

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS E FORMAÇÃO INTEGRADA
ESPECIALIZAÇÃO EM FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA

MARINA MACEDO MARTINS NETO

DOENÇA DE PICK: ESTUDO DE CASO

Goiânia
2012

MARINA MACEDO MARTINS NETO

DOENÇA DE PICK: ESTUDO DE CASO

Artigo apresentado ao curso de Especialização em Fisioterapia Neurológica do Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada, chancelado pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Professora Doutora Ana Claudia Antonio Maranhão Sá.

Goiânia
2012

DOENÇA DE PICK: ESTUDO DE CASO

Pick's Disease: Case Study

Marina Macedo Martins Neto

Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Aplicada à Neurologia Infantil, Graduada pelo
Curso Básico Neuroevolutivo - Conceito Bobath
marinammneto@hotmail.com

Ana Cláudia Antônio Maranhão Sá

Professora Doutora, docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás
ana.claudia.antonio@bol.com.br

RESUMO

Introdução: Devido ao aumento da expectativa de vida e da população idosa, foram sendo descobertos vários tipos de demência, às vezes confundidos com a Doença de Alzheimer. A Doença de Pick é relativamente rara e pouco relatada na literatura global. **Objetivos:** Relatar as características clínicas, laboratoriais e exames de imagem de um idoso com hipótese de diagnóstico da Doença de Pick, correlacionar dados da literatura corrente com a evolução clínica e o tratamento submetido, comparar suas características com as descritas na literatura. **Relato do caso e discussão:** Trata-se do estudo de um caso provável de Doença de Pick, em um idoso de 72 anos, sexo masculino, caucasiano, residente na cidade de Rio Verde-GO. **Conclusão:** Diante das poucas informações fornecidas pela família e/ou cuidadores, há uma hipótese diagnóstica, mas não existe um laudo médico que confirme a Doença de Pick. Pois, o diagnóstico definitivo é possível apenas após a morte. Porém, o indivíduo apresenta características semelhantes às descritas na literatura. A evolução clínica e as medicações ingeridas não foram modificadas até o momento. Os exames laboratoriais não apresentam alterações significativas.

Palavras-chave: demência frontotemporal; idosos; Doença de Pick; características.

ABSTRACT

Introduction: Due to the increasing of life expectancy as well as of the elderly population, several types of dementia have been discovered, though they are sometimes confused with Alzheimer's Disease. The Pick's Disease is relatively rare and seldom reported in the global literature. **Objectives:** Report the clinical and laboratory characteristics and imaging exams of an elderly with hypothesis diagnostic of Pick's Disease, correlate literature data with the clinical course and submitted treatment, compare his characteristics with the ones described in the literature. **Case report and discussion:** It is about the study of a probable case of Pick's Disease, in a 72 - year - old, male, Caucasian, living in Rio Verde-GO. **Conclusion:** In view of limited information provided by family and/or caregivers, there is a diagnostic hypothesis, but there is not a medical report that relates the Pick's Disease. Furthermore, the definitive

diagnosis is only possible after death. The individual presents similar characteristics to those described in the literature. The clinical evolution and the medication consumed have not been kept up to the moment. The laboratory tests do not show significant changes, though.

Keywords: *frontotemporal dementia; elderly; Pick's Disease; characteristics.*

INTRODUÇÃO

Demência é uma síndrome clínica em que ocorre deterioração progressiva de funções cognitivas, resultante do comprometimento do Sistema Nervoso Central (SNC), dessa forma, afeta a vida social e profissional do indivíduo. No início não há alterações do nível de consciência e percepção, mas pode ocorrer o comprometimento da memória e pelo menos de outra função cognitiva, como linguagem, praxias, gnosias, habilidades visoespaciais, capacidade de abstração e funções executivas^{1,2}.

As demências são muito comuns na população idosa, a partir dos 65 anos, e sua frequência dobra a cada cinco anos¹. Sendo assim, o diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais². Uma importante forma de diferenciação entre os tipos de demência e a Doença de Alzheimer é por meio de padrões distintos de imagens³.

A Demência Frontotemporal (DFT) corresponde a 10% a 20% dos casos de demência degenerativa (primária), onde a degeneração e morte dos neurônios no SNC é a principal causa do déficit cognitivo, ocorrendo uma degeneração progressiva do córtex frontal e temporal anterior². A DFT é uma síndrome clínica caracterizada por alterações precoces e intensas do comportamento e personalidade (apatia, desinibição, perda de empatia social, comportamentos compulsivos ou repetitivos e alterações dietéticas)^{2, 4}. Acomete indivíduos tanto do sexo masculino quanto feminino, com uma prevalência na população geral entre 45-65 anos^{2,5}.

A Doença de Pick (DP) é classificada como uma DFT^{6, 7}, relativamente rara, representando cerca de um por cento de todos os casos de demência⁷. Na DP o indivíduo perde a memória de curta e longa duração e outros déficits cognitivos pioram progressivamente, dentre eles o prejuízo nas atividades de vida diária. Usualmente, começa na meia-vida, em torno de 50 - 60 anos de idade e o curso médio da doença é de 5 anos, podendo variar de 2 a 15⁶.

Nos estágios iniciais da DP, a pessoa é ciente do tempo e capaz de reconhecer pessoas e faces, o que não é habitual na Doença de Alzheimer. No entanto, existe a possibilidade de ocorrer apraxia⁶. As alterações geralmente não são percebidas pela maioria dos pacientes⁸. Muitas vezes, o indivíduo portador da DP pode realizar tarefas quando lhe é pedido, porém, não é capaz de realizar as mesmas independentemente. A habilidade para iniciar, organizar ou repetir uma simples tarefa é perdida com o avançar da doença⁶.

Devido o crescimento da existência das demências diante do aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população global, qualquer forma de perda de memória ou alterações do comportamento leva ao diagnóstico generalizado de Doença de Alzheimer. Os variados tipos de demências são desconhecidos e pouco relatados na literatura. Esse estudo se faz relevante por enfatizar as características da Doença de Pick de modo que seja possível diferenciá-la da Doença de Alzheimer e de outras demências para propor o tratamento adequado a cada indivíduo.

Os objetivos desse trabalho foram relatar as características clínicas, laboratoriais e exames de imagem de um idoso com hipótese de diagnóstico da Doença de Pick, correlacionar dados da literatura corrente a evolução clínica e o tratamento submetido, comparar suas características com as descritas na literatura.

RELATO DO CASO E DISCUSSÃO

Esta pesquisa trata-se do estudo de um caso provável de Doença de Pick. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Rio Verde - FESURV, sob protocolo nº 067/2011.

J.D.A., 72 anos, sexo masculino, caucasiano, residente na cidade de Rio Verde-GO. Trabalhava na fazenda antes dos sintomas da doença agravarem. Segundo a irmã, o quadro de perda de memória iniciou-se há aproximadamente 8 anos. Cardiopata, realizou cateterismo e angioplastia há aproximadamente 1 ano. Não sofre de crises convulsivas. Em relação a vícios, é ex-fumante e ex- etilista.

Até o ano de 2009, J.D.A. era capaz de dirigir veículo próprio e era independente para realizar algumas das suas atividades de vida diária, mas a partir daí, iniciou-se piora do quadro demencial. A irmã apresenta dificuldade em informar detalhes da evolução da doença.

A primeira identificação da doença de Pick (DP) ocorreu em 1892 por Arnold Pick. Devido à semelhança do quadro clínico, pode ser confundida com a Doença de Alzheimer^{9, 10}, o que ocorreu com J.D.A. no início dos sintomas. Porém, há 4 anos, um médico neurologista da cidade de Goiânia suspeitou da Doença de Pick, após as informações fornecidas pela irmã, mas o diagnóstico não foi confirmado.

A Doença de Pick é caracterizada patologicamente por atrofia nos lobos frontal e temporal anterior com gliose densa na substância branca subjacente, diferente das alterações encontradas no cérebro de pacientes com Alzheimer^{6, 7}. Há ainda o comprometimento límbico¹⁰. Exames de imagem funcional podem ser úteis nos estágios iniciais, já que a ressonância magnética estrutural pode não mostrar atrofia bilateral do lobo frontal⁵, podendo levar a desconsideração dos sintomas e atraso do tratamento apropriado³. Não foi possível a análise dos exames de imagem de J.D.A. realizados inicialmente, mas em uma ressonância magnética de 2008 foram detectados sinais de redução volumétrica encefálica, notadamente nas regiões hipocâmpais; múltiplos focos arredondados de alteração de sinal na substância branca de ambos os hemisférios cerebrais, sendo confluentes adjacentes aos cornos posteriores dos ventrículos laterais, possivelmente relacionados com microangiopatia.

Em 2009, uma tomografia de crânio mostrou parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal; ventrículos de volume discretamente aumentados; cisternas, fissuras e sulcos corticais proeminentes; linha média centrada. Em 2011, uma tomografia computadorizada, último exame de imagem realizado, detectou arcabouço ósseo íntegro; sem evidências de processo expansivo intracraniano ou de coleção intra ou extra-axial acima ou abaixo do tentório; proeminência das cisternas da base, fissuras de Sylvius e dos sulcos entre os giros corticais e as folias cerebelares; hipodensidades da substância branca periventricular e dos centros semi-ovais; aumento do volume dos ventrículos encefálicos; sem desvio da linha média.

A causa dessa doença neurodegenerativa é incerta. Fatores genéticos estão fortemente implicados na metade dos casos, existindo histórico familiar de doenças similares. Estudos genéticos estão fazendo progressos para revelar a matriz de genes que podem contribuir para o desenvolvimento da doença. Uma teoria é que a mutação no gene ou cromossomo 17 é a causa em alguns casos⁶. A irmã de J.D.A. desconhece casos familiares diagnosticados com qualquer tipo de demência.

Algumas evidências mostram o efeito positivo de agentes serotoninérgicos, especialmente no que diz respeito a sintomas comportamentais. Inibidores de recaptação de serotonina seletiva ou trazodona podem, no entanto, ser prescritos preferencialmente a medicamentos com acetilcolinesterase, mas nenhuma droga ainda tem habilidade para parar ou diminuir o processo degenerativo⁵. Medicamentos como antidepressivos ajudam no controle do comportamento, como agressividade e agitação⁶. J.D.A. faz uso de Donaren Retard (Cloridrato de Trazodona), além de outros medicamentos como Kitapen (Fumarato de Quetiapina), Clomenac (Cloridrato de Memantina), Bissulfato de Clopidogrel, Somalgin Cardio, Concor.

A forma histopatológica é caracterizada pela presença ou ausência de corpúsculos argirofílicos (corpos de Pick - compostos de fibras retas, diferentes dos filamentos helicoidais pareados presentes na Doença de Alzheimer) e/ou células baloniformes (células de Pick - inchaço do neurônio cortical)^{4, 6, 10}, mas o aparecimento desses grãos argirofílicos é pobremente entendido, sugerindo que podem ocorrer em outras patologias¹¹. O paciente não realizou nenhum exame responsável por análise histopatológica, sendo assim, não foi possível observar a presença ou ausência desses corpúsculos e/ou células.

Acredita-se que o giro pré-central é relativamente preservado na Doença de Pick, com ou sem corpos de Pick, e que os sinais piramidais (hiperreflexia, sinal de Babinski e espasticidade) são raros⁷. Na avaliação fisioterapêutica realizada, estes sinais não foram encontrados, J.D.A. apresentou normorreflexia, mesmo com difícil obtenção dos reflexos osteotendíneos, normotonia e sinal de Babinski negativo.

A DP pode ser classificada em três variantes. O tipo A é a forma clássica, com degeneração fronto-temporal e límbica com presença de inchaços neuronais e inclusões argirofílicas. O tipo B apresenta atrofia frontal e degeneração cortical com neurônios baloniformes, mas sem corpos de Pick. Muitos pacientes do tipo B apresentam sinais extrapiramidais, síndromes motoras assimétricas e degeneração na substância negra e outro núcleo profundo. No tipo C, não existem corpos de Pick nem neurônios baloniformes¹⁰. Como o diagnóstico da doença não foi comprovado por exames específicos, não foi possível classificar J.D.A. em nenhum tipo.

A doença varia grandemente na forma em que afeta as pessoas, porém existe um “padrão” de sintomas focados na mudança de personalidade (apatia, indiferença, desinteresse)

e comportamento (agressividade, comportamentos infantis ou repetitivos) e distúrbios de linguagem^{6, 7, 8}. A fala pode ser atingida, assim como a capacidade de escrever. Posteriormente o indivíduo se torna muito quieto e não fala nada. Pode se tornar incansável, caminhando constantemente e se distrai a qualquer alteração no ambiente⁶.

Na avaliação fisioterapêutica, quando realizado o exame físico, J.D.A. se encontrava em bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, afebril, anictérico, com ausência de acessos venosos, sondas, edemas, deformidades ou hematomas. As características observadas são semelhantes às citadas anteriormente, como agressividade, desatenção, desinteresse e indiferença, afasia, ausência de compreensão e resposta a comandos verbais, pouca colaboração. Apatia e comportamentos infantis ou repetitivos não foram observados, mas há manipulação de objetos, quando lhe são entregues, como bolas pequenas e novelos de linha. J.D.A. perdeu a capacidade de escrever, porém não perdeu a fala, mas não é possível compreender o que é dito, somente algumas palavras. Não caminha constantemente, apenas quando é estimulado, pegando na sua mão. Não apresenta alterações de comportamento diante de mudanças de ambientes diferentes do lar e não percebe onde está.

De acordo com os sinais vitais, apresentou pressão arterial 110 x 70 mmHg (milímetro de mercúrio), frequência cardíaca 56 bpm (batimentos por minuto), frequência respiratória 24 ipm (inspirações por minuto), e na ausculta pulmonar foi observado murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios.

Apresentou ainda normotrofismo, amplitudes de movimento (ADM) preservadas globalmente e ausência de movimentos involuntários. Por falta de colaboração do mesmo, não foi possível avaliar a sensibilidade superficial e profunda (proprioceptiva), força, coordenação motora e algumas atividades motoras, como rolar, transferência para decúbito lateral direito e esquerdo, sentado, gato, ajoelhado e de pé. Em decúbito dorsal, se mantém em simetria, permanece na postura, mas não a adquire independentemente. Não adquire a postura sentada independentemente, mas se mantém sem apoio quando colocado, permanecendo sem tentativa de transferir-se. Necessita de pouca ajuda para transferir-se para de pé, não tem iniciativa, mas se mantém sem apoio.

O equilíbrio aparentemente está preservado, mas não foi possível a realização dos testes para confirmação, assim como a avaliação postural, pois o idoso não compreende os comandos necessários. Deambula sem dispositivo de auxílio, mas necessita de supervisão.

De acordo com o Índice de Barthel, atingiu pontuação 30, sendo incluído na classificação severa.

Sintomas psicóticos como alucinações ou delusões podem ocorrer. Sendo assim, podem ser manifestados pensamentos fantásticos ou experiências vividas na imaginação⁴. A presença desses sintomas não foi observada nem relatada pela irmã.

O diagnóstico da Doença de Pick pode ser difícil e requer vários anos. Frequentemente a desordem é inicialmente diagnosticada como “stress”, depressão ou psicose^{6, 8}. Durante a vida é difícil porque os sintomas variam e, como citado anteriormente, são confundidos com a Doença de Alzheimer⁶. O diagnóstico definitivo somente poderia ser estabelecido após o exame patológico pós-morte⁵. Sendo assim, existe a dificuldade em comprovar o diagnóstico da doença de J.D.A., que continua sendo uma hipótese.

Inicialmente, uma avaliação clínica aprofundada deve ser realizada, incluindo um histórico completo familiar e pessoal. O exame físico ajuda a determinar o estado geral de saúde. Testes laboratoriais, incluindo testes sanguíneos podem detectar problemas hepáticos, renais, tireóideos, deficiência de vitamina e outros problemas que podem causar demência. No exame neurológico é incluído o eletroencefalograma, a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM). A TC e a RM podem revelar atrofia nos lobos frontal e temporal⁶. J.D.A. realiza exames laboratoriais esporadicamente, os quais raramente apresentam alterações importantes.

A avaliação psiquiátrica pode determinar a presença de doenças como a depressão, e sintomas semelhantes aos da demência. Testes psicométricos são úteis na determinação das áreas de prejuízo, áreas remanescentes de força e independência e fornecem informações aos cuidadores para planejamento futuro⁶.

Não há cura para a Doença de Pick e não há drogas que diminuam a progressão da mesma. Drogas elaboradas para o tratamento da Doença de Alzheimer são contra-indicadas na demência frontotemporal porque podem aumentar a agressividade. Cuidadores têm encontrado atividades extremamente positivas como novos passatempos, arte, música, caminhada, quebra-cabeça, que focam o indivíduo e podem reduzir a incidência de problemas comportamentais. Pacientes portadores da DP devem continuar em ambientes supervisionados e seguros, particularmente à medida que a doença avança⁶.

Atualmente, J.D,A. não frequenta fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia ou qualquer outro tratamento terapêutico, apenas realiza caminhada diariamente com um acompanhante.

Geralmente, o portador da Doença de Pick falece por má nutrição ou debilitação, resultando em pneumonia, ou pelos próprios processos de envelhecimento⁶.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a Doença de Pick é uma demência pouco relatada. A literatura brasileira apresenta uma maior escassez de publicações em relação à literatura estrangeira.

De acordo com as informações fornecidas pela família, observou-se que não houve uma comprovação do diagnóstico da Doença de Pick através de exames, principalmente de imagem, apenas pela história clínica. Não foi possível a análise dos exames realizados no início dos sintomas, pois a família não os tinha em mãos. Além disso, estudos relatam a possibilidade do diagnóstico definitivo apenas após a morte. Mesmo com poucas informações, observou-se que o indivíduo vem mantendo uma evolução clínica, sem grandes mudanças importantes no decorrer dos anos.

Os exames laboratoriais não apresentam alterações significativas. As medicações tem sido mantidas.

As características relacionadas à mudança de personalidade apresentadas pelo indivíduo condizem com as descritas na literatura, principalmente perda da empatia social, indiferença, desinteresse, agressividade, distúrbios de linguagem e prejuízo nas atividades de vida diária.

REFERÊNCIAS

1. Nitrini R, Bacheschi LA. A neurologia que todo médico deve saber. 2ª edição. São Paulo: Atheneu; 2005.
2. Kato EM, Radanovic M. Fisioterapia nas demências. São Paulo: Atheneu; 2007.

3. Suárez J, Tartaglia MC, Vitali P, et al. Characterizing radiology reports in patients with frontotemporal dementia. *Neurology*. 2009 Sep 29;73(13):1073-4.
4. Kremen SA, Solis OE, Shapira JSRN, Vinters HV, Mendez MF. “Fantastic thinking” in pathologically proven Pick’s disease. *Cogn Behav Neurol*. 2010 Jun;23(2):130-4.
5. Chauvire V, Even C, Thuile J, Rouillon F, Guelfi J-D. Frontotemporal dementia: a review. *Encephale*. 2007 Dec;33(6):933-40.Epub 2007 Sep 6.
6. Hardin S, Schooley B. A story of Pick’s disease: A rare form of dementia. *J Neurosci Nurs*. 2002 Jun;34(3):117-22.
7. Tsuchiya K, Piao YS, Oda T, et al. Pathological heterogeneity of the precentral gyrus in Pick’s disease: a study of 16 autopsy cases. *Acta Neuropathol*. 2006 Jul;112(1):29-42. Epub 2006 Apr 12.
8. Passant U, Elfgren C, Enqlund E, Gustafson L. Psychiatric symptoms and their psychosocial consequences in frontotemporal dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2005 Oct-Dec; 19 Suppl 1:S15-8.
9. Smith DA, Lantos PL. A case of combined Pick’s disease and Alzheimer’s disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1983 Jul;46(7):675-7.
10. Brito-Marques PR, Mello RV, Montenegro L. Classic Pick's disease type with ubiquitin-positive and tau-negative inclusions: case report. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001 Mar;59(1):128-33.
11. Zhukareva V, Shah K, Uryu K, et al. Biochemical analysis of tau proteins in argyrophilic grain disease, Alzheimer's disease and Pick': A comparative study. *Am J Pathol*. 2002 Oct;161(4):1135-41.

ANEXO 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Doença de Pick: Estudo de Caso”, que tem como objetivo geral descrever as características clínicas, laboratoriais e exames de imagem de um idoso portador da Doença de Pick, como foi realizado o diagnóstico e o que consta na literatura. Tem como objetivos específicos: Descrever sobre as demências, de um modo geral; Analisar as características clínicas e comportamentais do idoso a ser estudado, portador da Doença de Pick; Relatar a evolução clínica do idoso participante da pesquisa, portador da Doença de Pick; Relatar as informações sobre o idoso oferecidas pelos familiares; Descrever a descoberta da Doença de Pick do idoso mencionado, exames laboratoriais e de imagem e medicações ingeridas; Descrever o tratamento em que o idoso participante da pesquisa foi submetido e analisar como ele se encontra atualmente; Comparar com as características da Doença de Pick descritas na literatura. A avaliação e a coleta de informações serão realizadas na clínica de fisioterapia Fisio Center, pela fisioterapeuta pesquisadora responsável, de acordo com a sua disponibilidade, em quantas sessões forem necessárias. Para a avaliação serão utilizadas as posições deitado, sentado e em pé. Não será realizado tratamento, apenas a avaliação e a coleta de informações. O critério de inclusão é a sua aceitação para participar da pesquisa; o critério de exclusão é a sua desistência em dar continuidade na participação.

Sua participação será de forma voluntária, onde não haverá despesas ou remuneração. No caso de desistência, você não sofrerá nenhum prejuízo ou penalidade.

A pesquisa apresenta o mínimo de riscos, sendo que qualquer dano ou risco será de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Como benefício, você estará contribuindo para o desenvolvimento de um trabalho necessário para a pesquisadora responsável obter o título de especialista em Fisioterapia Neurológica. Além de possibilitar a divulgação do seu caso em reuniões científicas, congressos, simpósios e revistas na área da saúde.

Seu nome será mantido em sigilo, não havendo nenhuma possibilidade de publicação do mesmo.

Em caso de dúvidas, procurar a pesquisadora responsável e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Rio Verde (Fesurv) nos endereços abaixo.

Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado em duas vias, uma para o voluntário e uma para a pesquisadora.

Conforme as informações acima, concordo em participar e autorizo a participação do voluntário sob minha responsabilidade.

Rio Verde, ____ de _____ de 2011

Assinatura do voluntário e responsável legal

Assinatura da pesquisadora responsável

Pesquisadora responsável

Nome: Marina Macedo Martins Neto

Endereço: Rua Dalila Martins, nº 273, Solar Campestre, Rio Verde - GO

Celular: (64) 8124 – 2410

Pesquisadora orientadora

Nome: Ana Cláudia Antônio Maranhão Sá

Endereço: Av. Assis Chateaubriand, 1805, apto. 1101A, Setor Oeste, Goiânia - GO

Telefone: (62) 3251 - 2966

CEP (Universidade de Rio Verde - Fesurv)

Endereço: Rua Augusta Bastos, nº 883, 2º andar, sala 10, Centro, Rio Verde - GO

Telefone: (64) 3621 – 5485

ANEXO 02

ÍNDICE DE BARTHEL

Alimentação:

10 = Independente. Capaz de usar qualquer dispositivo necessário. Alimenta-se num tempo razoável.

5 = Necessita de ajuda para cortar a carne, passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho.

0 = Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.

Banho:

5 = Independente. Capaz de se lavar, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.

0 = Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.

Higiene Pessoal:

5 = Independentemente lava o rosto, penteia os cabelos, escova os dentes, barbeia-se (maneja a tomada, se o aparelho é elétrico). Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda.

0 = Dependente.

Vestimenta (parte superior e inferior do corpo):

10 = Independente. Amarra os sapatos, prende (ou fecha) fechos, coloca órteses. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda.

5 = Necessita de ajuda, mas faz pelo menos metade das tarefas num tempo razoável.

0 = Dependente.

Intestino:

10 = Contínente. Capaz de usar enemas ou supositórios, se necessário.

5 = Acidentes ocasionais. Necessita de ajuda para colocar enemas ou supositórios.

0 = Incontínente. Mais de um episódio semanal.

Bexiga:

10 = Contínente. Não apresenta episódios. Capaz de usar qualquer dispositivo por si só (sonda, urinol, garrafa).

5 = Acidentes ocasionais. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.

0 = Incontínente. Mais de um episódio em 24h.

Transferências no Banheiro:

10 = Independente. Entra e sai sozinho, não necessitando da ajuda de outra pessoa.

5 = Necessita de ajuda. Capaz de mover-se com uma pequena ajuda. Capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho.

0 = Dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.

Transferências – cadeira e cama:

15 = Independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.

10 = Mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.

5 = Grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.

0 = Dependente. Necessita de um apoio ou ser levantado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentada.

Deambulação:

15 = Independente por 50 metros ou seu equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode usar dispositivos auxiliares, exceto andadores com rodas. Se utilizar uma prótese, pode colocá-la e tirar sozinha.

10 = Necessita de ajuda por 50 metros. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda de outra pessoa ou utiliza andador.

5 = Independente por 50 metros com cadeira de rodas.

0 = Dependente, não realiza marcha nem qualquer dispositivo.

Subir escadas:

10 = Independente. Pode usar dispositivo auxiliar, sem ajuda ou supervisão.

5 = Necessita de ajuda ou supervisão.

0 = Dependente. É incapaz de subir ou descer escadas.

Pontuação: Severa: menos que 45 pontos; Grave: entre 45 e 49 pontos; Moderada: entre 60 e 80 pontos; Leve: entre 80 e 100 pontos