidadoras e o cuidado atencioso das equipes de saúde. Havia construído novos sentidos para suas experiências e a tristeza anterior de estar vivo transformara-se: agora sentia-se triste por pensar em “abandonar” este mundo e, por isso, solicitava que nenhum esforço deixasse de ser realizado para que pudesse continuar usufruindo de suas novas conquistas.

Diante deste pedido e da necessidade de legitimar suas escolhas, foi realizada nova avaliação do paciente com entrevista clínica incluindo aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), constatando-se que Pedro não apresentava sinais indicativos de demência, estando lúcido e orientado. No questionário Confusion Assessment Method (CAM), em que não detectou presença de *delirium*<sup>3</sup>, o que o tornava apto a tomar decisões sobre sua doença e tratamento.

O MEEM é o teste de rastreio cognitivo para pessoas adultas e idosas mais utilizado no mundo, comumente utilizado para rastrear possível demência e que avalia diversos domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho). É um teste simples, de rápida aplicação, passível de reaplicação, sendo um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira (Melo, & Barbosa, 2015).

---

<sup>3</sup> Perturbação da consciência manifestada por uma redução da percepção do ambiente acompanhada por uma alteração na cognição que não pode ser atribuída a uma demência previamente existente ou em evolução (Sampaio, & Sequeira, 2013).

O CAM é um instrumento de diagnóstico para identificação de *delirium*, projetado para permitir que os clínicos não-psiquiátricos realizem diagnóstico rapidamente e com precisão após um curto teste cognitivo formal (Wei, Fearing, Sternberg, & Inouye, 2008).

Assim, a equipe multiprofissional abordou o paciente novamente sobre seu quadro clínico crônico e grave, e conseqüente prognóstico, que incluía o agravamento da DPOC, infecções respiratórias e urinárias de repetição, irreversibilidade da traqueostomia e da gastrostomia, enfatizando também o fato de que, em sua avaliação, o paciente estava em condições mentais suficientes para decidir sobre as escolhas relacionadas ao tratamento. Nesse momento, Pedro pediu que fosse feito todo o necessário para sua sobrevivência, inclusive as medidas invasivas. A equipe conversou então novamente com a família e informou que seriam mantidas as vontades do paciente e que novas modificações terapêuticas seriam feitas, somente caso houvesse nova mudança no quadro. Todos esses dados foram registrados em prontuário e as equipes orientadas sobre as decisões tomadas pelo paciente.

Durante esse período, enfatizou-se com a esposa e demais familiares sobre a possibilidade e indicação de que fosse realizada nova avaliação com o neurologista clínico que inicialmente havia diagnosticado o paciente com demência, para possível reabilitação neuropsicológica futura. Contudo, em nenhum momento isso ocorreu.

Como resultados, porém, pode-se referir que, após alguns meses de acompanhamento pelas equipes multidisciplinares de atenção domiciliar e intra-hospitalares, a melhora do paciente em relação à participação nas rotinas, à apropriação das informações relacionadas à sua doença e prognóstico, bem como a mudança positiva em seu comportamento fizeram repensar o diagnóstico demencial inicialmente informado. São os aspectos relacionados a seu quadro clínico, diagnóstico diferencial e aos cuidados oferecidos ao paciente que estão discutidos a seguir.

### **O diagnóstico em suspensão: a atenção psicossocial e os cuidados em saúde a partir de uma perspectiva da integralidade e da clínica ampliada**

Nos primeiros atendimentos em domicílio, tudo fazia concordar com o diagnóstico que o neurologista havia dado a Pedro, visto que o mesmo não respondia a estímulos verbais e estava totalmente dependente de cuidados.



Nesse sentido, confirmava-se que a gravidade do processo demencial interfere no desempenho dos idosos nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, sendo que as AIVDs são mais comprometidas nos estágios iniciais das demências, e as ABVDs, nos estágios mais avançados (Marra, *et al.*, 2007). Naquele momento, porém, havia decorrido poucos dias desde a desospitalização. Em casa o paciente voltou, gradativamente, a se comunicar e a caminhar com auxílio, interagindo melhor com os profissionais, familiares e cuidadoras.

Assim, após o início do acompanhamento da equipe multidisciplinar, o paciente começou, aos poucos, a apresentar melhora de seu estado geral, tornando-se cada vez mais ativo e participativo nos atendimentos e nas atividades de vida diária, apesar das limitações físicas impostas pelas doenças crônicas que apresentava e sequelas de AVCs. Na avaliação psicológica inicial ficou evidente a presença de sofrimento importante, com sintomas de tristeza, perda de interesse e prazer nas atividades habituais, isolamento social, perda da autoestima, sentimentos de inutilidade, irritabilidade, agitação, perda de interesse nos cuidados pessoais e desesperança. Esses sintomas haviam iniciado após o adoecimento orgânico, quando o paciente começou a vivenciar perda de autonomia e de independência, não se experimentando mais no domínio de sua vida e tendo que enfrentar perdas significativas, tanto concretas como simbólicas.

Com o olhar multidisciplinar baseado em uma clínica ampliada, que valoriza a singularidade, foram percebidas outras questões importantes relacionadas aos possíveis fatores contribuintes para o seu quadro clínico, emocional e mental. Entre elas sua personalidade autoritária, a dinâmica familiar conflituosa, sua restrição social e decisória, seu afastamento do ambiente domiciliar que gostava e da companhia de seu animal de estimação, além dos processos biológicos (idade, acidentes vasculares prévios, sequelas e limitações, uso de medicações para sintomas parkinsonianos, DPOC, entre outros). Consideraram-se os sintomas da doença respiratória crônica, como mal-estar, fadiga, alterações comportamentais e da memória, dificultando o esclarecimento imediato de todo o seu quadro. Convivia com a dor crônica, fator relevante para a alteração de humor, irritabilidade, isolamento e sofrimento. Lidava com limitações físicas por conta das sequelas dos AVCs, assim como com uma doença respiratória progressiva, expondo-o à ideia da finitude e desesperança. Ainda, Pedro tinha particularidades de sua personalidade que o mantinham isolado e refratário às aproximações de pessoas de sua rede e de profissionais que o haviam atendido até então. Seu contexto familiar de relações e dinâmicas por vezes conflituosas acabavam por minimizar o suporte sociofamiliar, ponto fundamental para o enfrentamento do sofrimento (Pinho, Custódio, & Makdisse, 2009). Com esta percepção, as ações de cuidado se voltaram, então, à família, ao paciente, à sua ressocialização e à sua qualidade de vida.

À medida em que estes cuidados foram sendo realizados, o paciente foi obtendo melhora dos sintomas depressivos e começou a expressar interesse em retornar para seu domicílio de origem (casa na praia), o que foi viabilizado. Passou também a apresentar ainda mais desejo pela vida, tendo se tornado mais atuante e participativo nas decisões sobre seus tratamentos de saúde. Claramente, compreendeu sobre o significado da inserção em protocolo hospitalar de cuidados paliativos e optou por não o realizar, na medida em que mantinha esperança de prolongar a vida. Percebeu-se que o desejo pela vida foi resgatado com aproximação familiar, intermediação das relações familiares pela equipe de saúde e resgate de sua autonomia e protagonismo.

A partir daí, a equipe passou a considerar a necessidade de um diagnóstico diferencial em relação à possível demência ou DPR, visto sua evolução em diversos aspectos. Quando passou a exercer sua autonomia e a participar das decisões de seu tratamento, realizou-se o MEEM e o CAM e, não havendo indicativo de possível demência ou de desorientação que pudesse estar sendo causada por episódio de *delirium*, considerou-se o paciente em condições para se manter no processo decisório.

No contexto da aplicação de qualquer um destes instrumentos, é importante considerar a possível interferência de variáveis relacionadas à história de vida do paciente e sua familiaridade com o conteúdo da avaliação, sua idade, o gênero (mulheres podem ter melhor desempenho nas habilidades verbais e os homens em tarefas matemáticas e visuoespaciais) e a escolaridade (Schlindwein-Zanini, 2010).

O uso desses instrumentos confirmou a evolução percebida por todos ao longo do ano de acompanhamento. As cuidadoras e filhos, que passaram a participar mais ativamente dos cuidados, também observaram melhoras significativas no quadro e concordavam com a avaliação dos profissionais. Mesmo diante de restrições físicas por conta das sequelas de AVC e DPOC, sua participação na rotina mostrava a preservação de sua memória, retenção de detalhes quanto ao seu tratamento e consciência em relação a parâmetros clínicos (em especial ao resultado do oxímetro, por exemplo).

Diante desses resultados, provenientes tanto das avaliações quanto da aplicação dos instrumentos e do acompanhamento longitudinal, pôde-se constatar a ausência de demência e a presença de uma DPR. Esta definição teve respaldo nos seguintes critérios descritos por Thorpe (2009):

- Preocupação e valorização excessiva das dificuldades apresentadas, o que não aparece nas demências, visto que nestas últimas com frequência há falta de preocupação ou negação dos sintomas.

- Humor depressivo durante todo o dia e em quase todos os dias, inicialmente sem melhora com a estimulação. Nas demências não há necessariamente alteração de humor e, quando há, pode não ocorrer na maior parte do tempo, visto que a tristeza é reativa e flutua de acordo com as circunstâncias. Por fim, nestas condições o humor geralmente melhora com estimulação e suporte.
- Sentimentos de culpa e de inutilidade, comum na depressão severa e incomum nas demências, visto que nestas últimas podem aparecer mais em situações de estresse quando o paciente tem consciência do seu próprio declínio.
- Pensamentos recorrentes sobre morte e, no caso do paciente, perda de interesse pela vida, aspectos não frequentemente observados nas demências.

Além disso, a memória do paciente se manteve preservada ao longo do período de cuidado, sendo o declínio e comprometimento desta função um critério necessário para o diagnóstico de demência (Caramelli, & Barbosa, 2002). Não houve dificuldades com a apreensão de novas informações, tampouco para recordar informações anteriormente fornecidas (American Psychiatric Association, 2014).

Neste caso, comenta-se a importância de indicar a avaliação neuropsicológica na ocasião da investigação diagnóstica para detalhamento de déficits e posterior comparação de achados e verificação de declínio cognitivo. Concordando com Schlindwein-Zanini (2010) sobre a necessidade de procedimentos em saúde mental como a Psicoterapia (tratamento psicológico), Psicodiagnóstico (diagnóstico psicológico), avaliação neuropsicológica e reabilitação cognitiva/neuropsicológica, orientação aos familiares e atendimento multidisciplinar, além de considerar aspectos relacionados à depressão, autoestima, identidade, déficits de memória, qualidade de vida e o contexto em que este indivíduo está inserido.

Em todos os atendimentos da equipe, em especial após o início da melhora dos sintomas depressivos, o paciente demonstrava recordar dos conteúdos trabalhados, fazia elaborações, retomava questões já verificadas, tendo, por fim, realizado mudanças emocionais e comportamentais importantes. Mostrava-se mais tranquilo, mais aberto e receptivo às terapêuticas indicadas, conseguindo perceber que, mesmo diante do adoecimento grave, ainda tinha possibilidades de escolha. Tais observações concordam com Hamdam (2008), sobre o diagnóstico diferencial nestes casos, em que os instrumentos de triagem cognitiva e comportamental e testes neuropsicológicos específicos têm sido empregados para quantificar o grau de declínio cognitivo em pacientes com demência, principalmente nos casos em que os distúrbios funcionais e comportamentais ainda estão ausentes.

A avaliação neuropsicológica procura evidenciar o rendimento cognitivo funcional, tendo como base as funções conhecidas do córtex cerebral, e pode auxiliar na diferenciação primária entre demência, comprometimento cognitivo leve, distúrbios psiquiátricos (por exemplo, a depressão) e outras síndromes neuropsicológicas.

Desse modo, entende-se que a melhora qualitativa verificada pela equipe e também pelo paciente e por sua rede de suporte foi possível como consequência do cuidado estruturado a partir da lógica da atenção psicossocial, por meio da qual os profissionais voltaram-se para as necessidades do Pedro, colocando-se entre parênteses seus diagnósticos para se aproximar de seu sofrimento singular. A alteração do quadro inicial, que culminou na revisão do diagnóstico de demência de etiologia neurodegenerativa, ocorreu, principalmente, porque este modo de cuidado preconiza o acolhimento e a escuta humanizados do outro, de seus desejos, dando-lhe voz e participação no processo de construção de seu bem-estar, ajudando-o a construir uma vida melhor. Por fim, construir com o outro um vínculo de co-responsabilidades e confiança mútuas, buscando a cidadania a partir do resgate de sua consciência acerca de seus problemas, responsabilidades e autonomias afetiva e social (Ballarin, Carvalho, & Ferigato, 2009; Costa-Rosa, 2013).

A atenção psicossocial deu seus primeiros passos com a Lei 10.2016/2001, pela qual pessoas com sofrimentos psíquicos passaram a ser sujeitos de direito, com garantia ao respeito, tratamento humanizado com liberdade e foco na inserção e reabilitação social (Brasil, 2001). Nesta perspectiva, a prioridade é compreender o sujeito como reflexo dos contextos em que está inserido, devendo ser cuidado em sua integralidade e singularidade (Costa-Rosa, 2013), estando alinhada com a proposta deste estudo de caso.

No Brasil, a população idosa apresenta maior vulnerabilidade para problemas de saúde e os transtornos do humor são frequentes entre esta parcela da população, com destaque para os sintomas depressivos clinicamente significativos (Pinho, Custódio, & Makdisse, 2009). Muitas vezes, manifestações de sofrimento nos idosos são interpretadas como parte inevitável do envelhecimento. Tudo isso leva a presumir uma situação de desassistência, possivelmente agravada pela escassez de políticas de saúde e de formação profissional voltadas para a atenção à saúde mental do idoso (Clemente, Loyola Filho, & Firmo, 2011).

No caso destacado neste artigo, desde a primeira intervenção das equipes de assistência domiciliar e intra-hospitalares foi possível perceber a consideração e valorização do paciente em sua integralidade e enquanto sujeito de direitos.

As ações empreendidas pelos profissionais lhe garantiram a voz e a possibilidade às equipes de identificarem os múltiplos fatores envolvidos em seu quadro, aumentando a capacidade de intervenção sobre os determinantes do processo saúde-doença.

As posturas e enfoques iniciais dos profissionais possibilitaram o estabelecimento de um vínculo com Pedro e sua família, pois foram balizadas na prerrogativa do acolhimento e escuta humanizados, preconizados na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH/SUS). Os profissionais foram capazes de lidar com o sujeito e não com a doença, evitando rótulos e trabalhando com as potencialidades de Pedro e sua rede de apoio.

A PNH/SUS, estabelecida em 2003, definiu diretrizes para a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecimento da atenção psicossocial, enfatizando um cuidado humanizado baseado na clínica ampliada, no vínculo terapêutico e na escuta qualificada. A clínica ampliada engloba os três grandes enfoques da saúde, o biomédico, o social e o psicológico, por meio de uma equipe interdisciplinar. O vínculo é um recurso terapêutico e parte da clínica ampliada. O paciente percebe o interesse dos profissionais, edificando-se a confiança mútua. Ambos se co-responsabilizam pelo cuidado compartilhado, pois o sujeito é chamado para construir seu projeto terapêutico. Os encontros se tornam potentes, pois as tecnologias de cuidado baseadas nas relações - tecnologias leves - são mais impactantes para a produção de saúde (Merhy, & Franco, 2003; Ballarin, Carvalho, & Ferigato, 2009; Brasil, 2010).

O vínculo é algo construído progressivamente a partir dos encontros, o que foi possível pelo cuidado longitudinal prestado pelos profissionais. Ele permitiu a Pedro um espaço para exposição de suas necessidades, desejos e angústias, abrindo brechas para que a equipe multidisciplinar pudesse atuar. Resgatou-se seu papel ativo no cuidado e na família, permitindo a aproximação dos familiares, a estruturação de novos papéis, relações e sentidos, ressignificando e elaborando os fatores de sofrimento.

Este cuidado permitiu que Pedro vislumbrasse possibilidades de vir-a-ser-melhor, de se autocuidar e de (re)encontrar sentido de ser, sem ser dominado pelo cuidador. Trouxe Pedro para uma vida mais ativa, favorecendo o desenvolvimento neurológico, resgatando sua autoestima e reabilitando-o em várias funções neurocomportamentais e sociais (Ballarin, Carvalho, & Ferigato, 2010).

Por fim, o cuidado pela lógica da atenção psicossocial valorizou a construção de projetos de vida e significados como eixo central da terapêutica, possibilitando à Pedro subjetivar-se e encontrar qualidade de vida mesmo diante da presença de patologias, indo ao encontro do conceito de saúde da OMS, definido pelo bem-estar e não necessariamente pela ausência de doenças (Barros, Oliveira, & Silva, 2008).

O foco na pessoa e em suas necessidades resgatou em Pedro o prazer pela vida. A multidisciplinaridade ampliou o cuidado para além dos diagnósticos pré-existentes, permitindo a elucidação do quadro com a contribuição de cada disciplina envolvida no processo.

### **Considerações Finais**

A DCL costuma apresentar curso flutuante, sinais parkinsonianos, alucinações visuais, alterações de personalidade, comportamento, e alterações de linguagem progressivas, principalmente; necessitando de atendimento multiprofissional. Assim, este artigo teve como objetivo destacar os impactos dos cuidados realizados em uma lógica de atenção psicossocial a um idoso inicialmente diagnosticado com um quadro de demência primária.

Considerando-se a complexidade envolvida no diagnóstico e tratamento das demências, abordou-se a importância da investigação para garantir um diagnóstico diferencial, especialmente no idoso em que os quadros de demência e depressão podem se assemelhar. Daí, a importância da investigação se balizar na clínica ampliada, ponderando os aspectos psicossociais e não somente os biológicos, considerando a integralidade e a singularidade de cada indivíduo, promovendo sua inclusão e autonomia.

O caso apresentado tinha, inicialmente, diagnóstico de demência por Corpos de Lewy e depressão, e a abordagem focada no sujeito possibilitou a escuta e valorização do paciente no incremento de sua saúde.

O quadro depressivo no idoso pode ser subvalorizado sendo considerado como consequência do processo de envelhecimento. Por essa razão, merece avaliação criteriosa, multidisciplinar e com múltiplas ferramentas/instrumentos, tendo em vista a complexidade do sofrimento humano e o enfrentamento de processo de doenças crônicas e progressivas, em que os sujeitos tenham dificuldades para elaborar e aceitar suas perdas, bem como de receber suporte social e familiar.

Nesse sentido, destaca-se que diretrizes nacionais e internacionais recomendam o monitoramento constante das funções cognitivas de pessoas idosas para a detecção de alterações com vistas a possibilitar intervenção precoce, preferencialmente executadas por equipe interdisciplinar, assegurando autonomia e independência aos sujeitos. Por fim, a intervenção para além do diagnóstico inicial, promove funcionalidade, o resgate de laços, cuidados e sentidos em momento tão delicado de vida.

## Referências

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ballarin, M. L. G. S., Carvalho, F. B., & Ferigato, S. H. (2010). Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 444-450. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/444a450.pdf](http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/444a450.pdf).
- Barros, S., Oliveira, M. A. F. de, & Silva, A. L. A. (2007). Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(spe), 815-819. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41691>.
- Bello, V. M. E., & Schultz, R. R. (2011). Prevalence of treatable and reversible dementias: A study in a dementia outpatient clinic. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(1), 44-47. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5619138/>.
- Brasil (2001). Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Ministério da Saúde. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm).
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde. (72p.). Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf).
- Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Suppl. 1), 7-10. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/0D/rbp/v24s1/8850.pdf>.
- Carloto, S. I. S. (2016). Demências Potencialmente Reversíveis: a propósito de um estudo de caso. Dissertação de mestrado integrado em Medicina. Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã, Portugal. Recuperado em 08 outubro, 2017, de: [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5341/1/4831\\_9640.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5341/1/4831_9640.pdf).
- Clemente, A. S., Loyola Filho, A. I., & Firmo, J. O. A. (2011). Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 555-564. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300015>.

- Costa-Rosa, A. da. (2013). *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo, SP: Editora Unesp.
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem gerontológica*. (5ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ferreira, A. P. de Q., Lopes, L. Q. F., & Melo, M. C. B. de. (2011). O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Rev. SBPH, 14(2)*, 85-98. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007).
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2008). Palliative care: interfaces, conflicts and necessities. *Ciênc. Saúde Coletiva, 13(suppl.2)*, 2123-2132. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900017>.
- Hamdan, A. C. (2008). Avaliação neuropsicológica na Doença de Alzheimer e no comprometimento cognitivo leve. *Interação em Psicologia, 26(54)*, 183-192. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/pa-2493.pdf>.
- Maciel, M. G. S., Rodrigues, L. F., Naylor, C., Bettega, R., Barbosa, S. M., Burlá, C., & Vale e Melo, I. T. (2006). *Crêterios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil*. Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, RJ: Diagraphic.
- Marra, T. A., Pereira, L. S. M., Faria, C. D. C. M., Pereira, D. S., Martins, M. A. A., & Tirado, M. G. A. (2007). Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Brazilian Journal of Physical Therapy, 11(4)*, 267-273. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000400005>.
- Melo, D. M. de, & Barbosa, A. J. G. (2015). O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva, 20(12)*, 3865-3876. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>.
- Merhy, E. E., & Franco, T. F. (2003). For a Technical Composition of Health Work based on the relationship field and light technology. Pointing to changes in the technical-assistance models. *Saúde em Debate, 27(65)*, 316-323. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033?lang=es>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1997). *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. (10ª rev.). São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, vol.1.
- Pinho, M. X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidence of depression and associated factors among elderly community-dwelling people: a literature review. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia, 12(1)*, 123-140. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2009120111>.
- Ramos, T. da S. (2014). *Depressão e Demência no Idoso: diagnóstico diferencial e correlações*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para obtenção do grau de Mestre em Medicina. Universidade do Porto, Portugal. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76722/2/32846.pdf>.
- Sampaio, F. M. C., & Sequeira, C. A. da C. (2013). Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, serIII(9)*, 125-134. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12127>.



Schlundwein-Zanini, R. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev Neurociênc*, 18(2), 220-226. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf>.

Thorpe, L. (2009). Depression vs. Dementia: How Do We Assess? *The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 12(3), 17-21. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue\\_pages/AD\\_Review/adPDFs/2009/September2009/ADReviewSept09E.pdf](http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/2009/September2009/ADReviewSept09E.pdf).

Tripathi, M., & Vibha, D. (2009). Reversible dementias. *Indian J. Psychiatry*, 51(Suppl. 1), S52-S55. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21416018>.

Wei, L. A., Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The Confusion Assessment Method (CAM): A Systematic Review of Current Usage. *J Am Geriatr Soc.*, 56(5), 823-830. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x.

World Health Organization (WHO). (2014). *Worldwide Palliative Care Alliance*. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf).

---

**Fabiola Langaro** - Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Itajaí. Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar, Faculdades Pequeno Príncipe. Atualmente é doutoranda na Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, e docente do curso de Psicologia da Associação Catarinense de Ensino. ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-0691-7560>.

E-mail: [flangaro@hotmail.com](mailto:flangaro@hotmail.com)

**Daymée Taggesell de Córdova** - Graduada em Enfermagem, Universidade do Sul de Santa Catarina. Pós-Graduada em Emergência Pré-Hospitalar, Especialista em Saúde da Família, Gestão em Saúde e Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Tutoria no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental, do APIS/UFSC-UNASUS. Membro pesquisadora do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas, APIS/UFSC. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família por 12 anos. Atualmente assessora técnica na gerência psicossocial municipal. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC. ORCID Id: <http://orcid.org/0000-0001-9655-8890>

**Aulina Judith Folle Esper** - Consultora estratégica em Desenvolvimento de Liderança e de Negócios, com mais de 15 anos de experiência nacional e internacional junto ao Vis Desenvolvimento de Liderança (VisDL), do qual também é sócia-fundadora. Atua principalmente nas áreas de Liderança, Desenvolvimento pessoal e profissional, Desenvolvimento de Negócios, Estratégia e Soluções Empresariais. Também atua como Conselheira em Conselhos de Administração de empresas. Mestre e Doutoranda em Gestão do Conhecimento, Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC, PPGEGC/UFSC. Graduada em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Pesquisadora do Laboratório de Liderança e Gestão Responsável (LGR), nos temas relacionados a Liderança e Desenvolvimento de Liderança. ORCID Id: <http://orcid.org/0000-0001-8087-0177>.

**Rachel Schlindwein-Zanini** - Graduação em Psicologia, Licenciatura e Bacharelado, Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI. Especialista em Neuropsicologia, Conselho Federal de Psicologia, Especialização em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, PUCRS, Doutora em Ciências da Saúde/Medicina. Área de concentração: Neurociências, Faculdade de Medicina, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS. Realizou Pós-Doutorado em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Fez *fellowship* em Av. Neuropsicológica pré- e pós-operatória da cirurgia da epilepsia e hidrocefalia de pressão normal, no Instituto de Neurologia de Curitiba, INC, e realizou estágio na University of Miami, EUA, Miller School of Medicine, na área de Epilepsia e Implante Coclear. Atualmente é membro do corpo docente permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, CCS/UFSC e é psicóloga concursada da UFSC, atuando em Neuropsicologia e Psicologia Hospitalar no Hospital Universitário da UFSC, junto aos pacientes, e como supervisora de estágio, preceptora de residência e coordenando projeto de extensão (Estimulação cognitiva no Hospital Universitário, UFSC) para pacientes neurológicos. Líder do Grupo de Pesquisa Núcleo de Neuropsicologia e Saúde, UFSC, vinculado ao CNPq. Possui cooperação de pesquisa com investigadores nacionais e internacionais, incluindo UDESC, UFRN, Universidad de León, Espanha e University of California, Los Angeles, UCLA.