

Consciência da doença na demência do tipo Alzheimer: uma revisão sistemática de estudos longitudinais

Awareness of disease in dementia of the Alzheimer type: a systematic review of longitudinal studies

Maria Fernanda Barroso de Sousa¹, Raquel Luiza Santos¹, Denise Brasil¹, Marcia Dourado¹

RESUMO

Objetivos: Avaliar as definições, métodos de avaliação e hipóteses etiológicas utilizadas em estudos longitudinais sobre consciência da doença na demência do tipo Alzheimer. **Método:** Pesquisa, nas bases de dados Medline, ISI, Lilacs e SciELO, de estudos longitudinais sobre consciência da doença na demência do tipo Alzheimer entre 1999 e 2009. As palavras-chave utilizadas foram: "Alzheimer", "dementia", "anosognosia", "awareness of deficit", "awareness of disease", "insight" e "longitudinal study". Os artigos examinados foram classificados conforme as hipóteses etiológicas encontradas. **Resultados:** Os nove artigos selecionados foram divididos em duas áreas: hipóteses etiológicas biológicas e hipóteses etiológicas psicossociais. Os termos "falta de consciência dos déficits", "consciência do déficit", "insight" e "negação do déficit de memória" são utilizados nos estudos como sinônimos do termo "anosognosia", mesmo sendo, conceitualmente, diferentes. O método de avaliação mais utilizado foi o uso de questionários de discrepância entre os relatos dos pacientes e cuidadores. **Conclusões:** Os estudos longitudinais apresentam hipóteses etiológicas heterogêneas, além da inexistência de um padrão conceitual e metodológico de avaliação. Essas dificuldades impossibilitam a obtenção de resultados homogêneos, o que gera a necessidade de aprofundamento dos estudos na área.

Palavras-chave

Demência, anosognosia, consciência do déficit, estudo longitudinal.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the definitions, assessment methods and etiological hypotheses used in longitudinal studies on awareness of disease in dementia of the Alzheimer type. **Method:** Search in Medline, ISI, Lilacs and SciELO database, looking for longitudinal studies about awareness of disease in dementia of the Alzheimer type between 1999 and 2009. The keywords used were "Alzheimer", "dementia", "anosognosia", "awareness of deficit", "awareness of disease", "insight" e "longitudinal study". The articles reviewed were classified according to the etiological hypotheses. **Results:** Nine articles were selected and they were divided into two areas: biological etiological hypotheses and psychosocial etiological hypotheses. The terms "lack of awareness of deficits", "awareness of deficit", "insight" and "denial of memory" deficit were used as synonyms of "anosognosia", although con-

Recebido em
18/8/2010
Aprovado em
10/1/2011

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Centro de Doença de Alzheimer e outros Transtornos Mentais na Velhice, Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental.

Endereço para correspondência: Maria Fernanda Barroso de Sousa
Rua Doutor Catrambi, 161/102, Alto da Boa Vista – 20531-005 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: maria_fernandabs@yahoo.com.br.

Keywords

Dementia, anosognosia, awareness of deficit, longitudinal study.

*ceptually different. The questionnaires discrepancy between patients and caregivers was the most used evaluation method. **Conclusions:** Longitudinal studies show heterogeneous etiological hypotheses, a lack of a standard conceptual and methodological assessment. These difficulties make impossible to obtain homogeneous results. There is a need of further studies in the area.*

INTRODUÇÃO

A consciência da doença na demência tem sido definida tanto como a discrepância entre as queixas subjetivas e o desempenho nos testes neuropsicológicos e em outras escalas de avaliação¹ como também o reconhecimento de que o paciente tem de seu comprometimento generalizado². Além de não existir uma definição precisa do conceito³⁻⁵, há dificuldades relacionadas à sua operacionalização, pois a presença dos déficits cognitivos torna o fenômeno da consciência da doença um objeto de estudo bastante complexo, já que envolve fatores neuroanatômicos, mecanismos psicológicos e a influência do contexto social⁶.

A maioria das pesquisas sobre a consciência da doença se baliza em desenhos de corte transversal⁷. Os achados na área indicam que há relação positiva entre consciência da doença e disfunção no lobo frontal, depressão e gravidade clínica da demência. Entretanto, esses estudos em grande parte fornecem um cunho dicotômico para essas avaliações, pois analisam apenas a presença ou ausência de consciência⁸. Essa dicotomia é problemática, pois a consciência da doença é um fenômeno flutuante, uma vez que os pacientes podem reconhecer alterações causadas pela doença em um determinado domínio e não perceber o comprometimento em outras áreas⁹. Dessa forma, estudos longitudinais podem oferecer informações mais acuradas sobre o processo da consciência da doença e sobre a sua relação com outras variáveis como mudanças na pontuação do Miniexame do Estado Mental (MEEM) ou aspectos sociodemográficos⁷.

Esta revisão sistemática tem o objetivo de avaliar nos estudos longitudinais as definições de consciência da doença, métodos de avaliação e hipóteses etiológicas.

MÉTODO

Realizou-se busca de artigos, em todas as línguas, nas bases ISI, PubMed, SciELO e Lilacs, entre 1999 e 2009, utilizando as palavras-chave "Alzheimer", "dementia", "anosognosia", "awareness of deficit", "awareness of disease", "insight" e "longitudinal study". Os critérios de inclusão dos artigos foram: estudos longitudinais, randomizados ou não randomizados, com ou sem grupo controle, com pacientes com demência do tipo Alzheimer (DA) pré-senil e senil e DA comparada a outros

tipos de demência neurodegenerativas, em todos os estágios clínicos da doença. Foram excluídos artigos de revisão, estudos sobre consciência da doença com desenho de corte transversal, estudos que avaliaram somente intervenção ou que associaram consciência da doença a traumatismo crânioencefálico, condições metabólicas e qualquer outra etiologia de demência.

Inicialmente, todos os resumos selecionados foram lidos por dois avaliadores. Os avaliadores agruparam de forma independente a definição usada para o conceito, n da amostra, desenho metodológico e instrumentos utilizados, hipótese etiológica e resultados obtidos. Aqueles aprovados pelos dois eram incluídos na revisão. Os que apresentassem discordância eram submetidos a um terceiro avaliador.

As hipóteses etiológicas para consciência da doença foram classificadas nos artigos selecionados em hipóteses biológicas e hipóteses psicossociais.

RESULTADOS

Foram encontrados 148 artigos na base ISI, 146 na PubMed, zero no SciELO e zero no Lilacs. Retiradas as referências constantes em mais de uma base, foram selecionados sete artigos e adicionados, manualmente, dois artigos, divididos em duas áreas, de acordo com a hipótese etiológica. Os artigos excluídos desta revisão (n = 86) foram classificados em domínios como desenho do estudo^{5,7}, intervenção^{7,8}, participantes^{3,5,7,8}, fatores de risco para demência^{3,8} e avaliações³.

Na primeira área de classificação das hipóteses etiológicas, sete artigos relacionaram o comprometimento da consciência da doença na demência a fatores biológicos como gravidade clínica da doença (n = 3), disfunção no lobo frontal (n = 2) e depressão (n = 2). Esses estudos utilizaram termos como anosognosia (n = 3), consciência do déficit (n = 1), falta de consciência dos déficits (n = 1), *insight* (n = 1) e negação do déficit de memória (n = 1). Os métodos de avaliação utilizados foram questionário de avaliação da discrepância entre os relatos de pacientes e cuidadores (n = 5); escalas de avaliação da consciência (n = 2); questionário de avaliação da discrepância entre o relato do paciente e seu desempenho em testes objetivos (n = 1); testes de memória (n = 1); entrevista clínica (n = 3) e classificações pela observação clínica (n = 2). A avaliação longitudinal da consciência da doença variou

bastante quanto ao tempo de duração dos estudos – entre 12 e 36 meses – e em relação aos intervalos – dois momentos (n = 6) e três momentos (n = 1).

Tabela 1. Seleção dos estudos para revisão

Domínios	CrITÉRIOS de exclusão	Excluídos
	N = 86	
	↓	
Desenho do estudo	Estudo transversal	3
	Pesquisa com animais	4
	Revisão	8
	↓	
	N = 71	
Intervenção	Somente farmacológica	3
	Somente não farmacológica	12
	↓	
	N = 56	
Participantes	SPCD	3
	Outros transtornos	4
	Outras demências	11
	Progressão da doença	5
	Risco de suicídio	1
	↓	
	N = 32	
Fatores de risco para demência	Déficits olfativos	1
	Efeitos do envelhecimento na cognição	4
	Epidemiológicos	1
	Genéticos	8
	Neuropsicológicos	1
	Psicossociais	3
	Sinais parkinsonianos	1
	↓	
	N = 13	
Avaliações	Somente por imagem	10
	Validação de instrumentos	2
	Direção de veículos	1
	↓	
	N = 0	

SPCD: sintomas psicológicos e do comportamento nas demências.

Os artigos (n = 2) que apresentaram como hipótese etiológica fatores psicossociais abordaram aspectos orgânicos e psicossociais do adoecimento como contexto sociocultural, características de personalidade e mecanismos psicológicos de defesa. Nesses estudos, foram encontrados os termos consciência (n = 1) e consciência do déficit da memória (n = 1). Os métodos de avaliação utilizados foram questionário de avaliação da discrepância entre os relatos de pacientes e cuidadores (n = 1) e questionário de avaliação da discrepância entre a predição de desempenho e o desempenho propriamente

mente dito em testes (n = 1). Os pacientes foram avaliados longitudinalmente em dois momentos e em três momentos e o tempo de duração dos dois estudos foi de 12 meses.

A avaliação do desenho metodológico observou que os estudos não eram randomizados, utilizando tanto método quantitativo de avaliação (n = 8) quanto método qualitativo (n = 1).

Todos os estudos longitudinais encontrados buscaram associação entre a hipótese etiológica e o comprometimento do grau da consciência da doença.

DISCUSSÃO

Operacionalização do conceito de consciência da doença

Por ser um fenômeno flutuante e multidimensional, a operacionalização do conceito tem sido posta em segundo plano, além de não existir um padrão uniforme para gradação da consciência da doença. Assim, a consciência da doença pode ser considerada presente ou ausente ou graduada como preservada, comprometida ou parcial e ausente⁸. A maioria dos estudos longitudinais avaliados utiliza o próprio método de avaliação como a operacionalização da consciência da doença^{7,10-15}. No entanto, dois estudos indicaram a operacionalização adotada, consciência intacta, consciência levemente comprometida, consciência moderadamente comprometida e consciência ausente⁵ e consciência total, consciência parcial e consciência ausente¹⁶.

Grande parte desses estudos não define consciência da doença^{7,10-16}. Termos como “falta de consciência dos déficits”¹⁰, “anosognosia”^{11,12,16}, “consciência do déficit da memória”⁵, “consciência”⁷, “consciência do déficit”¹⁴, “insight”¹³ e “negação do déficit de memória”¹⁵ são usados como sinônimos. Essa mesma problemática é encontrada nos estudos transversais¹⁷⁻²². A falta de definição por parte dos estudos e a ausência de um consenso sobre o que seria consciência da doença interfere na metodologia utilizada e na interpretação dos resultados, o que impossibilita a replicação dos estudos propostos.

A consciência da doença é definida somente em um dos estudos longitudinais como a consciência do comprometimento da memória e seus impactos na vida da pessoa com demência⁵. De maneira geral, o termo “consciência”⁷ tem sido considerado como sinônimo de “consciência do déficit da memória”⁵. Ao avaliar apenas a memória, outros aspectos da consciência da doença são desconsiderados, já que áreas como as relações sociais, familiares, afetivas e as atividades de vida diária também são comprometidas pela demência²³.

“Anosognosia” é o termo mais utilizado nos estudos longitudinais^{11,12,16} e pode ser definida como um fenômeno cognitivo de não percepção explícita de um déficit, normalmente relacionado a lesões do hemisfério direito, sendo a redução do metabolismo um correlato, particularmente, nas regiões do lobo frontal²⁴. Anosognosia tem sido relacionada

Tabela 2. Estudos longitudinais com hipóteses biológicas

Autor/ano	Termo utilizado	N	Tempo de aplicação e intervalos	Instrumentos	Hipótese etiológica	Resultados
Akai <i>et al.</i> , 2009	Falta de consciência dos déficits	62 DA	Entrada - 12 meses	EMC, MMSE, CDR	Fator orgânico: gravidade clínica da doença	O comprometimento da consciência progride com o declínio cognitivo
Montañés e Quintero, 2007	Anosognosia	20 DA	Entrada - 13 meses	MMSE, GDS, QSM, Escala de Anosognosia, Escala de Competências	Fator orgânico: gravidade clínica da doença	Não há relação entre anosognosia e gravidade clínica da doença
Vogel <i>et al.</i> , 2006	Anosognosia	48 DA	Entrada - 22,1 meses	MQ, QoL-AD, EQ-5D, MMSE, GDS, DART, FBI	Fator orgânico: depressão	Há impacto da depressão na Escala QoL-AD
Marshall <i>et al.</i> , 2004	Anosognosia	26 DA	Entrada - 24 meses	Entrevista Clínica, MMSE	Fator orgânico: disfunção no lobo frontal	O aumento de placas senis na região direita do <i>prosubiculum</i> do hipocampo estaria associado à anosognosia
Arkin e Mahendra, 2001	<i>Insight</i>	20 DA	Entrada - 12 meses 24 meses 36 meses	ADPQ, GDS, MMSE	Fator orgânico: depressão	Não há correlação entre <i>insight</i> , escore do MMSE e depressão
Derouesné <i>et al.</i> , 1999	Consciência do déficit	88 DA	Entrada - 21 meses	CDS, MMSE, PQB, BEHAVE-AD, ADL, ZD, ZA	Fator orgânico: disfunção no lobo frontal	Correlação positiva entre nível reduzido de consciência do déficit, idade e disfunção no lobo frontal
Sevush, 1999	Negação do déficit da memória	106 DA 40 controles	Entrada - 15 meses	AMIS	Fator orgânico: gravidade clínica da doença	Não há correlação entre negação do déficit da memória e gravidade clínica da doença

EMC: Everyday Memory Checklist; MMSE: Mini-Mental State Examination; CDR: Clinical Dementia Rating; GDS: Geriatric Depression Scale; QSM: Queixas Subjetivas de Memória; MQ: Memory Questionnaire; QoL-AD: Quality of Life-Alzheimer's Disease Scale; EQ-5D: Euro-QoL-5domain; DART: Danish Adult Reading Test; FBI: Frontal Behavioural Inventory; ADPQ: Discourse prompt question about AD; CDS: Cognitive Difficulties Scale; PQB: Psycho-behavioural Questionnaire; BEHAVE-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale; ADL: Activities of Daily Living-scale; ZD: Zung Self-rating Scales for depression; ZA: Zung Self-rating Scales for anxiety; AMIS: Awareness of Memory Impairment Scale.

Tabela 3. Estudos longitudinais com hipóteses psicossociais

Aalten <i>et al.</i> , 2006	Consciência do déficit da memória	146 DA 32 DV 2 DCL 19 Outras causas	Entrada - 6 meses - 6 meses	NPI, CSDD, GRAD, MMSE, GDS, MPS, MFS	Fator biopsicossocial	Houve associação entre consciência do déficit da memória e sintomas depressivos
Clare e Wilson, 2006	Consciência	12 DA	Entrada - 12 meses	MARS, MMSE, RBMT, MFS, MPS	Fator biopsicossocial	Não houve associação entre o escore do questionário de discrepância e a mudança de escore no MMSE

NPI: Neuropsychiatric Inventory; CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia; GRAD: Guidelines for the Rating of Awareness Deficits; MMSE: Mini-Mental State Examination; GDS: Geriatric Depression Scale; MPS: Memory Performance Scale; MFS: Memory Functioning Scale; MARS: Memory Awareness Rating Scale; RBMT: Rivermead Behavioural Memory Test.

à gravidade clínica da doença^{11,16}. Apesar de sua definição ser mais precisa, esse termo tem sido adotado tanto na percepção do comprometimento cognitivo^{11,16} como no prejuízo neurológico¹², o que pode ocasionar inadequação na escolha do método de avaliação.

Os termos "falta de consciência dos déficits"¹⁰, "consciência do déficit"¹⁴, "*insight*"¹³ e "negação do déficit de memória"¹⁵ são utilizados nos estudos como sinônimos de "anosognosia". A falta de consciência dos déficits¹⁰ e a negação do déficit de memória¹⁵ se referem à percepção do comprometimento cognitivo, do mesmo modo que em consciência do

déficit¹⁴ e *insight*¹³. No entanto, a definição de consciência do déficit é mais global, pois abrange a consciência dos déficits cognitivos, emocionais e das relações sociais²⁵. Apesar disso, a consciência do déficit não necessariamente está relacionada ao adoecimento, pois o déficit pode ser atribuído a outros fatores como idade, evento ocorrido ou preocupação²⁶. Em contrapartida, o termo "*insight*" pode ser considerado como o mais impreciso, porque abarca o reconhecimento de uma série de eventos como a identificação de certos sintomas como patológicos, percepção de que é portador de uma doença e o nível de adesão ao tratamento²⁶.

Uma definição mais adequada, apesar de apresentada em um estudo transversal, seria conceituar a consciência da doença como a capacidade de perceber em si e/ou nas atividades da vida diária alterações ocasionadas por déficits associados ao processo de adoecimento²⁷. Essa definição abarca aspectos do comprometimento cognitivo, funcional e relacional do adoecimento na demência, enquanto outras conceituações se reportam, geralmente, a apenas um aspecto do comprometimento.

Hipóteses etiológicas

A associação entre fatores biológicos (gravidade clínica da doença, disfunção no lobo frontal e depressão) e consciência da doença pode ser considerada inconclusiva. Foi encontrada associação entre a hipótese etiológica biológica e o comprometimento da consciência da doença em alguns estudos longitudinais^{10,12,14,16}, mas em outros não foi evidenciada essa relação^{11,13,15}. A inconsistência dos resultados obtidos nesses estudos pode ser atribuída à falta de padronização metodológica decorrente da ausência de um instrumento padrão-ouro para avaliação na área. Vários estudos não utilizaram instrumentos específicos para avaliação da consciência da doença, mas sim para avaliação de déficits de memória^{10,14-16} e sintomas psicológicos e comportamentais^{14,16}. Apenas o estudo de Montaños e Quintero (2007)¹¹ utilizou uma escala para avaliação de anosognosia, entretanto essa escala não pode ser considerada como instrumento de avaliação de consciência da doença, pois se limita à aferição do reconhecimento dos déficits cognitivos sem que isso seja atribuído a uma doença.

A gravidade clínica da doença se refere ao grau de comprometimento cognitivo, comportamental e funcional ao longo do tempo^{10,11,15}. Estudos avaliam gravidade clínica da doença em relação a dois aspectos: tempo de duração da doença e idade de início. Esses aspectos são, muitas vezes, complicadores na avaliação da consciência da doença, pois não há acurácia por parte dos cuidadores em localizar os sintomas iniciais da doença, geralmente atribuídos ao envelhecimento normal, às situações pontuais de perdas e depressão.

A depressão também tem sido observada como um fator etiológico para o comprometimento da consciência da doença^{11,16}. Entretanto, deve ser considerada não como um fator etiológico, mas sim como um fator de confundimento, pois contribui para o agravamento dos déficits cognitivos, o que interfere na avaliação da consciência da doença e implica a necessidade de tratamento estatístico específico^{5,28}.

Alguns estudos relacionaram o comprometimento da consciência da doença à disfunção no lobo frontal^{12,14}. Foram encontrados comprometimento da perfusão sanguínea no lobo frontal¹⁴ e grande quantidade de placas senis na região direita do *prosubiculum* do hipocampo¹². Nesses estudos, os pacientes se encontravam no estágio leve¹⁴ e estágio grave

da demência¹². Estudos que avaliaram o comprometimento da perfusão sanguínea sugerem que esses resultados não são homogêneos em pacientes com DA leve, em função da heterogeneidade da topografia cerebral²⁹⁻³¹. Portanto, a relação entre comprometimento da consciência da doença e a disfunção no lobo frontal é dependente de uniformidade da amostra clínica, que deve estar no mesmo grau de estadiamento clínico da doença.

O método de avaliação mais utilizado foi o uso de questionários de discrepância entre os relatos dos pacientes e cuidadores^{10,11,14,15}. Nesse método, paciente e cuidador respondem às mesmas perguntas sobre o reconhecimento do déficit cognitivo, principalmente a memória. Geralmente, pacientes subestimam suas alterações de memória quando comparados ao relato do cuidador³². A sobrecarga do cuidador, assim como o tipo de relação pré-mórbida entre paciente e cuidador, características de personalidade, condições físicas, sintomas ansiosos e depressivos do próprio cuidador interferem na avaliação dele sobre o desempenho do paciente³³. No entanto, nenhum dos estudos longitudinais controlou esses aspectos, o que coloca em questão a acurácia dos relatos dos cuidadores, uma grande limitação metodológica.

Outros métodos como escalas de mensuração da consciência^{11,13}, questionário de discrepância entre o relato do paciente e seu desempenho em testes objetivos¹¹, entrevista clínica^{14,16}, testes de memória¹⁴ e observações clínicas^{14,15}, além do questionário de discrepância entre os relatos dos pacientes e cuidadores foram adotados. Um dos estudos utilizou somente a entrevista clínica como método de avaliação¹². Essa variedade de métodos de avaliação é consequência da ausência de uma definição-padrão para a consciência da doença, impossibilitando a replicação dos estudos e dos resultados e a adoção de um instrumento considerado padrão-ouro na área. Os instrumentos existentes como a discrepância entre o relato do paciente e seu desempenho em testes objetivos limita-se a avaliar pontos específicos, o que restringe a avaliação de um conceito que é multidimensional.

Estudos longitudinais apresentaram limitações no tempo de avaliação, pois não há intervalos padronizados entre as reavaliações e a duração do tempo dos estudos também não é uniforme¹⁰⁻¹⁶. Essa diversidade nos intervalos utilizados nas avaliações impossibilita a adoção de um denominador comum para os resultados desses estudos, até mesmo em estudos participantes de uma mesma hipótese etiológica para consciência da doença.

A hipótese etiológica biológica é criticada por adotar uma visão reducionista da consciência da doença². Essa concepção, além de considerar unicamente o déficit cognitivo na avaliação, reduz o comprometimento da consciência da doença a um sintoma da demência^{2,6,34}. A presença de fatores como mecanismos de enfrentamento da doença, respostas emocionais ao adoecimento e sintomas depressivos é a

base da hipótese psicossocial^{5,7}. Essa hipótese foi aventada com a finalidade de criticar o modelo orgânico vigente, que desconsideraria aspectos emocionais e comportamentais^{2,8}. Entretanto, os estudos que adotaram a hipótese etiológica psicossocial realizaram somente a avaliação de déficits de memória e sintomas psicológicos e comportamentais e não utilizaram instrumentos específicos para avaliação da consciência da doença^{5,7}.

A hipótese psicossocial tem recebido críticas relacionadas à adoção do termo biopsicossocial que engloba aspectos diversos como a gravidade da doença, a utilização de mecanismos de defesa e problemas relacionados ao contexto da entrevista, o que poderia transformar o comprometimento da consciência da doença em um fenômeno excessivamente generalista e superficial. O método de avaliação desses estudos, geralmente qualitativo, é também alvo de críticas. O método qualitativo ocasiona limitações para replicação, pois muitas vezes as avaliações se pautam em entrevistas semiestruturadas ou abertas que contemplam múltiplos domínios. Essas entrevistas requerem que os pacientes tenham expressão verbal preservada e a interpretação é baseada na observação do entrevistador, o que pode afetar os resultados do estudo^{2,35}. Outra crítica feita a essa hipótese é o número reduzido de sujeitos, que inviabiliza a ampliação dos resultados para a comunidade⁷.

CONCLUSÃO

A consciência da doença é um fenômeno flutuante, uma vez que os fatores biológicos, psicológicos e sociais influenciam na variação da percepção do paciente sobre os seus déficits. Os estudos longitudinais podem contribuir com dados relevantes para o estudo do fenômeno da consciência da doença ao acompanharem o processo da consciência da doença e estabelecerem relações com outras variáveis ao longo do estudo.

O desenho longitudinal para avaliação da consciência da doença apresenta dificuldades relacionadas ao acompanhamento de um grande número de pacientes, métodos de avaliação variados, avaliação de vários tipos de demência em um mesmo estudo e participantes que apresentam diferença estatística pouco significativa entre as aplicações. Além disso, as hipóteses etiológicas são variadas, a operacionalização da consciência da doença não é padronizada, não existe uma definição precisa do conceito nem um instrumento padrão-ouro para a área. Essas dificuldades impossibilitam a obtenção de resultados homogêneos, o que gera a necessidade de aprofundamento dos estudos na área com o objetivo de validação de instrumentos que possam fornecer dados mais consistentes de um fenômeno que pode interferir na qualidade de vida de pacientes e cuidadores. Assim também a área necessita do desenvolvimento de um instrumento

adequado para avaliação da consciência da doença, levando em consideração que a consciência da doença deve ser definida como o reconhecimento de alterações não apenas cognitivas, mas também funcionais e relacionais.

REFERÊNCIAS

1. Wagner M, Spangenberg K, Bachman D. Unawareness of cognitive deficit in Alzheimer disease and related dementias. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1997;11(3):125-31.
2. Clare L. Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease. *Social Sci Med*. 2003;57:1017-29.
3. Marková IS, Clare L, Wang M, Romero B, Kenny G. Awareness in dementia: conceptual issues. *Aging Ment Health*. 2005;9:386-93.
4. Dourado MCN, Laks J, Rocha M, Soares C, Leibing A, Engelhardt E. Consciência da doença na demência: resultados preliminares em pacientes com doença de Alzheimer leve e moderada. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63:114-8.
5. Aalten P, Van Valen E, De Vugt ME, Lousberg R, Jolles J, Verhey FRJ. Awareness and behavioral problems in dementia patients: a prospective study. *Int Psychogeriatr*. 2006;18(1):3-17.
6. Clare L. Developing awareness about awareness in early-stage dementia. The role of psychosocial factor. *Dementia*. 2002;1(2):295-312.
7. Clare L, Wilson BA. Longitudinal assessment of awareness in early-stage Alzheimer's disease using comparable questionnaire-based and performance-based measures: a prospective one-year follow-up study. *Aging Ment Health*. 2006;10(2):156-65.
8. Dourado MCN, Laks J, Leibing A, Engelhardt E. Consciência da doença na demência. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006;33(6):313-21.
9. Lamar M, Lasarev MR, Libon DJ. Determining Levels of Unawareness in Dementia Research. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002;14(4):430-7.
10. Akai T, Haruo H, Hirofumi S, Tomohiko S, Toshihiko I. Longitudinal patterns of unawareness of memory deficits in mild Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int*. 2009;9:16-20.
11. Montañés P, Quintero E. La anosognosia en la enfermedad de Alzheimer: una aproximación clínica para el estudio de la conciencia. *Rev Latinoam Psicol*. 2007;39(1):63-73.
12. Marshall GA, Kaufer DI, Lopez OL, Rao GR, Hamilton RL, Dekosky ST. Right subiculum amyloid plaque density correlates with anosognosia in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75:1396-400.
13. Arkin S, Mahendra N. Insight in Alzheimer's patients: results of a longitudinal study using three assessment methods. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2001;16:211-24.
14. Derouesné C, Thibault S, Lagha-Pierucci S, Baudouin-Madec V, Ancrì D, Lacomblez L. Decreased awareness of cognitive deficits in patients with mild dementia of the Alzheimer type. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14:1019-30.
15. Sevush S. Relationship between denial of memory deficit and dementia severity in Alzheimer disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1999;12(2):88-94.
16. Vogel A, Hasselbalch SG, Andersen BB, Mortensen EL, Waldemar G. Patient versus informant reported quality of life in the earliest phases of Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:1132-8.
17. Shibata K, Narumoto J, Kitabayashi Y, Ushijima Y, Fukui K. Correlation between anosognosia and regional cerebral blood flow in Alzheimer's disease. *Neurosci Lett*. 2008;435:7-10.
18. Clare L, Rowlands J, Bruce E, Surr C, Downs M. 'I don't do like I used to do': a grounded theory approach to conceptualizing awareness in people with moderate to severe dementia living in long-term care. *Soc Sci Med*. 2008;66(11):2366-77.
19. Oyeboode JR, Telling AL, Hardy RM, Austin J. Awareness of memory functioning in early Alzheimer's disease: lessons from a comparison with healthy older people and young adults. *Aging Ment Health*. 2007;11(6):761-7.
20. Cosentino S, Metcalfe J, Butterfield B, Stern Y. Objective metamemory testing captures awareness of deficit in Alzheimer's disease. *Cortex*. 2007;43:1004-19.
21. Kazui H, Hirono N, Hashimoto M, Nakano Y, Matsumoto K, Takatsuki Y, et al. Symptoms underlying unawareness of memory impairment in patients with mild Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2006;19:3-12.

22. Onor ML, Trevisiol M, Negro C, Aguglia E. Different perception of cognitive impairment, behavioral disturbances, and functional disabilities between persons with mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease and their caregivers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2006;21(5):333-8.
23. Duke LM, Seltzer B, Seltzer JE, Vasterling JJ. Cognitive components of deficit awareness in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*. 2002;16(3):359-69.
24. Michon A, Deweer B, Pillon B, Agid Y, Dubois B. Relation of anosognosia to frontal lobe dysfunction in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1994;57:805-9.
25. Seltzer B, Vasterling JJ, Mathias CW, Brennan A. Clinical and neuropsychological correlates of impaired awareness of deficits in Alzheimer disease and Parkinson disease: a comparative study. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 2001;14(2):122-9.
26. Zanetti O, Vallotti B, Frisoni GB, Geroldi C, Bianchetti A, Pasqualetti P, et al. Insight in dementia: when does it occur? Evidence for a nonlinear relationship between insight and cognitive status. *J Gerontol Psychol Sci*. 1999;54B(2):100-6.
27. Dourado MCN, Marinho V, Soares C, Engelhardt E, Laks J. Awareness of disease in dementia: development of a multidimensional rating scale. *Dement Neuropsychol*. 2007;1:74-80.
28. Antoine C, Antoine P, Guermonprez P, Frigard B. Awareness of deficits and anosognosia in Alzheimer's disease. *Encephale*. 2004;30(6):570-7.
29. Haxby JV, Grady CL, Koss E, Horwitz B, Heston L, Shapiro M, et al. Longitudinal study of cerebral metabolic asymmetries and associated neuropsychological patterns in early dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol*. 1990;47:753-60.
30. Pakrasi S, O'Brien JT. Emission tomography in dementia. *Nucl Med Commun*. 2005;26:189-96.
31. Waldemar G, Hogh P, Paulson OB. Functional brain imaging with single proton emission computed tomography in the diagnosis of Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 1997;9(1):223-7.
32. Vogel A, Hasselbalch SG, Ziebell M, Gade A, Stokholm J, Waldemar G. Awareness of deficits in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: do MCI patients have impaired insight? *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2004;17(3):181-7.
33. Correa DD, Graves RE, Costa L. Awareness of memory deficit in Alzheimer's patient and memory-impaired older adults. *Aging Neuropsychol Cogn*. 1996;3:215-28.
34. Clare L. Awareness in early-stage Alzheimer's disease: a review of methods and evidence. *Br J Clin Psychol*. 2004;43:177-96.
35. Marková IS, Berrios GE. Insight into memory deficits. *Memory disorders in psychiatric practice*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.