

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BÁRBARA PESSOA DE MATOS

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO E ABORDAGEM DE DEMÊNCIAS EM IDOSOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

MATOZINHOS - MG

2014

BÁRBARA PESSOA DE MATOS

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO E ABORDAGEM DE DEMÊNCIAS EM IDOSOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi

MATOZINHOS – MG

2014

BÁRBARA PESSOA DE MATOS

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO E ABORDAGEM DE DEMÊNCIAS EM IDOSOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Banca Examinadora

Prof^a Quitéria Silva do Nascimento Torres - UFAL

Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em __/__/__

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, ao irmão Lucas, à minha tia Carmem, à minha avó Gilka, ao Matheus e, particularmente, à minha segunda família esse ano: Raquel Kênia, Lúcia, Magda, Marina, Márcia, Raquel, Rosilda, Rosemira e Nilse, componentes da UBS Vitalino Fonseca, além de todos os componentes da UBS Cruzeiro e principalmente aos meus pacientes, de ambas ESFs, que depositaram a sua confiança e as suas vidas em minhas mãos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a Deus, o qual me proporcionou estar onde me encontro hoje. Aos meus pais, que me deram toda a infraestrutura, dedicação e cuidado para que conseguisse vencer todos os obstáculos de ordem pessoal e profissional desde a minha infância. A minha família, que lutou ao meu lado em cada adversidade; ao meu irmão Lucas, que mesmo distante se faz cada dia mais presente. Ao meu namorado Matheus, por me fazer sempre querer seguir em frente, em rumo dos meus e dos nossos sonhos.

Além também da minha tia Carmem, que me proporcionou toda dedicação, carinho e cuidado de uma mãe, me passando ensinamentos pessoais que seguirei por toda a minha vida. À minha avó Gilka, que mostrou a todos como a garra, a fé e a força em viver nos trazem bênçãos e milagres a cada dia; dando-me o mais bonito exemplo de vida nesse último ano.

Em especial, gostaria de agradecer a cada um que fez desse meu ano, um ano enriquecedor e cheio de aprendizados, seja de caráter humano, como profissional. Gostaria de agradecer a toda a equipe da Secretaria de Saúde de Matozinhos, assim como a todos do CAPS e do NASF. A todos os meus colegas do grupo do PROVAB, por terem feito da convivência, mesmo que em grande parte do tempo virtual, mais alegre e amena. Aos antigos colegas e agora amigos que levarei por toda a vida: Dra. Marcela, Dr. Rafael e Dr. André. Aos mestres da faculdade e da especialização, que doaram e colocaram um pouco de si em nós. Ao meu orientador e tutor, Dr. Antônio Leite, pela sua paciência e ensinamentos.

E por último, mas não menos importante, para as minhas duas famílias desse ano: a família da UBS Cruzeiro e da UBS Vitalino Fonseca. Foram vocês que fizeram parte da maioria dos meus dias, fazendo da nossa convivência, uma verdadeira amizade. Levarei todos em meu coração. E aos meus pacientes, sobre os quais pude desenvolver o apreço com o próximo e o dom de cuidar, pelo qual tanto batalhei e sonhei um dia exercer como médica.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

O município de Matozinhos está localizado a 47 km de Belo Horizonte-MG e possui uma população de aproximadamente 34.624 habitantes. Ele possui em suas dependências, 10 unidades básicas de saúde (UBS), sendo a UBS Cruzeiro, a fonte de atuação do trabalho que se segue. Através do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, realizada pela UFMG, foi realizado um levantamento de nós críticos vivenciados pela comunidade adscrita da unidade, sendo as principais encontradas, o controle inadequado de patologias crônicas de grande prevalência na população como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, e as suas complicações. A população idosa corresponde a 13% do total da adscrita da UBS, e concentra a maioria dos casos dessas doenças. Acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio são as principais consequências e causas de tratamento crônico; no entanto, a população e os profissionais de saúde têm fácil acesso no quesito de diagnóstico e tratamento das mesmas. Com o envelhecimento populacional e com a alta prevalência de tais patologias crônicas sem controle, também é comum encontrar casos de idosos com déficits cognitivos não avaliados ou mal avaliados pelos profissionais, sendo frequente a procura de atendimento por perda de memória ou limitação em atividades de vida diária, que acabam sem um diagnóstico definitivo e sem tratamento. A demência varia de 3 a 30% dos idosos, e pode levar a um significativo aumento da mortalidade e redução da qualidade de vida dos indivíduos acometidos e de seus responsáveis, pela grande dependência que a mesma causa. Este trabalho visa à elaboração de um protocolo para realizar um levantamento de idosos com queixas cognitivas e um meio de facilitar o diagnóstico de prováveis demências pelos profissionais de saúde. Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade de Minas Gerais e Scielo.

Palavras-chave: Demência. Idosos. Atenção básica. Doença de Alzheimer. Diagnóstico de demência.

ABSTRACT

The city of Matozinhos is located 47 km from Belo Horizonte - MG and has a population of approximately 34.624 inhabitants. It has, in its dependencies, 10 Basic Health Units (BHU), being BHU Cruzeiro the source of this following paper. Thanks to the Specialization Course in Basic Attention in Family Health, taught by UFMG, a research about critical nodes lived by the submit community around the health unit was conducted. The main point found was the inadequate control of chronic pathologies of great prevalence in the whole society, like: hypertension, diabetes mellitus and their complications. The elderly population corresponds to 13% of the total people belonging to the BHU neighborhood and concentrates the majority of this kind of illness. Stroke, heart attack are the main consequences and causes of chronic treatment; however, the population and the health professionals have an easy access to their diagnosis and treatment. Considering the population aging and the high prevalence of those chronic non-controlled pathologies, it is also common to find cases of elderly men/women with non or bad estimated cognitive deficits by the professionals, being frequent the demand for treatment for memory loss or limitations in daily life activities, with no definite diagnosis and treatment. The dementia varies between 3 and 30% of all elderly and can lead to a significantly raise in the mortality and a reduction of life quality of them and their responsables due to the great dependence cause by it. This paper focuses an elaboration of a protocol to create a research of elderlies with cognitive complaints and a way to make the diagnosis of likely dementias easier for the health professionals. To build this project, we worked with scientific paper available in databases as: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade de Minas Gerais and Scielo.

Keywords: Dementia. Elderly people. Basic attention. Alzheimer disease. Diagnosis of dementia.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
	1.1. Diagnóstico Situacional.....	10
	1.2. Justificativa.....	15
	1.3. Objetivos.....	16
	1.4. Métodos.....	17
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
	2.1 Significado e Epidemiologia.....	18
	2.2 Tipos de demências mais comuns.....	20
	2.2.1 Doença de Alzheimer.....	20
	2.2.2 Demência Vascular.....	21
	2.2.3 Demências por corpos de Lewy.....	23
	2.3 Diagnóstico.....	24
	2.4 Tratamento.....	27
3	PLANO DE AÇÃO.....	29
4	CONCLUSÃO.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39

ANEXOS.....44

1 INTRODUÇÃO

1.1 Diagnóstico Situacional

O município de Matozinhos, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, se encontra a 47 km da capital e possui uma população de 34.624 habitantes, segundo o último censo do IBGE. Faz divisa com os municípios de: Pedro Leopoldo, Prudente de Moraes, Sete Lagoas, Capim Branco, Jaboticatubas, Confins, Esmeraldas, Baldim e Funilândia. Além disso, possui uma população predominantemente urbana (90,9%), contra uma minoria rural (9,1%); e sua faixa etária sendo composta principalmente por adultos (acima de 25 anos) e idosos.

A cidade possui dez Unidades Básicas de Saúde, um hospital (Hospital Wanda Andrade Drummond) que está inoperante desde o início do ano, uma Unidade de Pronto Atendimento (Pronto Atendimento Nilton Geraldo Machado), além do CAPS Ambrozina Esteves Correa, um Centro de Especialidades e um Centro de Saúde Bucal.

A Unidade Básica de Saúde Cruzeiro se localiza no bairro que o dá nome, e possui uma população adscrita de aproximadamente 4.800 pessoas. A Equipe de Saúde da Família é composta por um médico concursado municipal de Saúde da Família, um médico do PROVAB, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Ainda fazem parte da UBS uma auxiliar de serviços gerais, duas recepcionistas e uma técnica de enfermagem com vínculo estadual responsável pelo setor de vacinação (conjuntamente com a enfermeira).

A unidade está instalada em uma casa alugada pela prefeitura e adaptada para funcionar como unidade de atendimento. O serviço era inicialmente baseado através de demanda espontânea, estabelecendo um dia na semana para o atendimento de pré-natal e visitas domiciliares.

No início do corrente ano, pela falta de médicos em seis das dez Unidades, o número de pessoas procurando atendimento médico aumentou drasticamente, fato

tal que ainda foi acrescido e multiplicado devido ao surto de dengue vivenciado pelo município. Devido a isso, e pela própria característica de atendimento baseado somente na demanda, o atendimento programado foi preterido, assim como as reuniões com a equipe.

Essa condição vivida pela UBS Cruzeiro também pode ser vista como realidade de outras unidades. Por isso, foi necessário realizar um diagnóstico situacional do território, juntamente com toda a equipe, de forma a identificar e definir os principais problemas enfrentados pelos usuários da área de abrangência.

Na análise situacional, os números e dados foram levantados através de dados já existentes na unidade, conjuntamente com os fornecidos pela Prefeitura Municipal e do Ministério da Saúde, já que o sistema do SIAB se encontra desatualizado e sem distinção quanto à população das diferentes unidades/bairros. Assim, a própria vivência dos profissionais, aliada ao conhecimento da população por parte dos ACS e da relação médico-paciente, foi de extrema importância para um levantamento mais apurado.

Vários foram os “nós críticos” levantados pela equipe, pois além de gerenciar uma população que excede o número máximo de habitantes adscritos exigido pelo Ministério da Saúde, o momento era atípico do normalmente vivido pelos profissionais. Desse modo, foi proposto inicialmente um plano de ação imediatista que visava ordenar os atendimentos de modo a garantir o acesso de todos à saúde em caráter mais agudo, sem privar os atendimentos de agravos crônicos, que também devem ser seguidos por um controle eficaz.

Foram iniciadas junto à equipe, reuniões semanais, que não existiam anteriormente, em um horário fixo onde havia um menor fluxo de pacientes passou a ser adotado o atendimento também através de agendas e, além disso, um melhor acolhimento por parte da equipe, de forma a triar aqueles que precisavam de um atendimento mais “emergencial”. Dessa forma, o fluxo foi redistribuído possibilitando o desenvolvimento de ações baseadas nos princípios do Programa de Saúde da Família.

Com a resolução desse viés de maior necessidade, outros “nós críticos” foram colocados em pauta, sendo englobada principalmente a falta de controle

ambulatorial de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), principalmente na população mais idosa, assim como outros agravos associados a esses quadros, que limitavam e diminuía a qualidade de vida dessas pessoas.

A unidade possui uma distribuição etária bastante semelhante à da cidade, com uma maior população adulta e idosa. Essa última, no entanto, compõe 13% do total da população do bairro e é aonde é mais encontrada a maioria de tais agravos crônicos, e que em grande parte dos casos, não tem o devido controle e acabam por provocar complicações como Infarto agudo do miocárdio, amputações devido a infecções de pé diabético e mais frequentemente, o acidente vascular encefálico (AVE).

Além disso, o próprio controle é dificultado por questões pessoais e sociais que podem se passar despercebidas pelo profissional de saúde. Muitos desses pacientes moram sozinhos, não são alfabetizados e/ou possuem distúrbios cognitivos e fisiológicos que acabam por limitar suas atividades de vida diária. Ainda nesse contexto, um grande número chega ao consultório médico com a queixa de esquecimento, dificuldades nos seus afazeres, que aos poucos os vão minando, aumentando o seu grau de dependência e por fim, os deixando acamados.

Muitos pacientes acabam por desenvolver um quadro demencial só devidamente diagnosticado em uma fase tardia da patologia, em que não há condições de retardá-la através de medidas diretas, restando-se somente de medidas paliativas de tratamento para amenizar tanto o sofrimento do paciente como da própria família.

O envelhecimento populacional mundial tem crescido numa taxa de 2,4% ao ano durante a última década e no ano 2000 já existiam 580 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Com o crescente número de idosos, as doenças relacionadas à idade também estão aumentando, particularmente condições degenerativas, como a demência (LAUTENSCHLAGER, 2002).

Vários estudos avaliaram a frequência de demências em países dominantes. Ela varia de 3% aos 70 anos até 20% a 30% aos 85 anos, dobrando a cada cinco anos com o aumento de idade (ATALAIA-SILVA; RIBEIRO; LOURENÇO, 2008 *apud* JORM *et al.*, 1990).

Apresenta grande variação, de acordo com os critérios utilizados para o diagnóstico. No Brasil, a maioria dos dados não é muito fidedigna, devido a dificuldades metodológicas nos estudos que foram realizados com esse propósito. A prevalência varia de 1,6%, na faixa de 65 a 69 anos, até 38,9%, acima de 84 anos, em população de zona urbana no interior de São Paulo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE; ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, 2009).

A demência pode ser definida como síndrome caracterizada por declínio de memória associado a déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosias, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo(TEIXEIRA JÚNIOR; CARDOSO, 2005 *apud* American Psychiatric Association, 1994).

Segundo Fornari, *et al.*(2010), essa por ser uma doença adquirida, distingue-se do retardo mental, e pela persistência e cronicidade, exclui-se o delírium como causa. Logo, todo quadro se desenvolve em indivíduos previamente hígidos.

Existem diversas classificações para os tipos de demência, sendo as principais classificadas quanto reversíveis ou irreversíveis, ou primárias (degenerativas) ou secundárias (não-degenerativas). No caso do projeto de intervenção, perante a forma de rastreio e diagnóstico, o critério melhor abordado vai de acordo com a reversibilidade.

Em uma pequena porcentagem dos casos, uma etiologia reversível ou tratável poderá ser identificada como causa de demência, sendo os exemplos mais importante as doenças da tireóide, neurosífilis, infecções por fungos, deficiências de vitaminas e lesões estruturais do cérebro como: tumores, hematomas subdurais e hidrocefalia(OKAMOTO; BERTOLUCCI, 1998).

As causas irreversíveis englobam o grupo das demências degenerativas (primárias), além da demência vascular e mista (FORNARI *et al.*, 2010). Segundo Okamoto e Bertolucci (1998), esse primeiro grupo abrange a maior parte das causas de demência, e dentre elas pode-se citar principalmente: doença de Alzheimer, demências de corpúsculos de Lewy, demência fronto-temporal, doença de Huntington, doença de Pick, Parkinson, paralisia supranuclear progressiva, etc.

Para isso, esse projeto visa promover um protocolo de atendimento para uma melhor abordagem de pacientes com uma sintomatologia sugestiva, de forma a obter um diagnóstico precoce e acompanhamento dos casos, visando um tratamento

preciso, retardo da progressão da patologia, melhorando, assim, a qualidade de vida para os pacientes e para todos os que o cercam.

1.2 JUSTIFICATIVA

Com o envelhecimento populacional, a porcentagem e o número de doenças crônicas, típicas de pacientes mais idosos, vão aumentando gradualmente. Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus e diversas outras patologias também associadas a essas primeiras se tornam algo frequente no cotidiano da equipe de saúde. No entanto, quando os pacientes ou seus familiares buscam por atendimento com profissionais de saúde, as mesmas se apresentam agudizadas ou em fase mais tardia; o que mostra uma falta de diagnóstico inicial desses casos ou até mesmo de controle.

Patologias crônicas podem gerar sequelas que irão trazer limitações para a vida do paciente; para isso, se faz necessário agir precocemente para evitar tais transtornos. Por mais que ainda existam pacientes com HAS e DM descontrolados, existe uma política de incentivo para o tratamento e acompanhamento desses agravos, como: grupos operacionais, como o HIPERDIA; o fornecimento de medicamentos hipoglicemiantes e antipertensivos de forma gratuita pela “Farmácia Popular” ou até a sua distribuição pelas farmácias da Prefeitura Municipal.

Entretanto, os idosos não padecem comente de tais patologias. A demência tem prevalência que varia de 3% aos 70 anos até 20% a 30% aos 85 anos, dobrando a cada cinco anos com o aumento de idade (ATALAIA-SILVA; RIBEIRO; LOURENÇO, 2008 *apud* JORM *et al.*,1990).

Além disso, ela vem crescendo cada vez mais à medida que a expectativa de vida da população também sobe. No entanto, mesmo sendo algo tão frequente, nem sempre possui um diagnóstico preciso e na maior parte das vezes, não são medicados.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Criar um protocolo de abordagem ao paciente com distúrbios cognitivos na atenção primária, na UBS Cruzeiro.

1.3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos almeçados no decorrer deste projeto são:

- I. prevenir quadros de internações precoces e dependência dos familiares por parte dos pacientes com demência;
- II. possibilitar formas de diagnóstico precoce e posterior tratamento dos casos confirmados;
- III. promover qualidade de vida a esses pacientes;
- IV. promover atendimento multidisciplinar, quando necessário, em quadros mais avançados;
- V. facilitar, quando necessário, o acesso desses pacientes na atenção secundária com neurologistas e/ou geriatras.

1.4 MÉTODOS

O presente trabalho é um projeto de intervenção voltado para a elaboração de um Protocolo para abordagem e diagnóstico precoce de demências na terceira idade na Atenção Primária. O estudo foi realizado de março de 2013 a janeiro de 2014, baseado nos achados de alta prevalência de queixas típicas por indivíduos acima de 60 anos da população adscrita na Unidade Básica de Saúde Cruzeiro.

Inicialmente foi realizado um levantamento populacional, traçando causas e consequências de patologias de alta prevalência nessa comunidade através de prontuários, informações coletadas através dos profissionais de saúde e de consultas médicas.

Para o projeto de intervenção através do protocolo, foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais e SCIELO. Foram encontrados 52 artigos científicos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas, sendo selecionados conforme sua relevância.

Foram selecionados, ao final, 30 artigos abordando o tema, dos últimos 20 anos, em língua portuguesa e espanhola.

Os descritores utilizados nesse trabalho foram: Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Depressão, Demência, Epidemiologia, Transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos, Avaliação cognitiva, Idoso, Rastreamento, Demência/diagnóstico.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Significado e Epidemiologia

O envelhecimento populacional mundial tem crescido numa taxa de 2,4% ao ano durante a última década e no ano 2000 já existiam 580 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (LAUTENSCHLAGER, 2002). Desde a década de 50, a maioria dos idosos vive em países do terceiro mundo. No Brasil o aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes entre 1950 e 2025, enquanto se estima que o aumento populacional como um todo será da ordem de 5 vezes (HERRERA JÚNIOR *et. al*, 1998). Logo, com o crescente número de idosos, as doenças relacionadas à idade também estão aumentando, particularmente condições degenerativas, como a demência (LAUTENSCHLAGER, 2002).

A demência pode ser definida como síndrome caracterizada por declínio de memória associado a déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosis, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo (TEIXEIRA JÚNIOR; CARDOSO, 2005 *apud* American Psychiatric Association, 1994).

Foram realizados vários estudos em países dominantes objetivando um levantamento epidemiológico da demência. Ela varia de 3% aos 70 anos até 20% a 30% aos 85 anos, dobrando a cada cinco anos com o aumento de idade. Na Europa estima-se uma prevalência uniforme de 6% para o problema para pessoas com 65 anos ou mais (ATALAIA-SILVA *et.al*, 2008 *apud* JORM *et al.*,1990). Em dados brasileiros, a prevalência varia de 1,6%, na faixa de 65 a 69 anos, até 38,9%, acima de 84 anos, em população de zona urbana do interior de São Paulo, sendo o sexo feminino o mais acometido, numa razão de 2:1 (HERRERA JÚNIOR *et.al*, 1998).

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e a Academia Brasileira de Neurologia (2009), além de existirem poucas pesquisas a respeito do assunto, a maioria dos dados não é muito fidedigna, devido a dificuldades metodológicas nos estudos realizados com esse propósito, com instrumentos que foram utilizados em levantamentos europeus e americanos.

Segundo Scazufca *et.al* (2002), tais instrumentos geralmente requerem um bom nível educacional, e podem ser inadequados se a população idosa estudada apresentar pouca ou nenhuma escolaridade, o que frequentemente é o caso nos países em desenvolvimento, assim como é a realidade brasileira, superestimando um número de casos.

Um exemplo desse fato pode ser atribuído, segundo Fornari *et.al* (2010), em um recente estudo colaborativo que afirmou que a América Latina apresenta a prevalência mais elevada de demência entre indivíduos relativamente mais jovens (entre 65 e 69 anos), quando comparados às regiões desenvolvidas.

Ainda segundo Fornari,*et al* (2010), essa por ser uma doença adquirida, distingue-se do retardo mental, e pela persistência e cronicidade, exclui-se o delirium como causa. Logo, todo quadro se desenvolve em indivíduos previamente hígidos.

Existem diversas classificações para os variados tipos de demência, sendo as principais classificadas quanto reversíveis ou irreversíveis, ou primárias (degenerativas) ou secundárias (não-degenerativas).

As primárias geralmente são decorrentes de atrofia cortical, sendo a mais comum a Doença de Alzheimer; no entanto, também são colocados como exemplos: Demência de Pick, Huntington, Parkinson, Paralisia Supranuclear Progressiva, Degeneração espino-cerebelar, calcificação idiopática dos gânglios da base, Degeneração estriato-nigral, Xantomatose cérebro-espinhosa e Leucodistrofia metacromática.(REICHMAN; CUMMINGS, 2000).

As causas secundárias representam uma pequena porcentagem dos casos; sendo exemplos mais importantes as distúrbios endócrinos e metabólicos, como doenças da tireóide (hipotireoidismo), neurosífilis, infecções por fungos, deficiências de vitaminas (principalmente B12 ,B6 e ácido fólico), intoxicações e desordens psiquiátricas (p.e. esquizofrenia, mania e alcoolismo), traumatismos e lesões estruturais do cérebro como: tumores, hematomas subdurais, hidrocefalia, acidentes vasculares encefálicos (OKAMOTO, BERTOLUCCI, 1998; MINAYO, COIMBRA JR,2002).

No entanto, dentre as causas citadas, as mais frequentes são a doença de Alzheimer e a Vascolar.

2.2 Tipos de demência mais comuns

2.2.1 Doença de Alzheimer

A Doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência e a causa líder de incapacitação entre as pessoas com mais de 60 anos; tendo como prevalência no Brasil de aproximadamente 50% do total de 390.000 casos de demência no Brasil no ano de 2000. Desses, 20% são portadores de demência grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA *et. al*, 2011).

Ela apresenta como principais fatores de risco a idade avançada, ocorrendo geralmente após os 55 anos, e a hipertensão arterial sistêmica, com Odds Ratio de 1,97 (IC95% 1,09 – 3,54), sendo seu efeito dose dependente (quanto maior a pressão arterial, maior o risco para DA). Além disso, apresenta também, em menor escala, fatores como níveis elevados de colesterol e resistência insulínica, por esta última aumentar os níveis de beta amiloide e agentes inflamatórios no Sistema Nervoso Central (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA *et. al*, 2011).

O curso clínico apresenta-se com início insidioso e é marcado por uma deterioração gradual da função intelectual, declínio na capacidade de realizar atividades de rotina da vida cotidiana e de lidar com as alterações na personalidade e no comportamento; sendo o prejuízo na memória o evento de maior magnitude (RIBEIRO, 2008).

Nos estágios iniciais, que duram de dois a três anos, geralmente encontramos perda de memória episódica (recente) e dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo gradualmente com prejuízos em outras funções cognitivas, tais como julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidade visuo-espaciais, em grande parte dependentes da formação hipocampal. No entanto, as funções motoras e sensoriais continuam normais (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2011).

Nos estágios intermediários, com duração de dois a dez anos, pode ocorrer contínua redução de todas as funções intelectuais, afasia fluente, com erros parafásicos, apresentando-se como dificuldade para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada para expressar uma ideia; compreensão pobre, memória recente e remota bastante reduzida e também, apraxia. Os pacientes são geralmente indiferentes à sua condição e podem estar presentes sintomas depressivos. As funções motora e sensorial ainda se mantêm intactas, entretanto, pode haver agitação, perambulação e alguns sintomas extrapiramidais (alterações na postura, aumento no tônus muscular, comprometimento da marcha e desequilíbrio) (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2011; RIBEIRO, 2008).

Nos estágios terminais, de oito a doze anos, encontram-se marcantes alterações do ciclo sono-vigília, alterações comportamentais (como irritabilidade e agressividade), sintomas psicóticos; incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais; ou seja, com progressiva deterioração da memória e da execução das atividades de vida diária (AVD). Além disso, podem ocorrer incontinência fecal, urinária e imobilidade, tornando os membros rígidos, flexionados e com episódios de mioclonia (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2011; RIBEIRO, 2008).

O diagnóstico definitivo de DA só pode ser feito mediante a análise histopatológica do tecido cerebral post-mortem e caracteriza-se, histopatologicamente, por duas lesões principais: as placas senis, que contém a proteína β -amilóide, e os emaranhados neurofibrilares (BIRD; MILLER, 2006).

“A DA tem etiologia ainda desconhecida, excetuando-se os raros casos familiares, de início precoce, nos quais encontra-se mutação genética específica.” E uma característica dessa demência é o declínio da memória decorrente da depleção da acetilcolina nos núcleo basais de Meynert e da atrofia do lobo temporal, principalmente na formação hipocampal (CHRISTOFOLETTI *et al.*, 2006).

2.2.2 Demência Vascular

As demências vasculares (DV) constituem a segunda maior causa de demência, referindo-se a quadros demenciais causados pelas doenças cerebrovasculares.

A estimativa global é de 15 – 20%, sendo de 2% na população de 65-70 anos de idade e de 20 – 40% na de acima de 80 anos, sendo mais comum em homens que em mulheres (SMID, *et.al* ,2001). Segundo o DSM.IV, ela ainda pode ser dividida em subgrupos: com delirium, com delírios ou com humor deprimido.

É mais comumente utilizado quando associado aos efeitos de grandes lesões tromboembólicas (demências por múltiplos infartos), mas inclui também os estados lacunares e as lesões únicas em locais estratégicos (tálamo, giro angular esquerdo, núcleo caudado), demência associada a lesões extensas da substância branca (Doença de Binswanger), angiopatia amiloide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos(CARAMELLI;BARBOSA, 2002).

Os fatores de risco relacionados são semelhantes àqueles relacionados ao processo de arterogênese, como: hipertensão arterial sistêmica, idade, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, doenças cardiovasculares, e a falta do controle ambulatorial dessas patologias; além de alcoolismo e baixo nível educacional.(SMID et al.,2001) Entretanto, ainda não há consenso sobre os mecanismos fisiopatológicos exatos que levem à demência.

Os pacientes com DV tipicamente apresentam-se com lesão do tipo córtico-subcortical, na qual os sintomas primários são de déficits nas funções executivas ou focais múltiplos (CARAMELLI; BARBOSA, 2002); sendo sua clínica dependente da causa e da localização do infarto cerebral (NETO et. al apud ROCKWOOD et.al,1999).

Seu diagnóstico é feito com base nas características do processo demencial, que evolui em degraus, com distribuição das alterações cognitivas de forma desigual, sintomas e sinais neurológicos focais e evidências de doença neurológica pelo exame físico e anamnese (BERTOLUCCI et. al, 1994).

Segundo Caramelli e Barbosa (2002), o diagnóstico também deve se basear, atualmente, em critérios específicos nos exames de neuroimagem, como a Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Nuclear Magnética (RNM), dando-se preferência a esta pela melhor possibilidade de identificação de infartos lacunares.

2.2.3 Demência por corpos de Lewy

A demência por corpos de Lewy (DL) é colocada em alguns estudos como a terceira causa mais comum de demência, ocorrendo um progressivo déficit cognitivo, que interfere nas atividades da vida diária do indivíduo. Segundo Toro (2010), ela pode estar presente em aproximadamente 30% dos indivíduos com 60 a 90 anos de idade diagnosticados com demência.

Ela caracteriza-se clinicamente por um quadro em que ocorrem: flutuação dos déficits cognitivos em questão de minutos, horas ou semanas (alternando períodos de profundo déficit cognitivo com períodos de quase-normalidade), alucinações visuais bem detalhadas, vívidas e recorrentes (muitas vezes relacionadas a pessoas ou animais), e sintomas parkinsonianos, geralmente do tipo rígidoacínéticos, de distribuição simétrica, hipomimia, bradicinesia e, menos comumente, tremor de repouso (TORO, 2010).

Sintomas de alteração de memória persistente nem sempre estão presentes no início da doença, porém tornam-se evidentes com a evolução da mesma. Os pacientes com DL estão particularmente comprometidos nos teste de evocação de memória, enquanto na DA parece haver prejuízo na aquisição e consolidação da memória (BIRD;MILLER, 2006).

Além disso, podem apresentar histórias de quedas, síncope, hipotensão ortostática, perdas transitória de consciência, anomalias associadas ao sonho REM e hipersensibilidade a neurolépticos e antieméticos (que afetam o sistema dopaminérgico e colinérgico, predominantemente) (BIRD;MILLER, 2006).

Testes de exame mental podem confirmar a presença de alteração cognitiva, mas são insuficientes para diferenciar DL de DA ou de outras demências, necessitando de exame neuropsicológico mais detalhado.

Para o diagnóstico, algumas evidências específicas podem ser encontradas como: aumento da proteína Tau no líquido, como também uma atrofia

cortical importante localizada predominantemente em lobos temporais, vistos através da RNM (TORO, 2010).

2.3 Diagnóstico

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia *et. al* (2011) , não foi encontrada evidência suficiente para recomendar ou não o rastreamento rotineiro de déficit cognitivo entre os idosos assintomáticos. Para aqueles pacientes que apresentam uma clínica ou suspeita sugestiva, tanto relatada por si próprio, como por um responsável, o diagnóstico será constituído por uma história clínica e anamnese específica, avaliação cognitiva, psico-afetiva e funcional, e exames complementares tais como exames laboratoriais e, eventualmente, neurorradiológicos.

Ainda segundo eles, a grande maioria dos testes disponíveis é útil, sendo nenhum especificamente superior ao outro. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é atualmente o mais usado e adequado para a detecção de demência entre os indivíduos com suspeita de déficit cognitivo. A utilização de um ponto de corte arbitrário pode conduzir a falso-positivos entre os pacientes com níveis de escolaridade e resultados falso-negativos entre àqueles com elevado nível educacional.

Mesmo sendo adequado, o teste possui limitações que interferem em sua acurácia como: idade, nível educacional, fatores culturais, diminuição da acuidade visual e auditiva, problemas físicos, ansiedade, doença psiquiátrica, entre outros (ALMEIDA, 1998).

O teste engloba uma pontuação possível variando de zero a trinta pontos. Os seus resultados são baseados na pontuação de corte, que para o Brasil, de acordo com o nível de escolaridade, é de: 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade e 26 para os com mais de oito anos de escolaridade (ALMEIDA, 1998).

A sensibilidade para analfabetos foi de 82,4%, para indivíduos de escolaridade elementar ou média de 75,6% e para os de alta escolaridade 80%; e especificidade de 97,5% para os analfabetos,

96,6% para os de escolaridade elementar ou média e de 95,6% para os de alta escolaridade (BERTOLUCCI et. al, 1994).

Contudo, resultados anormais nos testes cognitivos sugerem comprometimentos cognitivos, mas não são diagnósticos de demência, sendo necessário ter em consideração e excluir outras condições com o potencial de interferirem na cognição, como o delírio e a depressão. No entanto, escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para uma avaliação neuropsicológica mais específica (BRASIL, 2007).

O Clinical Dementia Rating (CDR) avalia a cognição e comportamento, além da influência das perdas cognitivas na capacidade de realizar adequadamente as atividades da vida diária. Esse instrumento pode evitar o viés da utilização do desempenho populacional como referência, já que compara cada indivíduo consigo mesmo e é válido para classificar o grau de demência entre idosos.

Os testes neuropsicológicos (Wechsler Adult Intelligence Scale Revised- Wias-R e o Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease- CERAD) poderiam ser utilizados para o diagnóstico de demências, principalmente para os pacientes entre os quais permanecem dúvidas após a avaliação inicial e que possuem um risco elevado para declínio cognitivo. No entanto, o valor adicional desses testes para pacientes já submetidos a uma compreensiva avaliação através de instrumentos mais simples ainda não está bem definido e usualmente não são realizados na atenção primária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA et.al, 2011).

O Teste do Desenho do relógio (Clock Drawing Test - TDR), originalmente descrito na avaliação da disfunção do lobo parietal, pode ter seus resultados interpretados qualitativamente, através da escala Clock Drawing Interpretation Scale, que perfaz 20 pontos, ao avaliar de forma simples, as funções viso-espaciais, linguagem, capacidade de planejamento, praxia, memória, habilidade visuoespacial e função executiva. Servindo como rastreio para DA, tendo sido validado, apresentando sensibilidade de 86% e especificidade de 86,7% para a detecção da citada doença (ZANINI, 2010).

O mesmo representa um teste válido e confiável para rastrear pessoas com lesões cerebrais e independe da linguagem verbal, sendo por esta razão considerado uma prova cognitiva não-verbal. A tarefa tende a ser mais complexa e

mais abstrata dada sua natureza integradora com input auditivo e output motor e maior necessidade de utilização de memória (ZANINI, 2010).

O Teste de Fluência Verbal verifica a existência de prejuízo de memória semântica e nas estratégias de busca, relacionadas à função executiva (ZANINI, 2010).

O Questionário de atividades funcionais (Pfeffer) visa detectar algum comprometimento nas tarefas diárias, sendo feito pela família do paciente. Ele tem como objetivo verificar a presença e a severidade do declínio cognitivo por meio da avaliação da funcionalidade e conseqüentemente da assistência requerida. A combinação do MEEM com o Questionário de Pfeffer (QPAF) indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave (BRASIL, 2007).

Ainda considerando o viés produzido pela baixa escolaridade nos resultados do MEEM, parece ser adequada a associação do QPAF para se obter a confirmação do declínio cognitivo acompanhado de limitações funcionais sugerindo a presença de demência ou outros transtornos associados. Escores ≥ 6 associados aos outros testes de função cognitiva alterados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica (BRASIL, 2007).

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) consiste em quinze questões colocadas ao paciente para avaliar a presença de sintomas depressivos, devendo ser respondido com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A EDG não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental e sim, uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. Os escores elevados sugerem a necessidade de encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica (BRASIL, 2007; NITRINI, 2005).

Em países em desenvolvimento como o Brasil, a presença de condições mórbidas associadas é uma situação mais comum do que em países desenvolvidos, justificando avaliação laboratorial mais ampla de causas potencialmente reversíveis de demência. A avaliação compreende: hemograma completo, hormônio tiroestimulante (TSH), concentrações séricas de uréia, creatinina, enzimas hepáticas (TGO, TGP, gama GT), vitaminas B12, ácido fólico e cálcio. Reações sorológicas para sífilis e sorologia para HIV devem ser solicitadas apenas para os pacientes com idade inferior a 60 anos ou com suspeitas das mesmas. No entanto, não há

informação sobre o custo-efetividade da realização desses exames (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA *et.al*, 2011).

De acordo com o Consenso Canadense de Demência (CCD), para todos os pacientes que apresentam clínica típica de doença de Alzheimer, os seguintes exames laboratoriais deveriam ser solicitados: hemograma completo, TSH, eletrólitos séricos, glicemia e cálcio sérico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA *et.al*, 2011).

Segundo a Academia Americana de Neurologia (AAN), os pacientes com demência deveriam ser submetidos apenas a provas funcionais da tireoide e vitamina B12. Testes laboratoriais como função hepática, ácido fólico, HIV, sorologia para sífilis, dentre outros, só deveriam ser realizados de acordo com a clínica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA *et.al*, 2011).

Ainda segundo a Diretriz realizada pela Academia Brasileira de Neurologia, a AAN recomenda que todos os pacientes tenham uma ressonância nuclear magnética (RNM) ou uma tomografia computadorizada (TC) não contrastada como avaliação inicial. O Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia recomenda a TC, ou de preferência a RNM, quando disponível para todos os pacientes com provável doença de Alzheimer com a finalidade de afastar outras causas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA *et.al*, 2011).

Para afastar as causas potencialmente reversíveis, como hematomas, hidrocefalia e neoplasias, a TC tem desempenho semelhante à RNM, com mais acessibilidade e menor custo. Considerando o contexto social e econômico de nosso país, da maioria dos pacientes atendidos em atenção primária à saúde e da própria disponibilidade de recursos, deve ser seguido a recomendação de tais exames serem pedidos somente em casos especiais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA *et. al*, 2011).

2.4 Tratamento

A maioria dos pacientes com demência pode ser avaliada e tratada adequadamente por médicos da atenção primária. Cada tipo de demência tem o seu tratamento específico e o mesmo será avaliado após o diagnóstico definitivo, estabelecendo o melhor tipo de medicação e/ou estratégia para o paciente.

Devem ser adotados tratamentos para as doenças, assim como para os seus sintomas, além de um suporte médico e psicológico ao paciente e ao seu cuidador. Mesmo que a medicação possa não interferir na alteração do curso natural da doença de fator primário, como no caso da doença de Alzheimer, ele atua de forma significativa nas fases leve, moderada ou grave, mostrando benefícios, pois existe melhora importante na pontuação de escalas de avaliação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA et. al, 2011).

No entanto, não são conhecidos os efeitos dessas medicações a longo prazo, já que a duração da maioria dos estudos foi inferior a um ano.

Também é importante ressaltar a importância do familiar e do responsável acerca do tratamento do paciente. Há idosos cujas famílias são muito pobres para provê-los de cuidado adequado; outros têm famílias que precisam trabalhar e não podem fazê-lo em horário parcial ou deixar o mercado de trabalho para cuidar deles. Além disso, há idosos que perderam o contato com as famílias ao longo dos anos (PINHO,2008).

Embora geralmente as famílias cuidem de seus parentes idosos, muitas pessoas não querem ser dependentes de seus filhos ou de outros membros da família. Esse fato muitas vezes gera a demora da própria família em constatar que precisa assumir a assistência ao seu parente idoso (PINHO, 2008).

A recente Política Nacional de Saúde do Idoso reconhece a importância da parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, apontando que esta deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se a aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, internações em asilos e outras formas de segregação e isolamento (PINHO, 2008).

3 PLANO DE AÇÃO

Segundo Reichman e Cumming (2000), uma avaliação ampla do comprometimento intelectual adquirido e comportamental associado e dos distúrbios de humor tem vários objetivos: (1) estabelecer a causa da demência, (2) guiar o tratamento apropriado, (3) identificar doenças médicas concomitantes reversíveis ou tratáveis, (4) determinar o prognóstico, (5) facilitar a educação e aconselhar os membros da família, (6) fornecer aconselhamento genético quando apropriado, e (7) identificar agentes estressantes psicossociais da família que causam um impacto direto no tratamento da paciente.

Além disso, com o plano de ação busca-se principalmente a realização de um diagnóstico precoce das condições demências, para proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente.

O projeto de intervenção consiste, inicialmente, do cadastramento de todos os pacientes idosos (acima de 60 anos) que apresentarem queixas de esquecimento associadas a outras disfunções cognitivas, as quais são funções importantes para o aprendizado e para realização de tarefas (linguagem, gnosias- reconhecimento, destreza – praxia, raciocínio, cálculos, julgamento, personalidade, etc).

Quadro 1: Sinais de alerta de demência

Dificuldades em aprender e reter novas informações	- Repetições de questões; - Colocação de objetos fora dos lugares próprios
Problemas ao nível da orientação e da habilidade visuo-espacial	- Desorientações em lugares conhecidos
Alteração de linguagem	- Dificuldades em encontrar a palavra adequada
Comprometimento do raciocínio e capacidade de tomar decisões	- Dificuldades na resolução de problemas (em casa ou no emprego)
Dificuldades em realizar atividades complexas	- Gerir as questões financeiras; - Preparar uma refeição;

Alterações do comportamento	- Apatia, irritabilidade, desconfiança	
------------------------------------	--	--

Fonte: PINHO, L.F. Demência: A marcha diagnóstica no âmbito dos cuidados de saúde primários. Dissertação de Mestrado em Medicina, Universidade da Beira do Interior. jun. 2008.

Para isso, será necessária a capacitação dos profissionais de saúde quanto aos possíveis fatores de alerta que se enquadrem nesse grupo, assim como conscientização da população, de forma a buscar sinais e sintomas relacionados com a demência.

Para o início da aplicação do protocolo deverá ser disponibilizado um dia específico para esse grupo de pacientes, com atendimento médico individual. Ele abordará, em uma primeira fase, a realização de uma anamnese detalhada, seguida por um exame físico e neurológico completo e a realização de testes cognitivos como o Mini Exame de Estado Mental, popularmente conhecido como MiniMental (Anexo 1), podendo opcionalmente ser associado à outras escalas diagnósticas, como o Clinical Dementia Rating (CDR), Teste do relógio, Questionário de Pfeffer, entre outros, que serão aplicados ao paciente e a um acompanhante/ responsável.

- Anamnese:

Segundo Pinho (2008), a história clínica durante a anamnese deve começar a ser abordada através de uma entrevista informal com o paciente, colocando questões sobre determinados aspectos da sua história de vida que propiciem uma apreciação geral do seu estado mental, como por exemplo:

“Onde nasceu? Que escolas frequentou? Qual foi o seu primeiro emprego? Quando e onde conheceu seu cônjuge? Tem filhos? Que idade tem? Quais as suas ocupações? Quanto netos tem? Como se chamam? Onde vive? Com quem?”, entre outras.

Assim sendo, é interessante avaliar a habilidade do doente para responder, se olha para o acompanhante para obter ajuda, se os eventos relatados estão na ordem correta, se há dificuldades para lidar com as informações recentes ou para encontrar as palavras adequadas, se há repetição de temas, etc.

Tendo em conta que o comprometimento funcional constitui um dos sinais mais sensíveis de deterioração cognitiva, é essencial indagar-se, idealmente, através de um informador fidedigno, o aparecimento de dificuldade no desempenho de atividade de vida diária, especialmente as relacionadas com o uso do telefone, meios de transporte, gestão de assuntos financeiros e da sua própria medicação.

Além disso, é de extrema importância questionar quanto aos sintomas presentes, ao paciente e ao seu responsável, assim como há quanto tempo e de que forma se iniciaram (súbita ou insidiosa), seu modo de evolução, e se o aparecimento dos sintomas foi associado a algum acontecimento em particular.

Como história patológica pregressa, é necessário questionar quanto à presença de fatores de risco cardiovasculares (como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, dislipidemia, etc), doenças neurológicas (doença de Parkinson, doença de Huntington, epilepsia, acidente vascular encefálico, etc.), doenças infecciosas (sífilis, infecção por HIV, tuberculose), doenças endócrino-metabólicas, história de traumatismo crânio-encefálico, uso de medicações diárias e cirurgias prévias. Informações adicionais se fazem quanto à presença de hábitos alcoólicos, tabágicos e toxicológicos, além da história familiar de demência.

- Exame Físico:

O exame físico deve ser feito de forma completa, a investigar todos os segmentos do corpo, além de um exame neurológico sumário, devendo atentar-se à presença de sinais neurológicos focais, como déficits motores e sensitivos, reflexos assimétricos; alteração da marcha, sinais de parkinsonismo (rigidez, bradicinesia, tremores), entre outros.

- Avaliação cognitiva:

O Mini Exame do Estado Mental é o principal método usado, sendo de fácil aplicação, seguindo a um roteiro de perguntas e avaliações solicitadas ao paciente, sendo de rápida aplicação (de aproximadamente 10 minutos) (LENARDT, 2009)

Ele deve ser utilizado como instrumento de rastreio, não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação,

repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho) o faz de maneira superficial. Não serve para diagnóstico, mas serve para indicar que funções devem ser melhor investigadas.

Outro teste que pode ser realizado é o “Teste do Relógio” que consiste em solicitar à pessoa idosa que desenhe um mostrador de relógio com números. Em seguida, solicita-se que sejam acrescentados os ponteiros do relógio, de horas e minutos, representando ali um horário específico, por exemplo, 2 horas e 50 minutos.

Nesse, se o paciente desenha um mostrador pequeno, onde não cabem os números, já se pode evidenciar uma preliminar de uma dificuldade com o planejamento. Na negligência unilateral, os números serão colocados apenas na metade do relógio. Pacientes com disfunção executiva (lesão frontal) podem apresentar dificuldade para colocar os ponteiros (BRASIL, 2007).

O Teste de Fluência Verbal por categorias semânticas consiste em solicitar à pessoa idosa que diga o maior número possível de animais em 1(um) minuto. É importante verificar como a pessoa idosa utilizou o tempo disponível para a execução da tarefa. Pacientes com demência, além de produzirem escores baixos, tendem a interromper a geração de palavras após 20 segundos do teste. Pacientes deprimidos podem apresentar escores baixos, mas tendem a gerar palavras durante todo o minuto. O escore esperado é de 14 ou 15 animais citados. Escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica (BRASIL, 2007).

Para a avaliação das atividades de vida diária do paciente, ainda pode ser aplicado o Questionário de Pfeffer (QPAF), que corresponde a uma escala de 11 questões aplicada ao acompanhante ou cuidador da pessoa idosa discorrendo sobre a capacidade do mesmo em desempenhar determinadas funções. As respostas seguem um padrão: sim é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora (0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3) (Anexo 2). A pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. A pontuação máxima é igual a 33 pontos. Quanto maior o escore, maior a dependência de assistência (BRASIL, 2007).

Além disso, também pode ser realizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), a qual trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana (Anexo 3). Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa (ZANINI, 2009; BRASIL, 2007).

- Exames complementares:

A partir dos dados obtidos nessas consultas, caso confirmado o déficit cognitivo, serão solicitados os seguintes exames laboratoriais: hemograma completo, provas funcionais da tireóide (TSH e T4 livre), função hepática (TGO, TGP, gama GT), ácido fólico, vitamina B12, eletrólitos, cálcio sérico, glicemia de jejum, sorologia para HIV, sífilis e concentrações séricas de uréia e creatinina. Essa abordagem servirá como forma de excluir os principais diagnósticos diferenciais e as possíveis demências de caráter reversível.

Ainda segundo Reichman e Cumming (2000), uma punção lombar pode ser apropriada caso haja suspeita de um distúrbio desmielinizante se a síndrome da demência for atípica, ou caso exista evidência de infecção ou inflamação do sistema nervoso central (como cefaleias, sinais meníngeos, febre ou convulsões).

Segundo o Conselho Canadense de Demência, em atenção primária à saúde, exames de imagem, como a tomografia computadorizada de crânio (TCC), deveriam ser solicitados apenas em casos atípicos, ou seja, que apresentem um ou mais dos seguintes critérios: idade menor que 60 anos; declínio cognitivo ou funcional de início rápido, em um ou dois meses; período inferior a dois anos de duração da demência; trauma cranioencefálico importante recente; sintomas neurológicos inexplicados, como início recente de cefaleia importante ou convulsões; história de câncer, especialmente em sítios ou tipos que possam desenvolver metástases no cérebro; uso de anticoagulantes ou doença da coagulação histórica de incontinência urinária e distúrbio da marcha que podem representar hidrocefalia de pressão normal; qualquer novo sinal de localização, como hemiparesia ou reflexo de Babinski; sintomas cognitivos atípicos ou não usuais, como afasia progressiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE; ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, 2009).

O Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia

recomenda a TCC, ou de preferência a RM, quando disponível, para todos os pacientes com provável doença de Alzheimer com a finalidade de afastar outras causas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE; ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, 2009).

No entanto, a Academia Americana de Neurologia (AAN) recomenda que todos os pacientes tenham uma RNM ou uma TC não contrastada na avaliação inicial.

Após essas etapas, estabelecendo um diagnóstico específico, serão adotados tratamentos específicos para cada caso e serão realizados acompanhamentos médicos mensais.

Em casos mais extremos, com o quadro demencial mais avançado, será discutida com a equipe e, se necessário, solicitado acompanhamento multidisciplinar com fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais de forma a auxiliar na sua autonomia, força muscular, linguagem, coordenação, melhorando assim na sua qualidade de vida como um todo.

O encaminhamento para outro nível de atenção em saúde deve ser considerado nas seguintes condições: quando houver dúvidas sobre o diagnóstico após avaliação e seguimento, exigência pela família ou paciente de outra opinião, presença de depressão importante, sem resposta ao tratamento, falha no tratamento específico para doença de Alzheimer, diante de quadros atípicos ou sugestivos de etiologias menos comuns e quando se considerar o aconselhamento genético para a realização de estudos científicos.

O acompanhamento será realizado pelo(s) médico(s) responsável da UBS Cruzeiro, sendo seguido de perto pelos outros profissionais, assim como pela Secretária Municipal de Saúde.

Por fim, também será proposta uma realização de palestras educativas sobre o tema tanto para os profissionais de saúde da região, como para a própria população, para que as suspeitas sejam mais facilmente acompanhadas, e que o próprio estigma da demência seja visto com outros olhos.

OPERAÇÕES	RESULTADO	AÇÕES	RECURSO	RESPONSÁVEIS	PRAZO
Abordagem dos principais nós críticos na unidade	Decisão acerca do tema a ser abordado	Análise das principais afecções da população através dos ACS e de consultas	Papéis e canetas para anotações	Profissionais de saúde da UBS Cruzeiro	Março de 2013
Levantamento do número de indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos na população adscrita	Obter número de pacientes que se enquadraram no principal fator de risco da demência	Analisar através de prontuários e de visitas dos ACS a população que se encontra nessa faixa etária	Papéis e canetas para anotação do resultado do prontuário	Profissionais de saúde da UBS Cruzeiro	Abril a maio de 2013
Levantamento de pacientes com queixas de déficits cognitivos	Obter os pacientes que serão submetidos ao protocolo de atendimento	Pesquisa através de consultas médicas e queixas pessoais e de familiares	-----	Profissionais de saúde da UBS Cruzeiro	Abril a julho de 2013
Pesquisa bibliográfica preliminar	Obter dados de outros artigos científicos quanto a epidemiologia e	Pesquisa realizada através de fontes como Scielo, Pubmed, entre outras.	Computador e livros	Médica do PROVAB da UBS Cruzeiro	Abril a junho de 2013

	abordagem dos pacientes				
Leitura e elaboração da revisão bibliográfica	Obter dados de artigos científicos para a abordagem dos pacientes	Pesquisa realizada através de fontes como Scielo, Pubmed, entre outras.	Computador	Médica do PROVAB da UBS Cruzeiro	Junho a outubro de 2013
Elaboração do projeto de intervenção	Obter o protocolo de abordagem e atendimento a pacientes com demência	Escrever o protocolo com base no achado dos artigos científicos e da revisão bibliográfica	Computador	Médica do PROVAB da UBS Cruzeiro	Setembro a Dezembro de 2013
Revisão final do projeto com o tutor	Revisar o protocolo com a visão crítica do tutor	Envio do protocolo para que seja analisado pelo tutor	Computador	Médica do PROVAB da UBS Cruzeiro e Tutor Antônio Leite	Janeiro de 2013
Entrega do protocolo/projeto de intervenção para a Secretária Municipal de Saúde	Obter aprovação da Secretária Municipal de Saúde para que o protocolo	Entrega do protocolo para avaliação da Secretária Municipal de Saúde	Papel, computador e impressora	Médica do PROVAB da UBS Cruzeiro e Secretária Municipal de Saúde	Fevereiro de 2013

Saúde para ser posteriormente aplicado na unidade	possa ser posto em prática na UBS e em âmbito municipal				
Capacitação dos profissionais da unidade acerca do protocolo a ser realizado	Capacitar os profissionais de saúde da unidade para saber diagnosticar quadros demenciais	Capacitar através de aulas faladas ou dadas em Datashow, assim como folders para saber como abordar cada caso	Folders, papéis, impressora Datashow, computador	Profissionais de saúde da UBS Cruzeiro	Fevereiro de 2013

4 CONCLUSÃO

A partir de um levantamento diante um diagnóstico situacional realizado na UBS Vitalino Fonseca, em Matozinhos-MG, de acordo com o método de Planejamento Estratégico Situacional, foi elaborado um plano de ação visando a realização de um Protocolo para abordagem e diagnóstico de demências na Atenção Primária, de forma a ser seguido posteriormente pelos profissionais de saúde da região.

Com o envelhecimento populacional, a demência tem assumido grande importância como problema de saúde pública, com um aumento considerável de casos, muitas vezes não sendo diagnosticada, causando um aumento da mortalidade, piora da qualidade de vida e gerando custos adicionais em setores secundários e terciários de saúde, que poderiam ser evitados se tais casos fossem precocemente bem conduzidos.

Segundo o que foi constatado através de revisão bibliográfica, a prevalência e incidência de demências tem sofrido um crescimento gradativo; no entanto, grande parte das mesmas não são diagnosticadas por falta de conhecimento prévio, e também não possuem números específicos, tanto pela falta de pesquisas nessa área, quanto pela superestimação dos dados pelo baixo desenvolvimento socioeducativo da população, que influi de forma direta no diagnóstico da mesma.

Deste modo, visando uma forma de estabelecer um diagnóstico mais preciso e precoce da patologia, foi elaborado como plano de ação um Protocolo de Abordagem e Diagnóstico para ser usado na atenção primária, mais diretamente, na UBS de minha atuação. Espera-se que com ele, os profissionais desenvolvam uma maior intimidade com a demência, facilitando a sua abordagem, diagnóstico, tratamento, e, quando preciso, a atuação de equipe multiprofissional adjunta.

Com isso, pode-se esperar uma maior assistência àqueles pacientes não diagnosticados, permitindo-o um melhor prognóstico, expectativa e qualidade de vida, assim como também para a sua família.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.P. Miniexame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 56 (3-b): p. 605-612. 1998.

ATALAIA-SILVA, K. C.; RIBEIRO, P. C. C.; LOURENÇO, R. A. Epidemiologia das demências. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.7, n.1, jan/jun. 2008. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=190>. Acesso em: 27 jun.2013.

BEHRENS, M. I.; SLACHEVSKY, A. Guías Clínicas de diagnóstico y Tratamiento de las demências. **Revista Chilena de Neuro Psiquiatria**, 45(3): p. 189-190. 2008.

BERTOLUCCI, P.H.F., et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.52, n.1.mar. 1994.

BIRD, T.; MILLER, B.L. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. **Hauser**, cap. 18: p. 271-294. 2006.

BURLÁ, C. et. al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, 18 (10): p. 2949-2956. 2013.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(supl I): p. 7-10. 2002.

CARVALHO, A.M. Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idosos. **Dissertação de Mestrado**, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz . 2000.

CASSIS, S.V.A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 53 (6): p. 497-501. 2007.

CHRISTOFOLETTI, G. et al. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.10, n.4: p. 429-433. out/dez. 2006.

FORNARI, L. H. T. et al. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente?. **Revista Scientia Medica** [on line] , Porto Alegre, v. 20, n.2, p. 185-193, 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/5824/5430>>. Acesso em: 27 nov.2013.

FORNARI, L.H.T. et al. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? **Revista Scientia Médica**, Porto Alegre, v.20, n.2: p. 185-193. 2010.

GALLUCCI NETO, J. et al. Diagnóstico diferencial das demências. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n3/119.html>, visualizado em 20 de jan. de 2014.

HERRERA JÚNIOR, E. et al. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva- estado de São Paulo – Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, n.2. Disponível em : <http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n2/arti252a.htm>, visualizado em 20 de jan. de 2014.

LAUTENSCHLAGER, N. T. Is it possible to prevent dementia?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, abr. 2002.

LENARDT, M. H. et al. O desempenho de idosas institucionalizadas no miniexame do estado mental. **Acta Paul Enfermagem**, 22(5): p.630-644. 2009.

MARRA, T.A. et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.11, n.4: p. 267-273. jul/ago. 2007.

MINAYO, M C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. Antropologia, saúde e envelhecimento. **Scielo Books**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2002.

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil: Avaliação cognitiva e funcional. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 63 (3 A): p. 720-727. 2005.

NITRINI, R. et. al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: Critérios diagnóstico e exames complementares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 63 (3-A): p. 713-719. 2005.

OKAMOTO, I. H. ; BERTOLUCCI, P. H. F. Exame neurológico no diagnóstico diferencial de demências primárias. **Revista Neurociências** [on line], v.6, n.3, p.119-125, 1998. Disponível em: <
<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/1998/RN%2006%2003/Pages%20from%20RN%2006%2003-5.pdf>>. Acesso em: 27 nov.2013.

PINHO, L.F. Demência: A marcha diagnóstica no âmbito dos cuidados de saúde primários. **Dissertação de Mestrado em Medicina**, Universidade da Beira do Interior. jun. 2008.

RIBEIRO, R. Alzheimer: Que doença é essa? **Revista Espaço Acadêmico**, n.91.dez.2008.

SCAZUFCA, M. et.al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento nos países em desenvolvimento. **Revista Saúde Pública**, 36 (6): p. 773 – 778. 2002.

SMID, J. et al. Caracterização clínica da demência vascular: Avaliação retrospectiva de uma amostra de pacientes ambulatoriais. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 59(2-B): p. 390-393. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA et. al. Doença de Alzheimer: Prevenção e Tratamento. **Diretrizes Clínicas na Saúde Complementar**. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE;
ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. Demência do idoso: diagnóstico na atenção primária à saúde. p. 1-12, jul. 2009.

TEIXEIRA JÚNIOR, A. L. ; CARDOSO, F. Demência com corpos de Lewy: Abordagem clínica e terapêutica. **Revista Neurociências** [on line], v.13, n.4, p.28-33, jan/mar. 2005. Disponível em:
<<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2005/RN%2013%2001/Pages%20fom%20RN%2013%2001-5.pdf>>. Acesso em: 27 nov.2013.

TORO, J. Demencia com cuerpos de Lewy. **Acta Neurol. Colomb.**, v.26, n. 3, suplemento (3:1): p. 78-80. 2010.

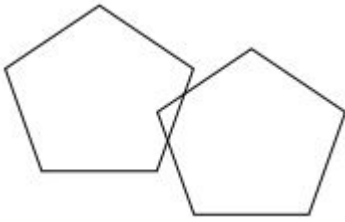
ZANINI, R.S. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Revista Neurociências**, 18 (2): p. 220-226. 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1. Orientação temporal (0-5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
2. Orientação espacial (0-5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3. Repita as palavras(0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a)	1
		Não (vá para 4b)	1
4a. Cálculo(0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4b.	Soletre a palavra	O	1

	MUNDO de trás para frente	D N U M	1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

ANEXO 2

Questionário de Pfeffer

MOSTRE AO INFORMANTE UM CARTÃO COM AS OPÇÕES ABAIXO E LEIA AS PERGUNTAS

ANOTE A PONTUAÇÃO COMO SEGUE:

SIM É CAPAZ	0
NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA	0
COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ	1
NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA	1
NECESSITA DE AJUDA	2
NÃO É CAPAZ	3

1. (Nome do paciente) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?
2. (Nome do paciente) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?
3. (Nome do paciente) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?
4. (Nome do paciente) é capaz de preparar comida?
5. (Nome do paciente) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?
6. (Nome do paciente) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?
7. (Nome do paciente) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
8. (Nome do paciente) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?
9. (Nome do paciente) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
10. (Nome do paciente) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?

11. (Nome do paciente) é capaz de ficar sozinho (a) em casa sem problemas?

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

ANEXO 3

Escala de Depressão Geriátrica Abreviada

1. Está satisfeito(a) com sua vida? Sim () Não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades? Sim () Não ()
3. Acha sua vida vazia? Sim () Não ()
4. Aborrece-se com frequência? Sim () Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim () Não ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? Sim () Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim () Não ()
8. Sente-se desamparado com frequência? Sim () Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Sim () Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? Sim () Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)? Sim () Não ()
12. Sente-se inútil? Sim () Não ()
13. Sente-se cheio/a de energia? Sim () Não ()
14. Sente-se sem esperança? Sim () Não ()
15. Acha que os outros tem mais sorte que você? Sim () Não ()

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007