

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL  
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**Claudia Cristina Ferreira Ramos**

**AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E ATITUDES PROFISSIONAIS  
NO CUIDADO ÀS DEMÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO  
MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO DO SUL**

**São Caetano do Sul  
2021**

**CLAUDIA CRISTINA FERREIRA RAMOS**

**AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E ATITUDES PROFISSIONAIS  
NO CUIDADO ÀS DEMÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO  
MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO DO SUL**

**Trabalho Final de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.**

**Área de concentração: Inovações Educacionais em Saúde Orientada pela Integralidade do Cuidado.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia**

**São Caetano do Sul  
2021**

## FICHA CATALOGRÁFICA

RAMOS, Claudia Cristina Ferreira

Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências na atenção primária no município de São Caetano do Sul / Claudia Cristina Ferreira Ramos. – São Caetano do Sul: USCS, 2021.

115 f. : il.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia.

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2021.

1. Atenção à saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Síndromes demenciais. 4. Práticas de cuidado. 5. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. I. Garcia, Rosamaria Rodrigues. II. Título.

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 22/12/2021 pela Banca Examinadora constituída pelos(as) professores(as):

Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia (USCS)

Prof. Dr. Celso Machado Junior (USCS)

Profa. Dra. Helena Akemi Wada Watanabe (USP)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo querido que pacientemente acompanhou toda a minha trajetória de estudos

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha orientadora Rosamaria Rodrigues Garcia por toda dedicação e assistência a todo momento necessário.

Agradeço a toda a minha família pelo apoio incondicional e aos meus alunos que me motivam a cada dia ser uma pessoa melhor.

“Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a  
liberdade seja a nossa própria substância, já que  
viver é ser livre.”

Simone De Beauvoir

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul  
Prof. Dr. Leandro Campi Prearo**

**Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa  
Profa. Dra. Maria do Carmo Romeiro**

**Gestor do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no  
Ensino Superior em Saúde  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosamaria Rodrigues Garcia**

## RESUMO

**Introdução:** o envelhecimento populacional pode aumentar a incidência de processos neurodegenerativos, sendo assim, é fundamental a avaliação adequada das funções cognitivas e comportamentais no seguimento de indivíduos idosos, para mensurar possíveis déficits cognitivos, realizar diagnóstico precoce e indicar tratamento adequado e acompanhamento multiprofissional do paciente, quando necessário. **Objetivos:** Descrever o perfil e atitudes profissionais de médicos no cuidado aos pacientes com demência na atenção primária. **Método:** estudo transversal, descritivo, quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética (parecer 4.916.588). Foi aplicado o questionário “Instrumento Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primària – para médicos – versão brasileira”, além da coleta de dados demográficos de médicos da Atenção Primária do município de São Caetano do Sul. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Obteve-se 28 respostas, correspondendo a 100% do total de médicos das Equipes de Saúde da Família. Dentre os participantes, maioria (65%) tinha idade entre 25 e 35 anos e 50% de todos os profissionais eram mulheres. Em média, os médicos têm 82 meses de experiência na Atenção Básica. Verificou-se que 82,6% dos médicos referiram que mais de 25% dos pacientes atendidos são idosos; 82,6% relataram que diagnosticam mais frequentemente pacientes em fase moderada do quadro demencial; 68,2% referiram dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave e 87% relataram que encaminham pacientes para o serviço de neurologia de referência, sendo que 39,1% encaminham mais de 75% dos casos com diagnóstico de demência. Apesar de 100% dos médicos considerarem necessária, 34,8% nunca realizaram capacitação sobre diagnóstico e tratamento da demência. **Considerações Finais:** De acordo com os resultados nota-se a dificuldade dos médicos da Atenção Primária em realizar diagnóstico precoce de demência e indicar tratamento adequado, o que ocasiona alto índice de encaminhamentos para o serviço de referência, pouca resolutividade e evidente necessidade de capacitação.

**Palavras-chave:** Atenção à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Síndromes demenciais, Práticas de Cuidado, Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde

## ABSTRACT

Introduction: population aging can increase the incidence of processes. Therefore, it is essential to properly assess cognitive and behavioral functions in the follow-up of elderly individuals, to measure possible cognitive deficits, carry out an early diagnosis and indicate appropriate treatment and multidisciplinary follow-up of the patients, when necessary. Objectives: To describe the profile and professional attitudes of physicians in the care of patients with dementia in primary care. Method: cross-sectional, descriptive, quantitative study, approved by the Ethics Committee (opinion 4,916,588). The questionnaire "Instrument Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L'Atenció Primària – for physicians – Brazilian version" was applied, in addition to the collection of demographic data from primary care physicians in the city of São Caetano do Sul. Results: 28 responses were obtained, corresponding to 100% of the total number of doctors in the Family Health Teams. Among the participants, 50% were women, with the majority (65%) aged between 25 and 35 years. On average, doctors have 82 months of experience in Primary Care. It was found that 82,6% reported that they more frequently diagnose patients in the moderate phase of dementia; 68,2% reported difficulties in caring for patients with severe dementia and 87% reported that they refer patients to the referral neurology service, with 39,1% referring more than 75% of cases diagnosed with dementia. Although 100% of physicians considered it necessary, 34,8% had never carried out training on the diagnosis and treatment of dementia. Final Consideration: According to the results, it is noted the difficulty of primary care physicians in making an early diagnosis of dementia and indicating appropriate treatment, which causes a high rate of referrals to the reference service, little resolution and an evident need for training.

**Keywords:** Health Care, Family Health Strategy, Dementia Syndromes, Care Practices, Quality Assurance of Health Care

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> - PARTICIPAÇÃO DOS MÉDICOS EM ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO ESPECÍFICA SOBRE DEMÊNCIA.....	27
<b>GRÁFICO 2</b> - PERCENTUAL DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM MAIS DE 60 ANOS .....	28
<b>GRÁFICO 3</b> - FREQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA .....	29
<b>GRÁFICO 4</b> - CONSULTAS REALIZADAS POR MÊS PARA PACIENTES COM DEMÊNCIA .....	29
<b>GRÁFICO 5</b> - FASE DA DOENÇA EM QUE OS MÉDICOS FAZEM O DIAGNÓSTICO DA DEMÊNCIA COM MAIS FREQUÊNCIA.....	31
<b>GRÁFICO 6</b> - MAIORES DIFICULDADES PERCEBIDAS PELOS MÉDICOS, NA IDENTIFICAÇÃO DE CASOS DE DEMÊNCIA .....	31
<b>GRÁFICO 7</b> - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS OBSERVADOS PELOS MÉDICOS, NA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE DEMÊNCIA.....	32
<b>GRÁFICO 8</b> - TESTES HABITUALMENTE UTILIZADOS PELOS MÉDICOS, EM SUA PRÁTICA CLÍNICA, PARA AVALIAR A FUNÇÃO COGNITIVA DE PACIENTES.....	33
<b>GRÁFICO 9</b> - TESTES HABITUALMENTE UTILIZADOS PELOS MÉDICOS, EM SUA PRÁTICA CLÍNICA, PARA AVALIAR A CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES .....	34
<b>GRÁFICO 10</b> - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS HABITUALMENTE PELOS MÉDICOS, PARA REALIZAR O DIAGNÓSTICO DO SUBTIPO DE DEMÊNCIA .....	35
<b>GRÁFICO 11</b> - MOTIVOS ATRIBUÍDOS PELOS MÉDICOS, ÀS DIFICULDADES POR ELES ENCONTRADAS, PARA CUIDAR DE PACIENTES COM DEMÊNCIA GRAVE .....	36
<b>GRÁFICO 12</b> - SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EXISTENTES NA ÁREA DE REFERÊNCIA, PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES, VISANDO AO DIAGNÓSTICO E/OU CONTROLE DE DEMÊNCIA.....	36
<b>GRÁFICO 13</b> - PORCENTAGEM DE PACIENTES COM DEMÊNCIA, ENCAMINHADOS AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, PARA CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO .....	38



## LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
DA	Doença de Alzheimer
ESF	Estratégia Saúde da Família
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MOCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
PET	Tomografia por Emissão de Pósitrons
QPAF	Questionário de Pfeffer
RM	Ressonância Magnética
SPECT	Tomografia por Emissão Única de Fótons
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	19
3 METODOLOGIA .....	25
4 RESULTADOS.....	27
5 DISCUSSÃO .....	39
6 PRODUTO .....	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE A .....	48
APÊNDICE B - PRODUTO .....	53
ANEXO A .....	105
ANEXO B .....	116

# 1 INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento humano é caracterizado por alterações no sistema nervoso central que modificam aspectos sensoriais e motores, emocionais e cognitivos, como no caso da demência. Com o passar dos anos, a cognição pode sofrer mudanças significativas que afetam as atividades diárias dos pacientes e familiares. Sendo assim, é fundamental a avaliação adequada das funções cognitivas e comportamentais no seguimento de indivíduos idosos para mensurar possíveis déficits cognitivos, realizar diagnóstico precoce e indicar tratamento adequado e acompanhamento multiprofissional do paciente quando necessário (NITRINI *et al.*, 2009).

Devido ao aumento da longevidade e do acelerado processo de envelhecimento da população brasileira em contexto de pobreza e de menor acesso a ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças decorrentes do processo de envelhecimento se tornam um ponto de fundamental importância levando a uma forte demanda sobre serviços primários de saúde (BRUCKI, 2013).

A demência pode ser definida como uma síndrome de etiologia multifatorial que apresenta como sinais e sintomas o declínio cognitivo progressivo associado a perda da funcionalidade o que compromete o exercício das atividades da vida diária do indivíduo acometido e dessa maneira a perda da autonomia (PELEGRINI *et al.*, 2019).

Estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas em todo o mundo tenham demência, sendo que 60% destes vivem em países de baixa e média renda. A demanda social e econômica desse quadro ameaça a sustentabilidade dos sistemas de saúde e um dos maiores desafios relacionados às síndromes demenciais é o controle dos fatores de risco para retardar a evolução e progressão da doença (LUCHESE *et al.*, 2021).

No caso da demência, o envelhecimento provavelmente é o fator de maior risco e já se encontra entre os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns em idosos (BOTTINO *et al.*, 2008).

Outros fatores de risco para demência que tiveram maior prevalência foram sedentarismo, sintomas depressivos e hipertensão, déficit auditivo e visual, alimentação inadequada e baixa escolaridade (LIVINGSTON *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a atenção primária à saúde representa o primeiro e mais próximo contato entre os idosos e o sistema de saúde, além de ser fundamental para o desenvolvimento de estratégias de identificação precoce de doenças.

Dessa forma, é de suma importância que o médico da atenção primária esteja preparado para avaliar e conduzir os pacientes com diagnóstico de Síndrome Demencial, assim como realizar orientações nas situações em que for detectado alguma dificuldade cognitiva leve sem prejuízo da funcionalidade (SUEMOTO *et al.*, 2017).

A análise conjunta da anamnese clínica, exames complementares e resultado da aplicação de escalas de avaliação cognitiva auxiliam para diagnóstico correto do paciente assim como em sua assistência adequada (VALE; MIRANDA, 2002).

A implementação da capacitação dos médicos na atenção primária de saúde do município favorece a reorganização de protocolos dos serviços, pois por meio do rastreamento multidimensional dos pacientes é possível a integração dos profissionais de saúde ampliando o processo colaborativo entre eles (FUJIHARA *et al.*, 2004).

A avaliação do conhecimento médico nos cuidados primários em relação às demências, pode ser realizada através da aplicação do questionário “Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primarià” que aborda a temática de forma bem completa, além de disponibilizar duas versões para a avaliação: uma destinada a médicos e outra, a enfermeiros (TUERO *et al.*, 2011).

Essa escala foi elaborada pela Sociedade Catalã de Medicina Familiar e Comunitária de maneira a conhecer as necessidades dos profissionais no atendimento a esses pacientes, sendo validada para o português em 2014. Apresenta questões abertas e fechadas relacionadas ao acompanhamento de pacientes com demência e de seus cuidadores. Não existem respostas incorretas, pois a escala é baseada na opinião dos profissionais em relação a sua prática clínica (COSTA *et al.*, 2015).

A intenção com o presente estudo é conhecer e analisar as dificuldades dos médicos na avaliação de pacientes com demência apontadas pelos profissionais que atuam na atenção primária do Sistema Único de Saúde do município de São Caetano do Sul através do instrumento Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primarià – versão brasileira.

Esse estudo ganha ainda mais importância levando em consideração o município de São Caetano do Sul que, segundo dados do IBGE, apresenta 15% da população na velhice registra um dos maiores índices de longevidade do país, com expectativa de vida de 78,2 anos. Neste sentido, quando comparados às médias do Estado de São Paulo, São Caetano do Sul apresenta os maiores índices de envelhecimento na região que é determinado pelo número de residentes com 60 anos ou mais por cem residentes com menos de 15 anos.

Valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado (BRASIL, 2012).

O município de São Caetano do Sul é um município se localiza na região Metropolitana de São Paulo, na Zona Sudeste da Grande São Paulo. É a cidade com o melhor IDH do Brasil e também com o 48º maior PIB brasileiro. A estimativa atual de população é de 161.127 habitantes. É um município relativamente pequeno com área total de 15,331 km<sup>2</sup> e é conurbado com São Paulo, Santo André e São Bernardo do Campo (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, essa pesquisa foi motivada pela percepção que tive durante os atendimentos no Ambulatório de Neurologia como docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul do alto índice de encaminhamentos realizados pelos médicos que atuam na atenção primária do município para a assistência terciária e a dificuldade de manejo, em especial, do tratamento farmacológico indicado para pacientes com diagnóstico de demência.

Após os resultados apontados pelo estudo através das respostas obtidas pelo questionário, faremos a implementação de uma capacitação para os médicos da atenção primária de Sistema Único de Saúde do município de São Caetano do Sul sobre diagnóstico e manejo de pacientes com demência. A pesquisa está alinhada com o Plano de Saúde Municipal 2022 – 2025 que preconiza retomada de atividades de matriciamento interrompidas devido a pandemia de COVID-19.

#### Objetivo geral

- Avaliar conhecimentos e condutas de profissionais médicos que atuam na atenção primária no cuidado às pessoas com demência ou no diagnóstico e tratamento de pessoas com demência

#### Objetivos específicos

- Conhecer o perfil dos profissionais médicos que atuam na atenção primária no município de São Caetano do Sul
- Implementação de uma capacitação para os médicos da atenção primária de Sistema Único de Saúde do município de São Caetano do Sul sobre diagnóstico e manejo de pacientes com demência

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Devido a transição demográfica temos em foco os eventos relacionados ao processo de envelhecimento associado ao aumento dos quadros neurodegenerativos. Dentre esses processos, temos a síndrome demencial que é caracterizada por comprometimento cognitivo progressivo associado a perda de funcionalidade, sendo a causa mais frequente a Doença de Alzheimer (NITRINI *et al.*, 2009).

Também é importante pontuar que a Doença de Alzheimer e outros tipos de demência estão como causas que aparecem no ranking dos dez primeiros anos de vida que levam a incapacidade para indivíduos com 75 anos ou mais. A capacidade de intervir pela prevenção ou tratamento para a demência ainda é limitada, apesar de grandes esforços em pesquisa e desenvolvimento para identificar medicamentos modificadores da doença (GLOBAL..., 2020).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.<sup>a</sup> edição (DSM-V) temos como critério diagnóstico de distúrbios neurocognitivos a presença de declínio cognitivo significativo em comparação a uma avaliação anterior em um ou mais níveis cognitivos considerando atenção complexa, aprendizagem, memória, função executiva, linguagem, perceptivo-motora ou cognição social, sendo que esse prejuízo parte da percepção do indivíduo ou informante associado a prejuízo substancial no desempenho cognitivo documentado através de testes neuropsicológicos padronizados ou avaliação clínica. Ressaltando-se que para o diagnóstico correto não devem ocorrer no contexto de um delírio ou serem explicados por outro transtorno mental, por exemplo depressão e esquizofrenia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Nesse ponto destaca-se a complexidade do diagnóstico diferencial de depressão com os quadros demenciais, já que a depressão pode levar a comprometimento cognitivo leve principalmente em idosos. O paciente com quadro depressivo pode apresentar déficit de atenção o que prejudica o desempenho em escalas de avaliação cognitiva. Nesses casos é de grande valia a utilização de instrumentos como a Escala de Depressão Geriátrica de forma a objetivar a avaliação e o acompanhamento desse perfil de pacientes. Em algumas situações pode ser indicado o uso de antidepressivos por 4 a 8 semanas como teste terapêutico e reavaliar os aspectos comportamentais e cognitivos após o tratamento (UNWIN; LOSKUTOVA; KNICELY; WOOD, 2019).

Em relação ao comprometimento cognitivo, os déficits mais frequentes incluem alteração de linguagem, atenção, memória, praxia, funções executivas e velocidade de processamento. Já para avaliação da funcionalidade é necessário avaliarmos a dificuldade que os indivíduos com queixas cognitivas apresentam para a realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) como administração de finanças, compras e atividades laborais e as atividades básicas de vida diária (ABVD) por exemplo cuidados com higiene pessoal e vestuário (SUEMOTO *et al.*,2017).

As diretrizes de atendimento de pacientes recomendam a identificação de déficits cognitivos para planejar o programa de reabilitação mais adequado, uma vez que o comprometimento cognitivo é preditor de mau prognóstico a longo prazo. Também é importante avaliarmos como preditor de mau prognóstico para pacientes com quadro de demência a presença de sintomas neuropsiquiátricos, como agitação psicomotora, alucinações e delírios o que impacta diretamente com a qualidade de vida do paciente e a sobrecarga do cuidador e/ou familiares (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE *et al.*, 2020).

Para o rastreio do declínio cognitivo podemos utilizar de ferramentas como escalas validadas amplamente utilizadas para avaliação cognitiva de pacientes, embora esses instrumentos tenham baixa sensibilidade para avaliar todos domínios cognitivos como função executiva e velocidade de processamento. Além disso, esse perfil de pacientes frequentemente apresenta déficits neurológicos específicos como afasia, perda de campo visual, apraxia e negligência que comprometem severamente o desempenho desses indivíduos nessas escalas cognitivas (BRUCKI, 2013).

A avaliação cognitiva pode ser realizada de forma breve em geral durante a consulta médica ou ser mais extensa como a avaliação neuropsicológica realizada por um profissional adequado com análise de múltiplos domínios cognitivos e escores de acordo com a idade e escolaridade. A partir desse resultado é determinado o perfil de domínio cognitivo comprometido no indivíduo o que auxilia no diagnóstico do tipo de demência acometida (BRUCKI, 2013).

Considerando esse contexto, uma ferramenta de triagem cognitiva curta e específica para os quadros de comprometimento cognitivo, que avalia os principais domínios cognitivos comprometidos nesses pacientes temos como exemplo, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Assim, ferramentas de triagem padronizadas são importantes para essa avaliação e diagnóstico funcional, permitindo, assim programas adequados de reabilitação. Dessa forma é fundamental utilizarmos

aplicação de instrumentos em conformidade de tarefas e boa validade, melhorando a medida da cognição com um conteúdo de linguagem mínimo, evitando, portanto, efeitos de solo e teto presentes em outros testes cognitivos curtos (BRUCKI, 2013).

Outros testes também podem ajudar na avaliação cognitiva como o teste do desenho do relógio que permite analisar as funções executivas e habilidades visuo-espaciais, cujo sistema de pontuação mais utilizado é o proposto por Sunderland *et al.* (1989), com atenção para correção de acordo com a escolaridade. Também bastante utilizado na prática clínica é o teste da fluência por categoria semântica que apresenta dados sobre a memória semântica e funções executivas (SUEMOTO *et al.*, 2017).

As demências podem ser classificadas em primárias ou secundárias às doenças de base, sendo assim apresentam diferentes etiologias, o que determina a necessidade de investigação ampla em especial para o rastreamento para causas reversíveis como hipovitaminoses e alterações da função tireoidiana (FORNARI; GARCIA; HILBIG; FERNANDEZ, 2010). Pode-se dividir as demências de acordo com a presença de comprometimento estrutural do Sistema Nervoso Central ou não, sendo que as demências sem comprometimento estrutural podem ser devido a alterações toxicometabólicas ou efeito de substâncias como ação de medicamentos (GUSSO; LOPES, 2012).

As demências secundárias podem ocorrer devido a diversas situações clínicas como sífilis e AIDS, tumores, hidrocefalia e doenças cerebrovasculares. É importante que seja feita realizada investigação através de exames de imagem como tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio para definição do diagnóstico nesses casos (NITRINI; BACHESCHI, 2015).

Temos como principais formas de demências: a Doença de Alzheimer, a demência Vascular, a Mista (associação da Doença de Alzheimer com Vascular), Corpúsculos de Lewy e a Demência da Doença de Parkinson. O diagnóstico diferencial entre os tipos de demências primárias pode ser desafiador o que exige a realização de anamnese detalhada, incluindo dados informados pelo acompanhante do paciente e o rastreio para exclusão de demências reversíveis (UNWIN; LOSKUTOVA; KNICELY; WOOD, 2019).

Em relação as demências primárias, é importante reforçar a necessidade de realização do exame neurológico caracterizando sobretudo a presença de sintomas extrapiramidais, como tremor, rigidez, bradicinesia e alterações da marcha; alterações cerebelares e da movimentação ocular extrínseca. Esses achados do exame físico auxiliam no entendimento da etiologia do quadro demencial (NITRINI; BACHESCHI, 2015).

De acordo com o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, temos como sinais de alarme da incerteza diagnóstica nos casos de demência, quadros prováveis de não Alzheimer, forte história familiar e início em idade jovem (GUSSO; LOPES, 2012).

Vale ressaltar que até o momento não existe tratamento preventivo para a Doença de Alzheimer, mas temos a possibilidade de, realizado o diagnóstico do quadro demencial de leve a moderada intensidade, seja indicado o uso de anticolinesterásicos que apresenta efeitos terapêuticos em relação a cognição e o comportamento da maioria dos pacientes. Atualmente existe disponibilidade de 3 drogas inibidoras das colinesterases: Donepezila, Galantamina e Rivastigmina, sendo que a última opção tem 2 apresentações, em comprimido e adesivo (NITRINI; BACHESCHI, 2015).

Também pode-se utilizar nos casos moderados a graves a memantina que atua como antagonista do receptor NMDA e serve como tratamento sintomático da cognição (NITRINI; BACHESCHI, 2015).

Os pacientes que apresentarem transtornos de humor e comportamento e que não responderem inicialmente ao uso do anticolinesterásico podem necessitar de outros tratamentos farmacológicos como antidepressivos e neurolépticos atípicos (NITRINI; BACHESCHI, 2015).

No tratamento das alterações de humor e do comportamento deve-se reforçar a importância das medidas não-farmacológicas como orientação dos cuidadores, higiene do sono e fatores desencadeantes, o que muitas vezes possibilita a redução da necessidade de medicamentos, diminuindo assim os seus efeitos colaterais (SUEMOTO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, nota-se a importância do paciente, familiares e/ou cuidadores serem acompanhados por uma equipe multiprofissional com psicólogos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiros e fonoaudiólogos que fornecem suporte com as orientações mais adequadas para cada paciente (SUEMOTO *et al.*, 2017).

Considerando a investigação de causas potencialmente reversíveis que levam a declínio cognitivo é necessário a realização de exames complementares, como sódio, potássio, glicemia, vitamina B12, vitamina D, ácido fólico, função tireoidiana (TSH e T4 livre) e função renal (uréia e creatinina), sorologia para HIV, sífilis e hemograma (GUSSO; LOPES, 2012).

Existem evidências que diversos fatores de riscos modificáveis como tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus e perda auditiva contribuem para o desenvolvimento dos quadros demenciais, porém temos poucas evidências da eficácia das intervenções que abordam esses fatores de risco. Sendo assim importante

focarmos em promover o diagnóstico mais precoce e controle possíveis fatores para preservar os fatores de risco (LIVINGSTON *et al.*, 2020).

Vale reforçar a importância do esclarecimento aos profissionais de saúde em relação as medidas preventivas de declínio cognitivo não só em relação ao controle dos fatores de risco, mas também na orientação de estímulos cognitivos, atividades físicas e alimentação saudável (LIVINGSTON *et al.*, 2020).

O médico atuante da Atenção Básica, considerada a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde, tem papel importante na prevenção dos quadros demenciais e na realização de diagnóstico precoce e acompanhamento das doenças mentais mais prevalentes entre os idosos, de acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Alzheimer, porém nem sempre esse profissional está preparado para tal (BRASIL, 2013).

O aumento da prevalência das doenças neurodegenerativas e o impacto social e econômico das demências tem se demonstrado um desafio importante de saúde pública com necessidade de ações para melhor manejo dessas condições (GLOBAL..., 2020).

Dessa forma, é preciso que haja estudos que tenham potencial de avaliar os conhecimentos e atitudes profissionais na assistência às demências de forma a estruturar protocolos de acordo com a realidade do território estudado e otimizar a atuação em casos de investigação de declínio cognitivo. Dentre esses, destaca-se o instrumento de origem catalã *Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L'Atenció Primària* que aborda amplamente os aspectos do rastreio, diagnóstico e seguimento dos pacientes com queixas cognitivas e comportamentais e as dificuldades encontradas pelos médicos da Atenção Básica na condução desses casos (TUERO *et al.*, 2011).

O instrumento que utilizamos para avaliação foi elaborado pelo pesquisador responsável Dr. Gabriel Coll de Tuero, membro do grupo de Atenção Domiciliária da Sociedade Catalã de Medicina Familiar e Comunitária e do grupo de demências da Sociedade Espanhola de Medicina Familiar e Comunitária, tendo sido feito originalmente na versão para médicos e enfermeiros. A versão para médicos é composta por 28 questões, incluindo um caso clínico, sendo que as questões apresentadas são autoexplicáveis e autoaplicáveis (TUERO *et al.*, 2011).

É importante ressaltar que a organização do Sistema Nacional de Saúde da Catalunha tem como pilar de modelo a Atenção Primária à Saúde com o reconhecimento da especialidade de Medicina Familiar e Comunitária, sendo que a especialidade dura 4 anos após a graduação. Dentro dos principais eixos da reforma da Saúde, que ocorreu em 1977,

tem-se a pesquisa e formação de especialista médico familiar e comunitário e o acesso equitativo aos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2015).

Apesar de haver grandes similaridades entre o Sistema Nacional de Saúde Espanhol (SNS) e o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) no que diz respeito a ambos serem modelos universais com princípios e diretrizes previstas em legislação, é importante destacar o processo de descentralização do Estado que ocorreu na Espanha e dá maior autonomia para suas regiões e no Brasil a tendência a interdependência governamental devido a dimensão geográfica e realidade diversa em nosso país (BRASIL, 2012).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, com amostra não aleatória, coletada por conveniência, realizada com os 28 médicos da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde do município de São Caetano do Sul que atuam nas equipes da Estratégia de Saúde da Família das 10 Unidades Básicas de Saúde (Amélia R. Locatelli, Dr. Angelo Antenor Zambom, Caterina Dall Anese, Darcy Sarmanho Vargas, Dolores Massei, João Luiz Pasqual Bonaparte, Maria Corbeta Segato, Moacir Gallina, Nair Spina Benedicts e Dr. Ivanhoé Esposito), Centro de Especialidades Médicas e Centro Policlínico Gentil Rstom.

Foram coletados dados demográficos como idade, sexo e todos foram convidados a responderem ao questionário “Instrumento Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primarià – para médicos – versão brasileira”, presencialmente, com duração de preenchimento de aproximadamente 25 minutos.

O questionário do presente estudo coletou informações sobre tempo de formação médica e atuação profissional, conhecimento sobre demências, características dos pacientes idosos e de pacientes com demência atendidos, quais as maiores dificuldades dos participantes na realização do diagnóstico, tratamento e manejo dos pacientes com demência na Atenção Básica, quais os testes cognitivos, de capacidade funcional e exames complementares mais utilizados pelos participantes para fazer rastreio e acompanhamento dos pacientes. O questionário também investiga as formas de encaminhamento para atendimento especializado mais utilizadas pelos participantes, bem como as características do manejo de pacientes com demência na atenção especializada.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), de acordo com as exigências da Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e com a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, número do parecer: 4.916.588. Todos os participantes responderam ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: médicos de ambos os gêneros, que atuassem na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde do município de São Caetano do Sul, independente do tempo de atuação no serviço; médicos da Atenção Primária de São Caetano do Sul que lessem e assinassem o TCLE, aceitando participar do estudo, após receberem e aceitarem ao convite para participarem da pesquisa.

A análise dos dados quantitativos foi realizada utilizando-se métodos estatísticos descritivos de variáveis categóricas.

O entendimento da atuação médica relacionada aos pacientes com diagnóstico de demência da atenção primária possibilita a implementação de capacitação direcionada sobre essa temática, o que favorece a consolidação e aplicação dos protocolos dos serviços e assim melhor assistência para pacientes e seus cuidadores.

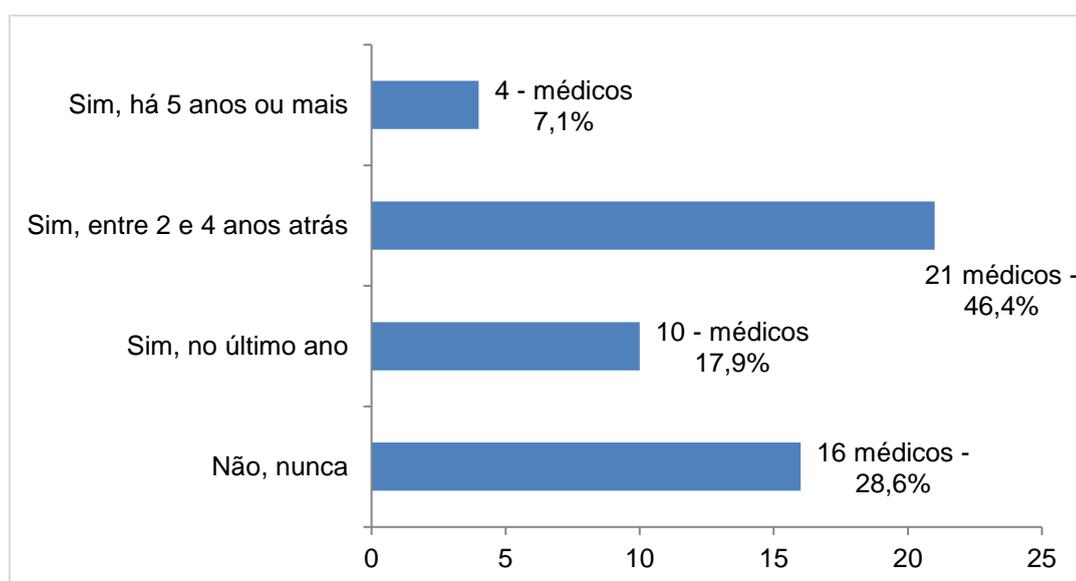
## 4 RESULTADOS

Foram coletados dados de 28 médicos da Atenção Básica do município de São Caetano do Sul, totalizando 100% da equipe médica que compõe a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Os dados sociodemográficos tiveram como objetivo caracterizar a população que, voluntariamente, aceitou participar da pesquisa. Observou-se que 50% participantes eram do sexo feminino.

Todos os médicos avaliados realizaram a graduação em Medicina no Brasil, 18 (65%) tem idade entre 25 e 35 anos. Todos os participantes relataram achar necessário realizar atividades de capacitação específica em demência, embora 46,4% referem ter realizado essa atividade há mais de 2 anos, 28,6% referem nunca ter participado de capacitação, 17,9% participaram da capacitação no último ano e 7,1% referem ter realizado essa atividade há mais de 5 anos, como pode ser visto no gráfico 1.

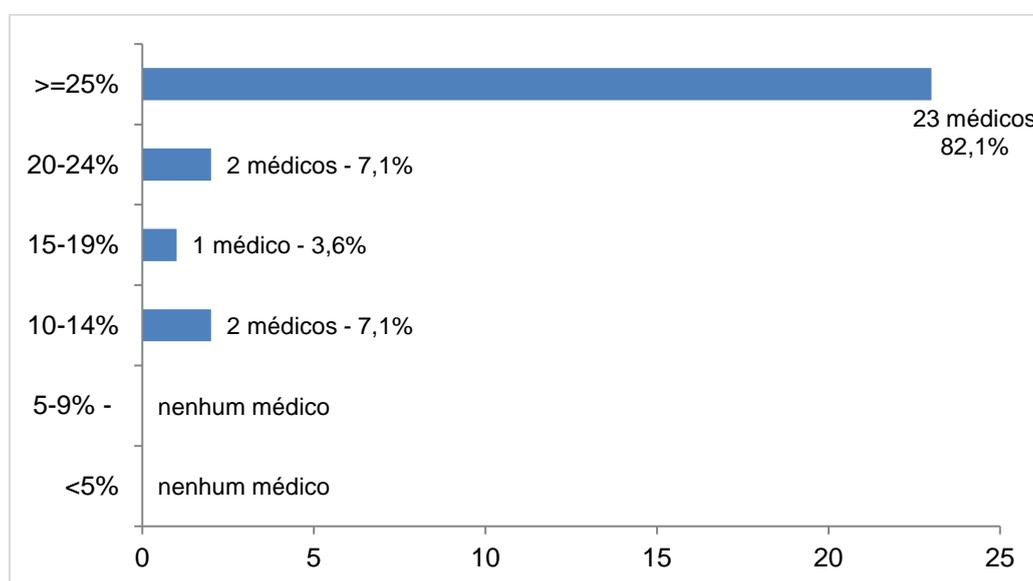
**Gráfico 1** – Distribuição em número e percentual de médicos da Atenção Primária segundo participação em atividades de capacitação específica sobre demência. São Caetano do Sul. 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Em relação ao atendimento prestado na Atenção Básica, 82,6% dos médicos avaliados referem que mais de 25% dos pacientes atendidos tem mais do que 60 anos de idade, sendo que essa porcentagem era o máximo que poderia ser assinalado de acordo com o questionário, 7,1% dos médicos referiram que atendiam de 20 a 24% de pacientes idosos, 7,1% apontaram que atendem de 10 a 14% de pacientes idosos e 3,6% relatou que corresponde a 15 a 19% de população idosa entre todos os atendimentos médicos, conforme podemos visualizar no gráfico 2.

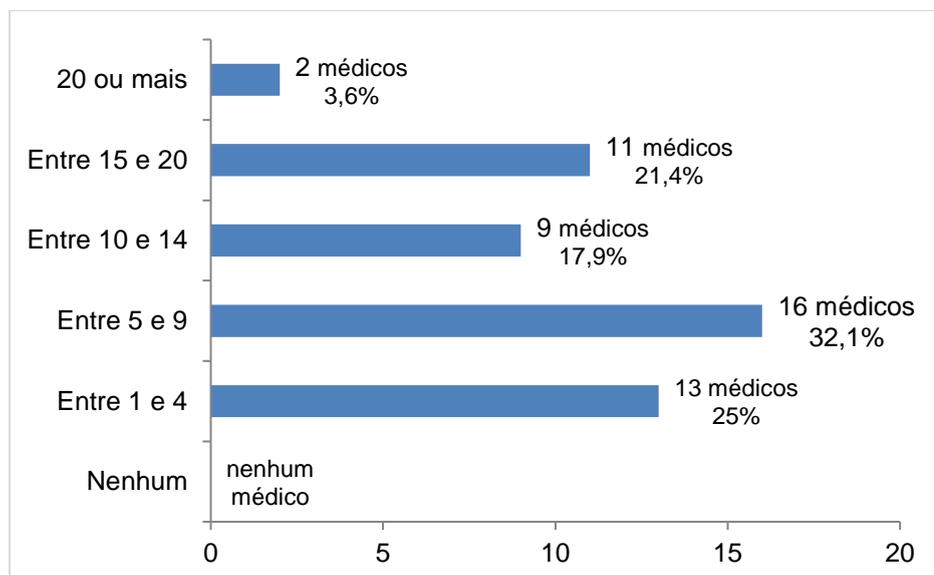
**Gráfico 2** - Distribuição em número e percentual de médicos da Atenção Primária segundo percentual de pacientes com mais de 60 anos atendidos. São Caetano do Sul. 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Já no que diz respeito a detecção dos quadros, 32,1% dos médicos avaliados referem ter diagnosticado entre 5 a 9 casos de demência no último ano, enquanto que 25% apontaram detectar entre 1 a 4 casos no último ano, 21,4% relatam entre 15 a 20 casos ao ano, 17,9% entre 10 e 14 casos e somente 3,6% referem ter realizado mais de 20 diagnósticos no último ano, o que pode ser visualizado no gráfico 3.

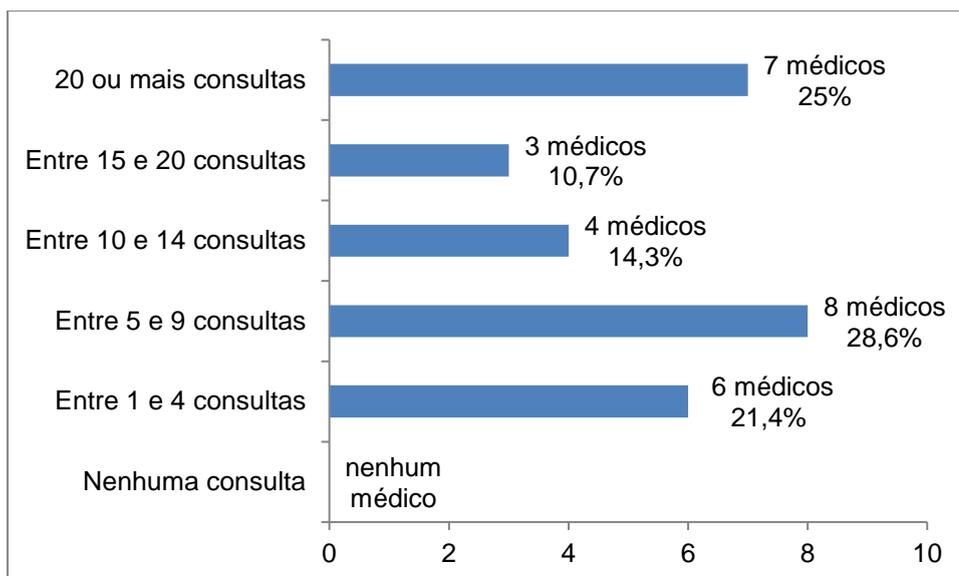
**Gráfico 3** - Distribuição do número e percentual de médicos da Atenção Primária segundo frequência do diagnóstico de demência realizado pelos médicos. São Caetano do Sul. 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Em relação ao número de consultas para pacientes com demência foi apontado pelos médicos que 28,6% realizam entre 5 a 9 consultas por mês com esse perfil de pacientes, 25% referiram mais de 20 consultas por mês nesses casos, 21,4% colocaram que fazem entre 1 a 4 consultas por mês e 25% relatam que realizam em média 10 a 20 consultas por mês com pacientes com diagnóstico de demência, como visto no gráfico 4.

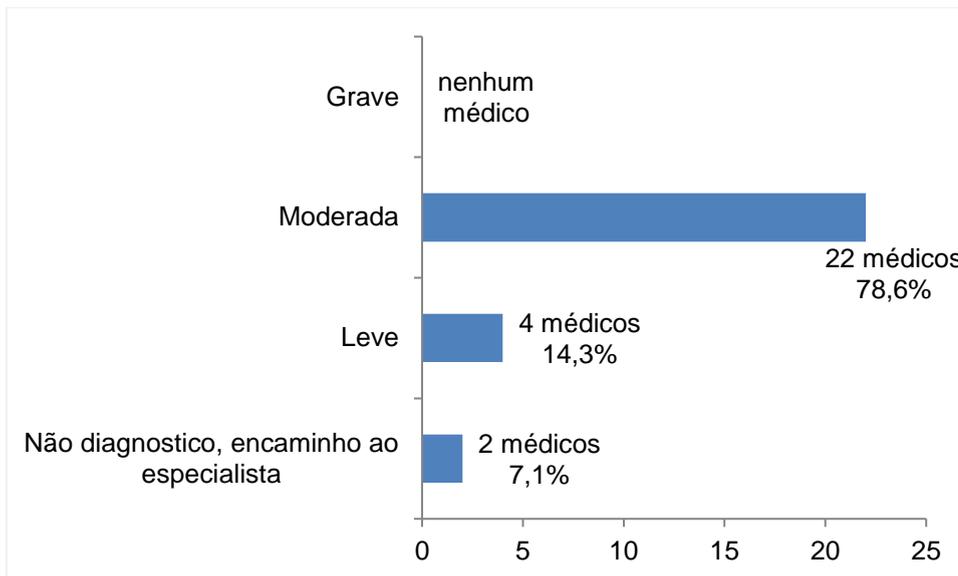
**Gráfico 4** - Distribuição do número e percentual de médico da Atenção Primária segundo quantidade de consultas realizadas por mês para pacientes com demência. São Caetano do Sul. 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Quanto à fase da doença em que o diagnóstico dos quadros demenciais é realizado pelos médicos, observou-se que 78,6% apontaram que é mais frequente realizarem o diagnóstico em fase moderada da evolução da doença, 14,3% relataram diagnosticar na fase leve e 7,1% referiram não realizar o diagnóstico de demência, tendo preferência em encaminhar esses pacientes ao serviço especializado, de acordo com o gráfico 5.

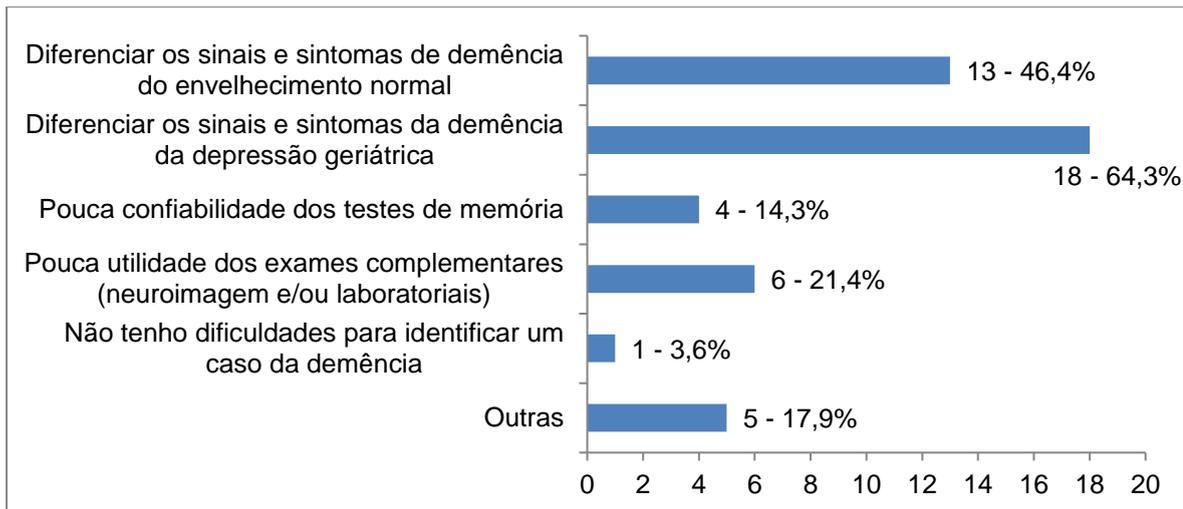
**Gráfico 5** - Distribuição do número e porcentual de médicos da Atenção Primária do segundo fase da doença de diagnóstico da demência com maior frequência. São Caetano do Sul. 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Como apontado pelo gráfico 6, percebe-se que a maioria dos participantes (64,3%) colocaram como ponto de maior dificuldade para identificação de um caso de demência a diferenciação dos sinais e sintomas da demência da depressão geriátrica, outro ponto colocado por 46,4% dos indivíduos avaliados foi a diferenciação dos sinais e sintomas de demência do envelhecimento comum, também foi apontado por 14,3% dos médicos a pouca confiabilidade dos testes de memória e por 21,4% a pouca utilidade dos exames complementares. Também foi visto que 3,6% relataram não ter nenhuma dificuldade para identificar um caso da demência e 17,9% apresentaram outras dificuldades.

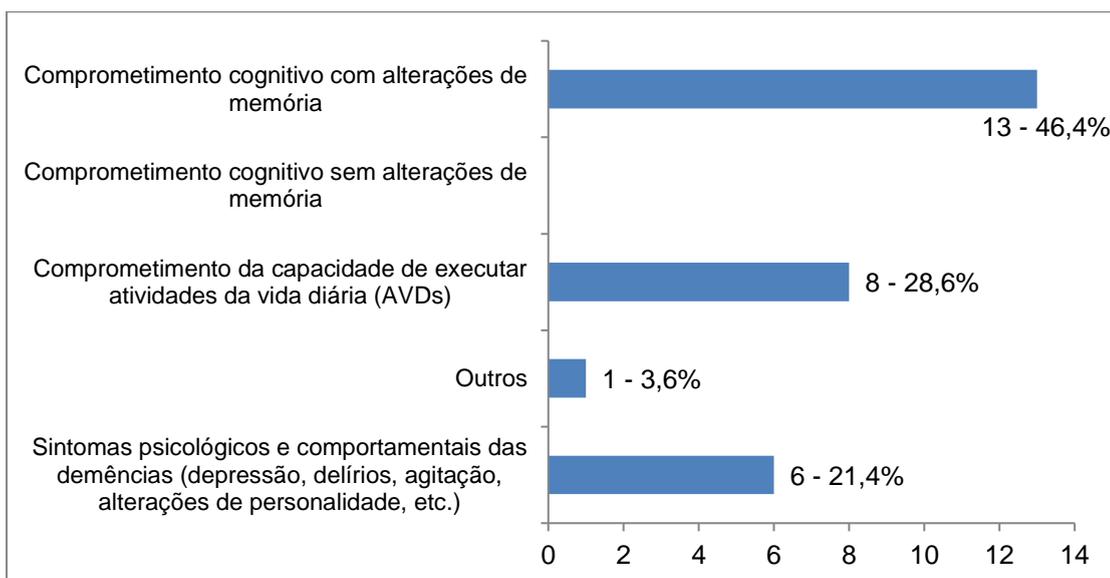
**Gráfico 6** – Distribuição do número e porcentual de médicos da Atenção Primária segundo as maiores dificuldades na identificação de casos de demência . São Caetano do Sul. 2021.



Fonte: dados de pesquisa

De acordo com o gráfico 7, podemos perceber que 46,4% dos médicos que responderam a pesquisa colocaram como principais sinais e sintomas que levam a suspeitar do diagnóstico de demência o comprometimento cognitivo com alterações de memória, 28,6% relataram que o comprometimento da capacidade de executar atividades da vida diária seriam os primeiros sinais e sintomas e 21,4% referiram que a presença de sintomas psicológicos e comportamentais é o que mais leva a suspeitar do diagnóstico.

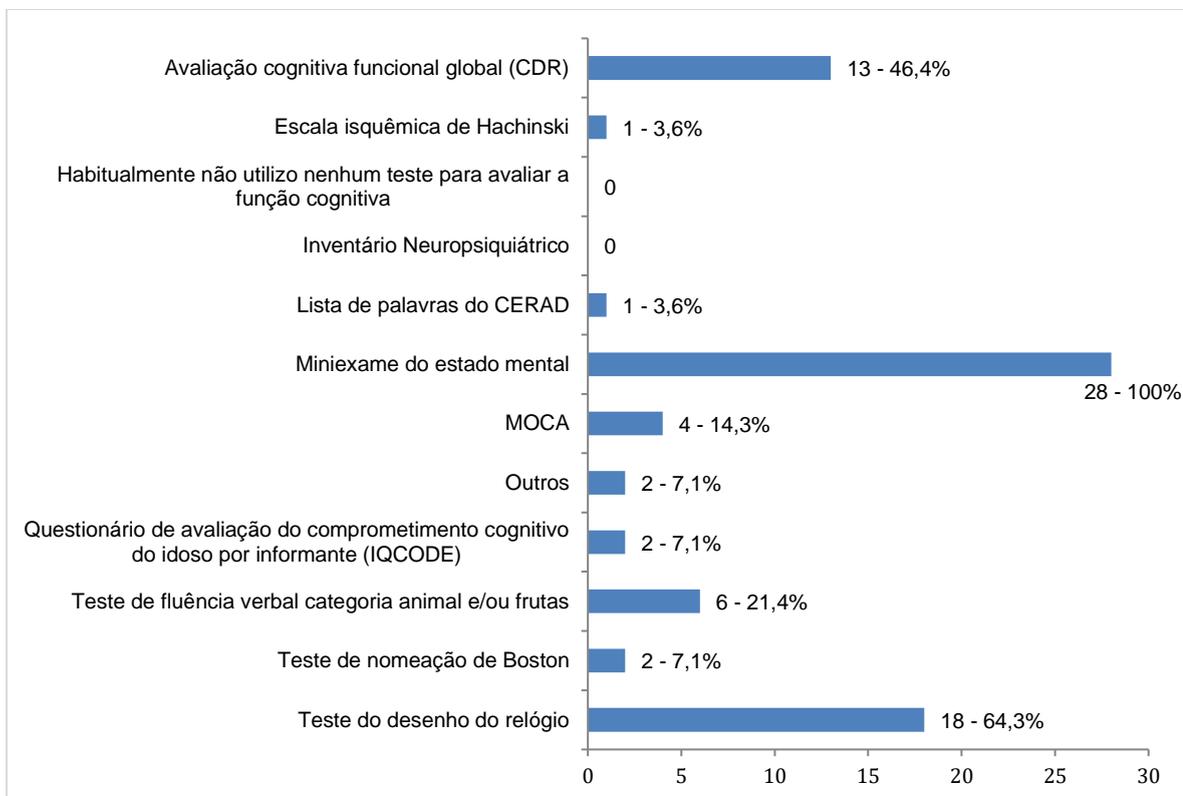
**Gráfico 7** - Distribuição dos médicos da Atenção Primária segundo principais sinais e sintomas observados na hipótese diagnóstica de demência . São Caetano do Sul, 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Também foi possível avaliar através do questionário os instrumentos de avaliação cognitiva mais utilizados na prática clínica dos médicos avaliados e pode-se notar que 100% dos indivíduos utilizam o Miniexame do Estado Mental, 64,3% aplicam o Teste do desenho do relógio, 46,4% fazem a Avaliação cognitiva funcional global, 21,4% realizam o Teste de fluência verbal categoria animal e/ou frutas, 14,3% aplicam o MOCA, 7,1% utilizam o Teste de nomeação de Boston e o Questionário de avaliação do comprometimento cognitivo do idoso por informante (IQCODE) e 3,6% realizam a Lista de palavras do CERAD e Escala Isquêmica de Hachinski. Todos os médicos relataram utilizar alguma escala para avaliação da função cognitiva, conforme gráfico 8. Alguns profissionais utilizam mais de um teste para esta avaliação.

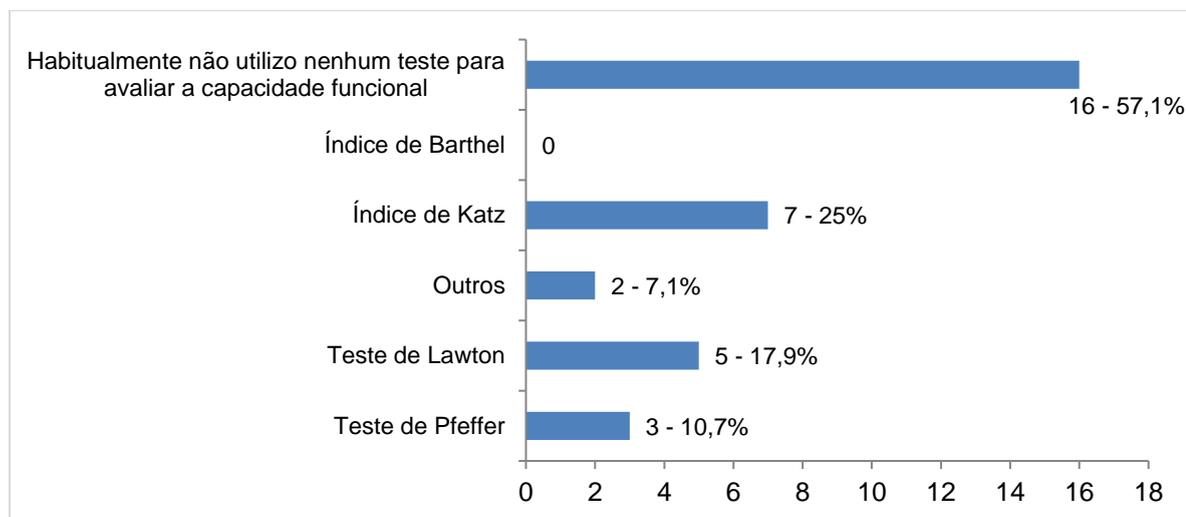
**Gráfico 8** - Distribuição dos médicos da Atenção Primária segundo testes habitualmente utilizados em sua prática clínica, na avaliação da função cognitiva de pacientes. São Caetano do Sul. 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Já em relação a capacidade funcional, 57,1% dos médicos referiram habitualmente não utilizar nenhum teste para avaliação. Entretanto alguns utilizam mais de um instrumento de avaliação da capacidade funcional. Dos 28 médicos 25% utilizam o Índice de Katz, 17,9% aplicam o Teste de Lawton, 10,7% realizam o Teste de Pfeffer e nenhum profissional apontou o uso do Índice de Barthel, como mostra o gráfico 9.

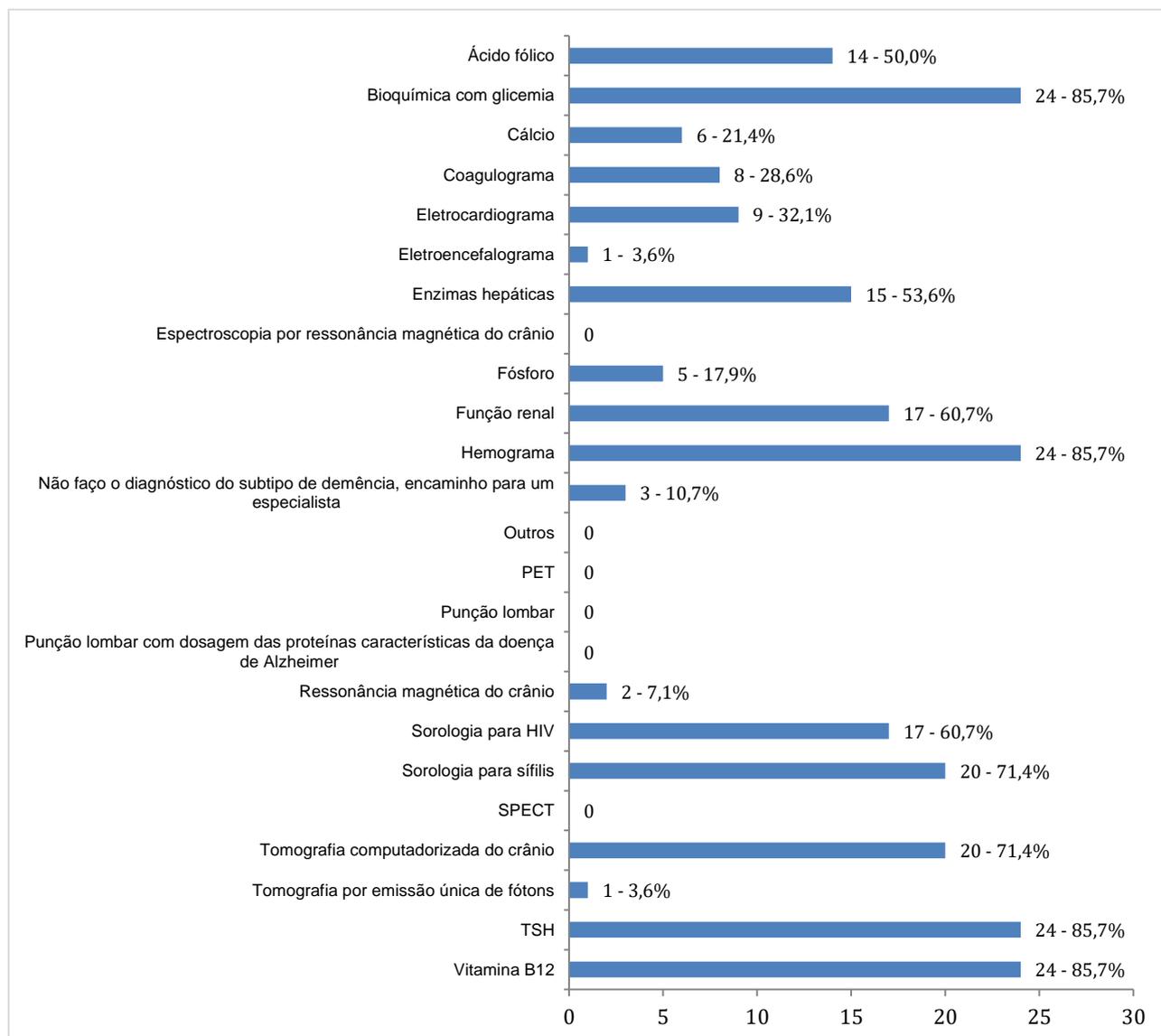
**Gráfico 9** - Distribuição dos médicos da Atenção Primária segundo testes habitualmente utilizados na avaliação da capacidade funcional de. São Caetano do Sul. 2021.



Fonte: dados de pesquisa

No que diz respeito ao rastreamento de casos de comprometimento cognitivo visando diagnosticar demências reversíveis, foi avaliado pelo instrumento quais exames complementares os médicos solicitam habitualmente, sendo então apontado por 85,7% a indicação de coleta laboratorial de hemograma, bioquímica com glicemia, TSH e vitamina B12, 71,4% também solicitam sorologia para sífilis e tomografia computadorizada de crânio, enquanto que 60,7% usualmente pedem sorologia para HIV e função renal, 53,6% indicam a realização da coleta de enzimas hepáticas, 50% solicitam ácido fólico, 32,1% prescrevem Eletrocardiograma e 28,6% o coagulograma. Exames como cálcio, fósforo, Eletroencefalograma, Ressonância Magnética de Crânio e Tomografia por emissão única de fótons (SPECT) ficaram entre os exames menos pedidos pelos profissionais. Ainda foi visto que 10,7% dos indivíduos estudados não fazem o diagnóstico de subtipos de demência e encaminham os pacientes para avaliação do especialista, sem a indicação de exames, conforme gráfico 10.

**Gráfico 10** - Distribuição do número e porcentual de médicos da Atenção Primária segundo exames complementares solicitados para diagnóstico do subtipo de demência. São Caetano do Sul. 2021.

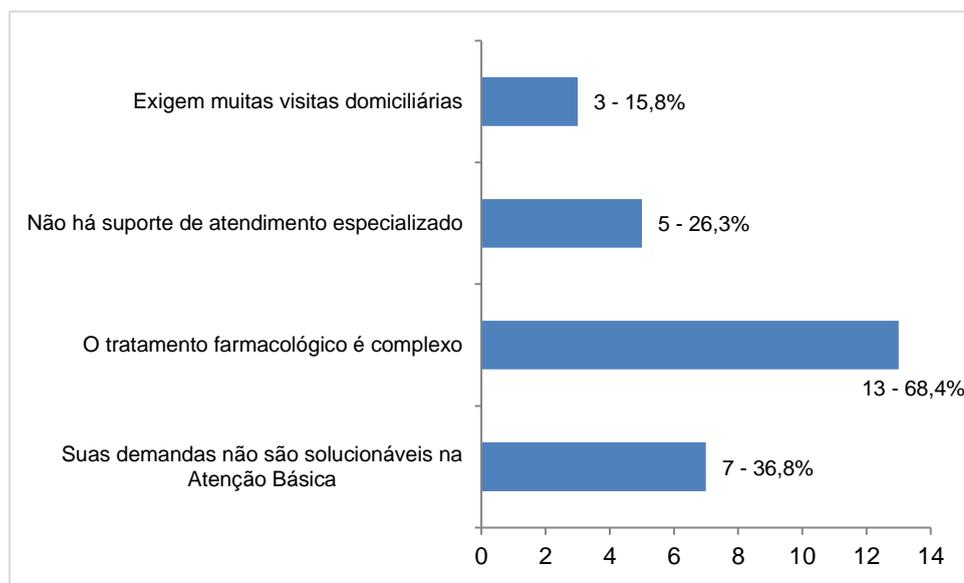


Fonte: dados de pesquisa

Observou-se que 70,4% dos profissionais encontram dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave sendo o principal motivo apontado por 68,4% dos médicos foi a complexidade do tratamento farmacológico exigido nesses casos. Também foi visto que 36,8% referiram que a demanda de pacientes graves não são solucionáveis na Atenção

Básica, 26,3% relatam que não há suporte de atendimento especializado e 15,8% apontaram como dificuldade a exigência de múltiplas visitas domiciliares, de acordo com gráfico 11.

**Gráfico 11** - Distribuição dos motivos atribuídos pelos médicos, às dificuldades por eles encontradas, para cuidar de pacientes com demência grave na Atenção Primária no município de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul. 2021.

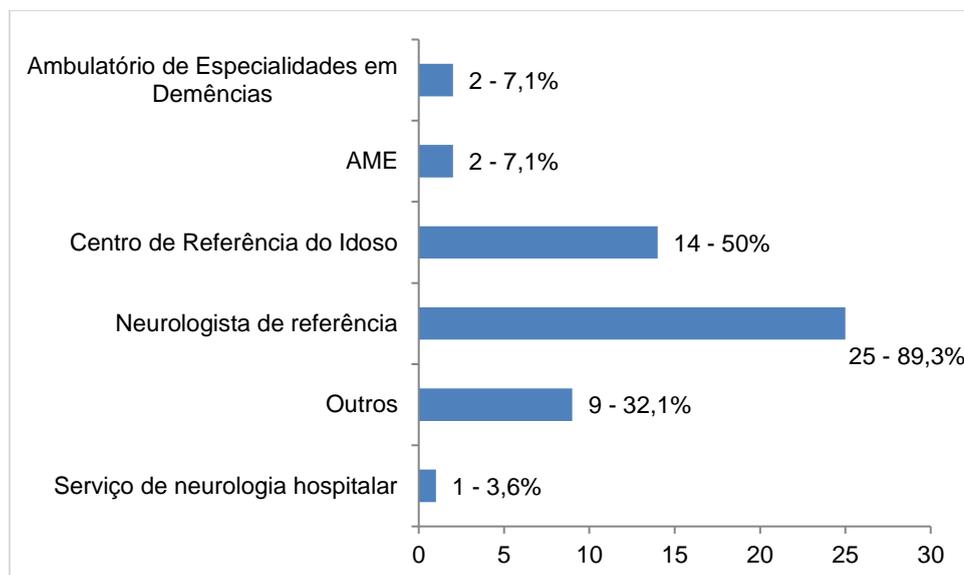


Fonte: dados de pesquisa

O gráfico 12 apresenta dados em relação ao encaminhamento dos pacientes com quadro de comprometimento cognitivo realizado pelos médicos da Atenção Básica e foi visto que 89,3% encaminham para o neurologista de referência, 50% dos médicos indicam para o Centro de Referência do Idoso, 7,1% para o Ambulatório Médico de Especialidades e Ambulatório de Especialidades em Demências e 3,6% encaminham para o Serviço de Neurologia Hospitalar.

**Gráfico 12** - Distribuição dos serviços médicos especializados existentes na área de referência, para encaminhamento de pacientes, visando ao diagnóstico e/ou controle de

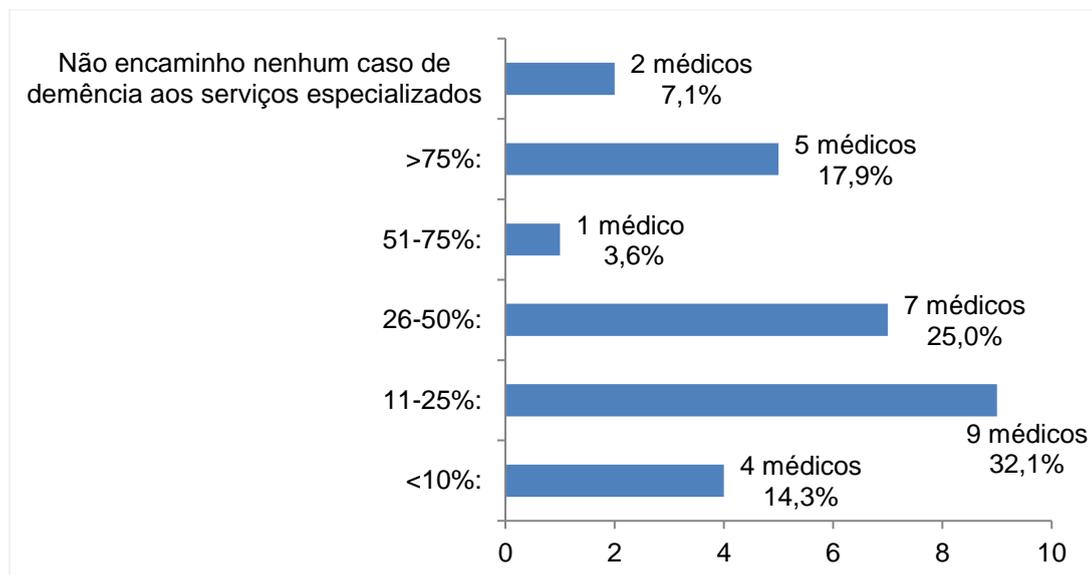
demência na Atenção Primária no município de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul. 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Já em relação a porcentagem de paciente com demência que são encaminhados aos serviços especializados, foi apontado que 17,9% dos profissionais encaminham mais de 75% dos pacientes para confirmação do diagnóstico, 14,3% dos médicos referiram encaminhar menos de 10% dos casos, 32,1% relatam de 11 a 25%, 3,6% de 51 a 75% e 7,1% responderam que não encaminham nenhum caso de demência aos serviços especializados, de acordo com o gráfico 13.

**Gráfico 13** - Distribuição em percentual de pacientes com demência, encaminhados aos serviços especializados, para confirmar o diagnóstico na Atenção Primária no município de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul. 2021.



Fonte: dados de pesquisa

Partiremos agora para a discussão dos resultados obtidos a partir das respostas do questionário “Instrumento Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primarià – para médicos – versão brasileira”.

## 5 DISCUSSÃO

Nesse estudo foi avaliado o perfil médico das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de São Caetano do Sul e, através da aplicação do questionário “Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências – versão para médicos” pode-se detalhar aspectos sobre o conhecimentos médico sobre demências, características dos atendimentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde em relação a idade dos pacientes atendidos e a presença de comprometimento cognitivo dentre os pacientes. Também foi caracterizado quais as dificuldades apresentadas no diagnóstico, tratamento e manejo de pacientes com demência, bem como a necessidade de realização de exames complementares para diagnóstico diferencial desses quadros, corroborando com dados de estudo realizado anteriormente (UNWIN; LOSKUTOVA; KNICELY; WOOD, 2019).

Através dos resultados, nota-se que apesar de todos os participantes considerarem necessário que haja capacitação específica para atenção no cuidado às demências, somente 17,9% referem ter realizado atividades com essas características no último ano, o que diverge da proposta do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de demências (BRASIL, 2013).

Devido à transição demográfica, os processos relacionados ao envelhecimento, como o comprometimento cognitivo, apresentam uma forte demanda sobre os serviços de saúde em especial a Atenção Básica, o que pode ser evidenciado nesse estudo pelo percentual aproximado de mais de 25% de pacientes atendidos com mais de 60 anos de idade o que também é evidenciado pelo Estudo de Carga Global de doenças e seu papel na definição de prioridades para a melhoria internacional da saúde pública no próximo século (GLOBAL..., 2020).

Esse processo ganha uma importância ainda maior no Brasil devido a baixa escolaridade e a maior ocorrência de fatores de risco como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Dislipidemia que apresentam relação com aumento da incidência de quadros demenciais conforme relatório realizado pela Comissão Lancet em 2020 que apontou aspectos sobre prevenção, intervenção e cuidado às demências (LIVINGSTON *et al.*, 2020).

Deve-se considerar que 78,6% dos médicos realizam o diagnóstico de demência na fase moderada da evolução do quadro clínico, ou seja, no momento que o paciente

apresenta declínio cognitivo importante associado a perda da funcionalidade, na maioria das vezes necessitando de auxílio para as atividades instrumentais da vida diária. Dessa forma, percebe-se que grande parte dos diagnósticos são tardios o que impede a introdução do tratamento no início dos sintomas de declínio cognitivo com melhora da qualidade de vida dos pacientes (SUEMOTO *et al.*, 2017).

Também é possível analisar a dificuldade de realizar diagnóstico nesse perfil de pacientes principalmente pela presença de quadros clínicos com sinais e sintomas semelhantes como a depressão geriátrica, conforme apontado pelo presente estudo e corroborando com DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O principal aspecto evidenciado pelo estudo que dificulta no atendimento desses pacientes é a falta de tempo para o processo de diagnóstico que além da anamnese detalhada exige aplicação de escalas de avaliação da cognição e funcionalidade, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos controlados e orientações para o paciente e familiares corroborando com a literatura sobre a temática (BRUCKI, 2013).

Vale ressaltar que a maior parte dos médicos também referem diagnosticar comprometimento cognitivo decorrente de déficits amnésicos e que é importante a avaliação de todos os domínios cognitivos (memória, linguagem, visuo-espacial, função executiva) para a detecção precoce de transtornos cognitivos não-amnésicos (UNWIN; LOSKUTOVA; KNICELY; WOOD, 2019).

As escalas mais utilizadas na prática clínica de acordo com a população estudada para avaliação cognitiva é o Mini Exame do Estado Mental, que foi citado por 100% dos médicos avaliados e em segundo lugar o instrumento mais usado é o teste do desenho do relógio que é usado por 64,3% dos indivíduos o que corrobora com os dados da literatura (UNWIN; LOSKUTOVA; KNICELY; WOOD, 2019).

Observou-se que 57,1% dos médicos referiram que não utilizam habitualmente escalas para avaliação da funcionalidade embora essas sejam importantes para a definição do diagnóstico de síndrome demencial e indicação de tratamento medicamentoso, conforme apontado em estudo (BRUCKI, 2013).

Em relação ao rastreio de indivíduos com comprometimento cognitivo com investigação através de exames complementares de acordo com o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, menos 50% dos médicos solicitaram a coleta completa dos exames laboratoriais para a avaliação de demências reversíveis que podem ser causadas por déficit de vitaminas e alterações da função tireoidiana, por exemplo. Apenas 71,4% dos médicos

solicitaram Tomografia de Crânio para descartar diagnósticos diferenciais de lesões estruturais que podem exigir outras indicações de tratamento, como infartos lacunares estratégicos, hematoma subdural, microangiopatia periventricular (GUSSO; LOPES, 2012).

É possível analisar que 32,7% dos médicos referiram encaminhar mais que 75% dos pacientes com síndrome demencial para os serviços de referência o que demonstra a baixa resolutividade da Atenção Básica, diferente do apontado pelo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de demências, o que acarreta em aumento de demanda aos serviços secundários e demora nos atendimentos prestados aos pacientes (BRASIL, 2013).

Em relação aos encaminhamentos para diagnóstico e/ou controle de pacientes com demência, 89,3% dos médicos consideram o neurologista de referência como a principal indicação para esses casos. Nota-se que 50% dos médicos também fazem encaminhamento desses pacientes para os Centros de Referência do Idoso. Nesse estudo, 32,1% dos médicos referiram encaminhar mais de 75% dos casos atendidos de quadros demenciais para os serviços de referência para que seja realizado a confirmação do diagnóstico e início do tratamento, o que também difere do proposto pelo protocolo clínico de atendimento às demências (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE et al., 2020).

A aplicação desse instrumento também permitiu avaliar que 70,4% dos médicos encontram dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave, que usualmente necessitam de serem atendidos por visitas domiciliares por estarem acamados. A dificuldade mais frequentemente apontada foi o tratamento medicamentoso complexo necessário para controle de sintomas neuropsiquiátricos comuns a esse perfil de pacientes, o que poderia ser minimizado através de estratégias de educação continuada conforme apontado nas diretrizes terapêuticas (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE et al., 2020).

## 6 PRODUTO

A formação do produto segue as demandas apontadas pela avaliação do instrumento utilizado nesse estudo: “Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências na atenção primária no município de São Caetano do Sul”.

Temos como objetivo, a partir das demandas apontadas pela análise das respostas obtidas pelo questionário, promover a implementação de uma capacitação para os médicos da atenção primária de Sistema Único de Saúde do município de São Caetano do Sul sobre diagnóstico e manejo de pacientes com demência nesse contexto.

Será realizada a criação de um e-book através de uma plataforma digital em que serão abordados temas como: avaliação de pacientes com queixas subjetivas cognitivas, aplicação de escalas cognitivas e comportamentais, aplicação de escalas para avaliação de funcionalidade, diagnóstico de síndromes demenciais, comunicação do diagnóstico para o paciente e familiares, manejo farmacológico e não farmacológico de pacientes com demência, relatos de casos clínicos em diferentes fases de evolução do quadro.

O e-book será enviado por e-mail para todos os médicos que responderam o questionário. No e-mail enviado para os participantes, será solicitada a confirmação do recebimento do e-book. Será avaliada a possibilidade de inclusão no site da prefeitura municipal de São Caetano do Sul desse conteúdo, para que assim, mesmo os profissionais que não participaram da pesquisa possam se beneficiar dessa informação.

Também para incentivar o uso de ferramentas práticas para melhorar a qualidade do atendimento à demência e avaliação contínua de conhecimentos, atitudes, habilidades, colaboração no cuidado e qualidade do atendimento prestado na demência será disponibilizado o uso de ferramentas de comunicação eletrônica através de 2 encontros on-line para discussão de casos e coordenação de ações, a serem agendados, de acordo com a preferência de dia e horários estabelecidos pelos médicos.

No que se refere às estratégias utilizadas para a capacitação em demência, a discussão de casos advindos da prática médica reforça que a educação em saúde precisa ser relevante para o contexto profissional com envolvimento ativo dos participantes.

Essa atividade será realizada com a neurologista e a equipe de médicos atuantes da Estratégia de Saúde da Família que participaram da pesquisa, num primeiro momento. Podendo estender a outros profissionais de saúde do município de acordo com o interesse e a disponibilidade.

Como recursos serão necessários uso de computadores e acesso a internet. Utilizaremos como indicadores de desempenho da atividade o feedback em grupo após a discussão dos casos.

Este produto corrobora com o Plano de Ação Municipal em Saúde 2022 – 2025 que prevê a retomada das atividades de matriciamento interrompidas devido a pandemia de COVID-19.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados nota-se a dificuldade dos médicos da Atenção Primária de realizar diagnóstico precoce de demência e indicar tratamento adequado o que ocasiona no alto índice de encaminhamentos para o serviço de referência e baixa resolutividade na Atenção Básica.

A atuação médica no que diz respeito aos pacientes com diagnóstico de demência da Atenção Básica permite que seja realizada uma capacitação direcionada sobre essa temática o que favorece o fluxo dos protocolos dos serviços e garante assim melhor assistência para esses pacientes e seus familiares e/ou cuidadores.

É importante ressaltar que o presente estudo apresenta limitações já que avaliou somente o cenário citado, sendo assim fundamental que sejam realizados novos estudos para analisar se o mesmo contexto se repete em outras situações.

Implicações para o ensino médico (graduação, especialização, residência)

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (org.). **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**: DSM-5. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. Revisão de Aristides Volpato Cordioli. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. XLIV, 948 p., il. ISBN 9788582710883.
- BOTTINO, C. M. C. *et. al.* Estimate of Dementia Prevalence in a Community Sample from São Paulo, Brazil. **Dement Geriatr Cogn Disord**, Suíça, v. 26, n. 4, p. 291-299, out. 2008. DOI 10.1159/000161053 . Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/161053>. Acesso em: 22 out. 2021.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9673&t=sobre>. Acesso em: 10 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 1.298, de 21 de novembro de 2013**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1298\\_21\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1298_21_11_2013.html) Acesso em: 15 out. 2021.
- BRUCKI, S. M. D. Epidemiology of mild cognitive impairment in Brazil. **Dement Neuropsychol**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 363-366, out-dez. 2013. DOI 10.1590/S1980-57642013DN74000002 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/w4Xfxrx4rRLmsKfsrnWGvcC/?lang=>. Acesso em: 24 out. 2021.
- COSTA, G. D. **Adaptação transcultural do instrumento Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L 'Atenció Primarià**. 2014. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. DOI 10.11606/D.7.2014.tde-12122014-110114 . Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-12122014-110114/pt-br.php>. Acesso em: 24 out. 2021.
- COSTA, G. D. *et al.* Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências: adaptação transcultural de um instrumento. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 298-308, mar.-abr. 2015. DOI 10.1590/S0080-623420150000200016 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BTqJjs3BLdGBcfCZyF4GvLy/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.
- COSTA, G. D.; SPINELI, V. M. C. D.; OLIVEIRA, M. A. C. Professional education on dementias in Primary Health Care: an integrative review. **Rev Bras Enferm**, [São Paulo], v. 72, n. 4, p. 1086-1093, jul.-ago. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0652>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8FMW7NRkMBBhTwVXhWP5wnv/?lang=em>. Acesso em: 10 out. 2021.
- FORNARI, L. H. T.; GARCIA L. P.; HILBIG A.; FERNANDEZ, L. L. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? **Scient Med**, Porto Alegre, v. 20, n.

2, p. 185-193, 2010. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/5824/5429/0>. Acesso em: 22 out. 2021.

FUJIHARA, S. *et al.* Prevalence of presenile dementia in a tertiary outpatient clinic. **Arq Neuro-Psiquiatr**, [São Paulo], v. 62, n. 3a, p. 592-595, set. 2004. DOI 10.1590/S0004-282X2004000400005 . Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/anp/a/3YLz7SPpmXkjWr6QGnRMtSg/?lang=em>. Acesso em: 22 out. 2021.

<https://www.scielo.br/j/anp/a/3YLz7SPpmXkjWr6QGnRMtSg/?lang=em>. Acesso em: 22 out. 2021.

GLOBAL burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, Reino Unido, v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 17 out. 2020. DOI 10.1016/S0140-6736(20)30925-9 . Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext). Acesso em: 22 out. 2021.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1354 p. v.2. ISBN 978-85-363-2764-8.

HERRERA JÚNIOR, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Population epidemiologic study of dementia in Catanduva city: state of São Paulo, Brazil. **Rev psiquiatr clín**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 70-73, 1998.

LIVINGSTON, G. *et al.* Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **The Lancet**, Reino Unido, v. 396, n. 10248, p.413-446, 08 ago. 2020. DOI 10.1016/S0140-6736(20)30367-6 . Disponível em:

[https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30367-6/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30367-6/fulltext). Acesso em: 15 out. 2021.

LUCHESI, B. M.; *et al.* Prevalence of risk factors for dementia in middle- and older- aged people registered in Primary Health Care. **Dement Neuropsychol**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 239-247, abr.-jun. 2021. DOI 10.1590/1980-57642021dn15-020012 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/xNNHt4BZwtJm35QncmNW88d/?lang=em>. Acesso em: 24 out. 2021.

MCKHANN, G. M. *et al.* The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimers Dement**, Holanda, v. 7, n. 3, p. 263-269, maio 2011. DOI 10.1016/j.jalz.2011.03.005 . Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312024/>. Acesso em: 20 out. 2021.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. **A Neurologia que todo médico deve saber**. São Paulo: Atheneu, 2005. 490 p., il. ISBN 85-7379-561-1.

NITRINI, R. *et al.* Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. **Int Psychogeriatr**, Reino Unido , v. 21, n. 4, p. 622-630, ago. 2009. DOI 10.1017/S1041610209009430 . Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8324310/>. Acesso em: 10 out. 2021.

PELEGRINI, L. N. C. *et al.* Diagnosing dementia and cognitive dysfunction in the elderly in primary health care: a systematic review. **Dement Neuropsychol**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 144-153, abr.-jun. 2019. DOI 10.1590/1980-57642018dn13-020002 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/NnqVB9bJs7HNsDXkVVkqFsB/?lang=en&format=htm>. Acesso em: 15 out. 2021.

SUEMOTO, C. K. *et al.* Neuropathological diagnoses and clinical correlates in older adults in Brazil: a cross-sectional study. **PLOS Medicine**, Estados Unidos, v. 14, n. 3, 08 mar. 2017. DOI 10.1371/journal.pmed.1002267 . Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002267>. Acesso em: 22 out. 2021.

SUNDERLAND, T. *et al.* Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. **J Am Geriatr Soc**, Estados Unidos, v. 37, n. 8, p. 725-729, ago. 1989. DOI 10.1111/j.1532-5415.1989.tb02233.x . Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2754157/>. Acesso em: 27 out. 2021.

TUERO, G. C. *et al.* Percepção, atitudes y necesidades de los profesionales de atención primaria con relación al paciente con demencia. **Aten Primaria**, Espanha, v. 43, n. 11. p. 585-594, nov. 2011. DOI 10.1016/j.aprim.2010.11.015 . Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711000679>. Acesso em: 24 out. 2021.

UNWIN, B. K.; LOSKUTOVA, N.; KNICELY, P.; WOOD, C. D. Tools for Better Dementia Care. **Fam Pract Manag**, Estados Unidos , v. 26, n. 1, p. 11-16, jan.-feb. 2019. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30645088/>. Acesso em: 17 out. 2021.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE *et al.* Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**, Estados Unidos , v. 323, n. 8, p. 757-763, 25. fev. 2020. DOI 10.1001/jama.2020.0435. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32096858/> . Acesso em: 17 out. 2021.

VALE, F. A. C.; MIRANDA, S. J. C. Clinical and demographic features of patients with dementia attended in a tertiary outpatient clinic. **Arq Neuro-Psiquiatr**, [São Paulo], v. 60, n. 3a, set. 2002. DOI 10.1590/S0004-282X200200040000 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/d7mhcnpDhdn6xJXHfj8tnC/?lang=en>. Acesso em: 24 out. 2021.

## **APÊNDICE A**

### **CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

#### **CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), de acordo com as exigências da Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e com a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS.

Antes de você responder às perguntas relacionadas ao estudo, apresentaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua leitura e anuência. Você só poderá responder ao questionário de pesquisa após manifestar seu consentimento livre e esclarecido, apresentado por meio do formulário desenvolvido no Google Forms®.

Seja bem-vindo(a)!

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências”. O objetivo do estudo é entender as dificuldades apresentadas pelos médicos no acompanhamento dos pacientes com demência na atenção primária. O pesquisador responsável por essa pesquisa é Rosamaria Rodrigues Garcia professora da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

Convidamos você a responder este questionário, com duração de aproximadamente 25 minutos, sobre o atendimento de pacientes com demência na atenção primária.

O convite para participação na pesquisa será feito por meio eletrônico individual e exclusivo para cada sujeito de pesquisa, com um remetente e um destinatário, ou ainda será utilizado o sistema de envio de e-mails em forma de lista oculta. Isso significa que não serão utilizadas listas que permitam a identificação dos convidados nem a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone, etc) por terceiros, conforme previsto no item 2 da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS.

O acesso ao questionário somente ocorrerá após você ter dado o seu consentimento para participar neste estudo. Você poderá contribuir para essa pesquisa ao responder às questões. Contudo, você não deve participar contra a sua vontade.

Caso haja alguma pergunta obrigatória no instrumento de pesquisa, você tem assegurado o direito de não responder à pergunta. Você tem garantido o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. O questionário do presente estudo coletará informações sobre tempo de formação médica e atuação profissional, conhecimento sobre demências, características dos pacientes idosos e de pacientes com demência atendidos, quais suas maiores dificuldades na realização do diagnóstico, tratamento e manejo dos pacientes com demência na Atenção Básica, quais os testes cognitivos, de capacidade funcional e exames complementares mais utilizados por você para fazer rastreio e acompanhamento dos pacientes. O questionário também investiga as formas de encaminhamento para atendimento especializado mais utilizadas por você, bem como as características do manejo de pacientes com demência na atenção especializada. Por fim, o questionário apresenta um caso clínico para que você indique sua conduta e intervenções.

O pesquisador será responsável pelo armazenamento adequado dos dados coletados, bem como pelos procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Após a

conclusão da coleta de dados, visando à preservação do sigilo e segurança das informações geradas, o pesquisador responsável fará o download dos dados coletados para seu dispositivo eletrônico local (notebook pessoal), apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem", conforme preconiza a Carta Circular nº 1/2021- CONEP/SECNS/MS. Os dados coletados, resultantes da pesquisa, serão arquivados por 5 anos no computador pessoal do pesquisador responsável.

A pesquisa envolve risco mínimo de possível desconforto ao responder alguma pergunta do questionário proposto. Caso isso ocorra, você tem a liberdade para não responder; interromper a pesquisa; fazer pausas; ou cancelar a sua participação a qualquer momento. Em todos esses casos, você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma. Como benefício, será realizada uma capacitação sobre o cuidado das demências na Atenção Primária, a ser ofertada de forma online aos participantes de pesquisa.

Além disso, a pesquisa realizada em ambiente virtual pode oferecer riscos de violação dos dados, por meio dos crimes cibernéticos, característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Adicionalmente, os pesquisadores tomarão todos os cuidados para evitar que tais crimes ocorram e haja violação e roubo dos dados, no entanto os pesquisadores assumem sua dificuldade para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. A principal medida é a retirada imediata do banco de dados coletados dos ambientes compartilhados e das nuvens, priorizando o armazenamento em computador pessoal, protegido com antivírus.

Os resultados do estudo poderão ser apresentados ou publicados em eventos, congressos e revistas científicas. Garantimos que a sua privacidade será respeitada, assim como o anonimato e o sigilo de suas informações pessoais. O pesquisador poderá contar para você os resultados da pesquisa quando ela terminar, se você quiser saber.

Você não receberá pagamentos por ter respondido ao questionário. Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável. Caso a pesquisa resulte em dano pessoal, o ressarcimento e indenizações previstos em lei poderão ser requeridos pelo participante.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo, Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia, que pode ser encontrado pelo e-mail: [rosamaria.garcia@online.uscs.edu.br](mailto:rosamaria.garcia@online.uscs.edu.br)

Este estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de São Caetano do Sul (USCS). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança de participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de São Caetano do Sul, situado na Rua Santo Antonio, 50 – 2º andar, Bairro Centro, São Caetano do Sul (SP), telefone (11) 4239-3282, e-mail: [cep.uscs@online.uscs.edu.br](mailto:cep.uscs@online.uscs.edu.br). Durante a pandemia COVID-19 este atendimento é exclusivo por e-mail.

Caso clique no ícone sobre “aceitar participar da pesquisa”, você responderá o questionário do estudo em questão e permitirá que estes dados sejam divulgados para fins científicos ou acadêmicos, sendo mantido em sigilo a sua identidade. Também declara que está ciente dos propósitos e procedimentos do estudo e que teve oportunidade de avaliar as condições informadas sobre a pesquisa para chegar à sua decisão em participar deste estudo. Caso comprovado que esta pesquisa em questão produza dano pessoal, indenizações e ressarcimentos poderão ser requeridos pelo participante (Resolução CNS nº. 466 de 2012, Art. 17, II).

Você tem o direito a ter acesso aos resultados da pesquisa. Caso queira, basta solicitar através do e-mail: [rosamaria.garcia@online.uscs.edu.br](mailto:rosamaria.garcia@online.uscs.edu.br)

É recomendável e muito importante, que você guarde em seus arquivos uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fazendo download pelo link <https://forms.gle/XidnFosivQK1Wey48>, bem como é importante que guarde uma cópia da Carta Circular 1 (0019351278) SEI 25000.026908/2021- 15, disponível através do link [http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTA S/Carta\\_Circular\\_01.2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTA_S/Carta_Circular_01.2021.pdf). Você poderá baixar cópia deste Termo de Consentimento em caso de interesse ou enviar mensagem direta para [rosamaria.garcia@online.uscs.edu.br](mailto:rosamaria.garcia@online.uscs.edu.br) solicitando o mesmo. Recomendamos que você guarde em seus arquivos uma cópia deste documento. Acesse este link para o seu download: <https://forms.gle/XidnFosivQK1Wey48>

Desde já agradecemos!

Após a leitura e esclarecimento dos objetivos de pesquisa e dos procedimentos a serem realizados em ambiente virtual, bem como do conteúdo do instrumento de pesquisa, caso concorde em participar, por favor assinale a opção abaixo. Caso não concorde em participar, apenas feche esta página no seu navegador: \*

( ) Sim, li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceito participar da pesquisa.

Link de acesso ao questionário “Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências” - Versão brasileira do Instrumento Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primarià – para médicos:  
<https://forms.gle/Cy2jMasEpVN7YKSFA>

## APÊNDICE B - PRODUTO

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL  
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**E-BOOK – GUIA PRÁTICO SOBRE AS DEMÊNCIAS**



**Claudia Cristina Ferreira Ramos**

**Colaboradores: Julia Mesquita Crivelaro, Luz Helena Ovando, João Pedro Noronha Araújo, Bruna Portela Lourenço, Danilo Ymafuko Souza, Beatriz Chavez Zampolli, Anna Luiza Dantas de Araújo. Beatriz Mamede**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia**

**São Caetano do Sul  
2022**

**CLAUDIA CRISTINA FERREIRA RAMOS**

**E-BOOK – GUIA PRÁTICO SOBRE AS DEMÊNCIAS**

**Produto do Programa de Pós-Graduação  
Mestrado Profissional Inovação no Ensino  
Superior em Saúde da Universidade  
Municipal de São Caetano do Sul**

**Área de concentração: Inovações  
Educativas em Saúde Orientada pela  
Integralidade do Cuidado.**

**São Caetano do Sul  
2022**

RAMOS, Claudia Cristina Ferreira Ramos

E-Book – Guia prático sobre as demências / Claudia Cristina Ferreira Ramos. – São Caetano do Sul: USCS, 2022.

52 p. : il.

Orientador: Prof. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia

Produto do Mestrado – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2022.

1. Atenção à saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Síndromes demenciais. 4. Práticas de cuidado. 5. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. I. Título. II. Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

## Sumário:

1. Demência: aspectos gerais.
2. Doença de Alzheimer.
3. Demência Vascular.
4. Demência Frontotemporal.
5. Demência por Corpúsculos de Lewy.
6. Parkinson e demência.
7. Escalas de avaliação cognitiva.
8. Escalas de avaliação de funcionalidade.
9. Escalas de humor: ansiedade e depressão.

### 1. Demências:

*Demência* é o quadro de deterioração intelectual associado a declínio concomitante na independência e nas funções sociais ou ocupacionais diárias. Os domínios cognitivos que podem ser afetados são: memória, orientação, abstração, capacidade de aprendizagem, percepção visuoespacial, funções de linguagem, praxia construtiva e funções executivas superiores, como planejamento, organização e atividades de elaboração de sequências.

A demência era diagnosticada quando houvesse comprometimento de no mínimo dois domínios, o que hoje, tal situação já se encontra mais flexível.

*Hoje, a demência* só é diagnosticada quando houver algum declínio significativo na capacidade funcional no dia a dia do paciente.

#### CAUSAS:

As demências podem ser classificadas quanto a sua etiologia, como: endócrina, metabólicas, vasculares encefálicas, inflamatórias, infecciosas, estruturais ou neurodegenerativa.

Classificação de acordo com a etiopatogenia:

- Doença de Alzheimer (DA)
- Doença com corpos de Lewy.
  - Demência com corpos de Lewy (DCL)
  - Demência com doença de Parkinson (DDP)
- Demência frontotemporal (DFT)
  - Variante comportamental da demência frontotemporal (DFTvc)
  - Afasia não fluente progressiva (ANFP)
  - Demência frontotemporal com doença do neurônio motor (DFT-ELA (demência frontotemporal com esclerose lateral amiotrófica), DFT-DNM)
  - Paralisia supranuclear progressiva (PSP)
  - Degeneração corticobasal (DCB)
- Doença de Huntington (DH)
- Doença de Wilson (DW)
- Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) e outras doenças priônicas
- Esclerose hipocampal
- Outros: demência familiar britânica, LDHE (leucoencefalopatia difusa hereditária com esferoides), outras
- Demências vasculares: demência multi-infarto, doença de Binswanger, CADASIL (arteriopatia autossômica dominante cerebral com infarto subcortical e leucoencefalopatia)
- Encefalites imunomediadas: NMDARAE (encefalite com anticorpo antirreceptor de *N*-metil-D-aspartato), VGKCAE (encefalite por anticorpo anticanal de potássio regulado por voltagem), outras
- Demências desmielinizantes: esclerose múltipla, adrenoleucodistrofia e leucodistrofia metacromática

- Demências inflamatórias: vasculites do SNC, síndrome de Behçet, lúpus sistêmicos
- Demências infecciosas: neurosífilis, neuroborreliose, demência do HIV, outras
- Demências neoplásicas: tumores, meningite carcinomatosa, síndromes paraneoplásicas
- Demências metabólicas ou endócrinas: deficiência de vitamina B12 ou deficiências vitamínicas mais raras, hipotireoidismo
- Demências estruturais: hidrocefalia, trauma cerebral

#### Demências neurodegenerativas

Nessa classificação encontramos a doença de Alzheimer, que é a mais prevalente, a demência com corpos de Lewy, a demência frontotemporal e a doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ).

#### Demência vascular

É a demência que decorre da doença cerebrovascular.

#### Causas estruturais de demência

As causas estruturais mais comuns da demência consistem em hematoma subdural crônico e hidrocefalia. Ambos os diagnósticos são estabelecidos, em parte, por neuroimagem.

#### Causas metabólicas de demência

As causas metabólicas da demência consistem em deficiência de cobalamina (vitamina B<sub>12</sub>), hipotireoidismo, distúrbios hipercalcêmicos e deficiências vitamínicas ou endócrinas mais raras. As doenças metabólicas hereditárias que podem levar à demência em adultos incluem doença de Wilson, a forma adulta da lipofuscinose ceróide (doença de Kufs), xantomatose cerebrotendínea, leucodistrofia metacromática, adrenoleucodistrofia, doenças mitocondriais, como MELAS (encefalomiopatia mitocondrial, acidose láctica e episódios tipo acidentes vasculares encefálicos).

#### Causas infecciosas de demência

A Doença de Creutzfeldt-Jakob ocorre devido a infiltração do cérebro por proteína priônica, resultando em encefalopatia espongiiforme, constitui a causa infecciosa potencialmente mais notória de demência.

As doenças virais incluem demência associada ao HIV ou distúrbios da família do herpes-vírus (herpes-vírus simples, vírus varicela-zóster, citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, herpes-vírus humano).

As doenças bacterianas incluem doenças causadas por espiroquetas, neurosífilis e neuroborreliose (doença de Lyme), e infecções bacterianas atípicas (tuberculose).

As infecções fúngicas incluem meningite devido à infecção por *Cryptococcus*, *Coccidioides*, histoplasmose e outras.

#### Demência em consequência de disfunção endócrina

O hipotireoidismo é a afecção endócrina mais incidente que pode gerar um quadro demência reversível. Outros distúrbios endócrinos são: doença de Addison, doença de Cushing, episódios repetidos de hipoglicemia em diabéticos, hiperparatireoidismo associado com hipercalemia e hipertireoidismo.

#### Causas inflamatórias de demência

Causada pelas encefalites imunomediadas.

#### EPIDEMIOLOGIA

Rara em jovens, prevalência aumenta com a idade e torna-se mais importante a partir dos 60 anos, com prevalência de 50% ou mais com 90 anos de idade ou mais. Em estudos de necropsia de indivíduos com demência, cerca de 70 a 80% dos cérebros revelam a presença de doença de Alzheimer patologicamente definida. Cerca da metade desses casos exibe patologia concomitante, com presença de corpos de Lewy e infartos vasculares encefálicos.

#### DIAGNÓSTICO

##### Anamnese

A anamnese minuciosa deve ser o ponto chave do atendimento. Sendo necessário indagar sobre sintomas de perda da memória (de curto prazo ou de longo prazo), uso da linguagem (problemas em encontrar palavras ou diminuição da fluência, compreensão ou nomeação), funções práxicas (vestir roupa, uso de utensílios ou uso de aparelhos mecânicos, como telefone ou controles remotos), função executiva (desorganização), compreensão (como incapacidade de reconhecer sintomas), discalculia ou disfunção comportamental (agitação, desinibição, depressão, obsessões, delírios ou alucinações). Devem-se obter também sintomas de comprometimento motor ou da marcha, movimentos involuntários, comprometimento autonômico (hipotensão, disfunção urinária ou intestinal) ou transtorno do sono.

#### AO EXAME FÍSICO

##### Exame do estado mental

Avaliação do nível de consciência, atenção, verificação básica da linguagem expressiva e receptiva. Se esses domínios não estiverem intactos, a avaliação torna-se mais difícil e limitada.

- Percepção e consciência
- Comportamento verbal, incluindo adequação
- Comportamento motor, incluindo agitação ou movimentos de escoriação
- Humor e estado emocional.

Uma avaliação cognitiva mais específica deve incluir os seguintes itens:

- Orientação no tempo e lugar
- Concentração
- Teste detalhado de linguagem
- Registro ou evocação imediata

- Memória de curto prazo ou evocação tardia
- Memória de longo prazo ou base de conhecimentos
- Habilidades visuoespaciais construtivas (copiar formas simples)
- Cálculos aritméticos
- Raciocínio abstrato
- Sequenciamento motor e praxia

Duas avaliações cognitivas padronizadas breves que são amplamente utilizadas são o Miniexame do Estado Mental (MEEM) e a Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA).

#### Exame neurológico geral

O exame neurológico é necessário na avaliação da demência a fim de identificar achados que possam auxiliar no diagnóstico. Por exemplo:

- Achados focais de hemiparesia sugerem um componente vascular e nos casos de heminegligência, o distúrbio degenerativo, degeneração corticobasal.
- Uma disfunção visual proeminente pode sugerir atrofia cortical posterior ou angiopatia amiloide cerebral.
- A paralisia do olhar supranuclear com preservação dos reflexos do tronco encefálico pode sugerir paralisia supranuclear progressiva ou degeneração corticobasal.
- Os sinais do neurônio motor inferior, como fasciculações e atrofia, podem sugerir demência frontotemporal com doença do neurônio motor.

#### Exames Complementares

##### Teste neuropsicológico

Os testes padronizados com valores normativos podem auxiliar na consulta e no diagnóstico e também auxiliam a diferenciar e monitorar o andamento da doença.

O comprometimento da memória deve ser avaliada em seus componentes como: memória imediata ou de trabalho, memória de curto prazo e memória remota. A memória de trabalho encontra-se acometida na depressão e nas demências subcorticais e na demência da doença de Parkinson. Agora, a memória de curto prazo encontra-se acometida gravemente e de modo precoce na doença de Alzheimer. Já, a memória remota ou de longo prazo é afetada tardiamente na doença de Alzheimer, porém pode estar mantida até mesmo posteriormente no curso de algumas das outras demências.

TABELA 1:

<b>Sinais e sintomas neurológicos atípicos da doença de Alzheimer</b>	
<b>Sinal ou sintoma</b>	<b>Possível significado</b>
Sintomas dominantes não relacionados com a memória (p. ex., linguagem, praxia, disfunção visuoespacial)	Degeneração frontotemporal, atrofia cortical posterior
Sintomas comportamentais, de personalidade e psicóticos proeminentes	Degeneração frontotemporal, demência com corpos de Lewy

Parkinsonismo precoce (p. ex., tremor em repouso, bradicinesia, rigidez em "roda dentada")	Demência com corpos de Lewy, paralisia supranuclear progressiva (sem tremor em repouso), degeneração corticobasal, hidrocefalia
Incontinência urinária	Hidrocefalia
Transtorno comportamental do sono REM	Demência da doença de Parkinson, demência com corpos de Lewy
Crises epilépticas	Encefalites imunomediadas ou infecciosas
Mioclonias	Doença de Creutzfeldt-Jakob
Quedas frequentes	Paralisia supranuclear progressiva
Anormalidades da marcha precoces e inexplicadas	Demência com corpos de Lewy, paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal, hidrocefalia
Proeminência precoce de sinais bulbares/do tronco encefálico	Paralisia supranuclear progressiva
Assimetrias motoras ou reflexas inexplicadas	Demência vascular, degeneração corticobasal
Sinais do NMS inexplicados (precoce) (p. ex., sinal de Babinski)	Degeneração frontotemporal com doença do neurônio motor
Sinais do NMI inexplicados (p. ex., fasciculações)	Degeneração frontotemporal com doença do neurônio motor

Tabela 1: LOUIS, Elan D.; MAYER, Stephan A.; ROWLAND, Lewis P. Merritt - *Tratado de Neurologia*, 13ª edição. Capítulo 11, p. 82

<b>Parâmetros práticos para o diagnóstico de demência.</b>
<b>Avaliação clínica</b> História do paciente e de um informante Avaliação cognitiva – exame do estado mental Teste neuropsicológico (quando os dados anteriores forem insuficientes para um diagnóstico seguro)
<b>Exames de rotina</b> Hemograma completo Bioquímica do soro – eletrólitos, glicose Níveis séricos de ureia e creatinina, provas de função hepática Provas de função da tireoide (TSH) e nível sérico de vitamina B12 Provas sorológicas para sífilis e HIV (opcional) – dependendo do risco
<b>Biomarcadores</b>
<b>Medidas de doença vascular encefálica</b> RM do cérebro
<b>Medidas de lesão neuronal</b> Determinação da proteína tau no LCS <b>PET-FDG</b> Volume do hipocampo por RM
<b>Medidas de beta-amiloide</b> Determinação do beta-amiloide no LCS PET para amiloide
<b>Medida da disfunção dopaminérgica</b> SPECT com ioflupano
<b>Testes genéticos (dependendo da idade, da história familiar e da apresentação clínica)</b> Mutações de DA: PS1, PS2, APP

Mutações da DFT: tau, C9orf, progranulina Mutações das proteínas priônicas Outras mutações
--

**Tabela 2:** Esta tabela baseia-se nas primeiras diretrizes práticas publicadas pela American Academy of Neurology (2001), recomendações mais recentes do National Institute on Aging-Alzheimer's Association Workgroup (2011) e outras diretrizes práticas.

#### Exames laboratoriais de sangue

É necessário a realização de exames laboratoriais básicos (bioquímica do sangue e contagem de células), exames laboratoriais para deficiência de vitamina B<sub>12</sub> (níveis de homocisteína e de metilmalonato se a vitamina B<sub>12</sub> estiver limítrofe ou baixa) e deficiência da tireoide (hormônio tireoestimulante [TSH], com solicitação da T4 livre, se o nível de TSH estiver fora da faixa normal). Os testes sorológicos para exposição à sífilis (Venereal Disease Research Laboratory e teste de absorção de anticorpo treponêmico fluorescente, HIV (anticorpo e antígeno HIV-1/2) a fim de excluir causas de demência reversível.

#### Análise líquido cefalorraquidiano

A análise do líquido cefalorraquidiano (LCS) é utilizado no diagnóstico da disfunção cognitiva, a fim de afastar afecções de etiologias infecciosas ou inflamatórias que possam cursar com demência, e também como forma de fornecer informações sobre doenças neurodegenerativas, como doença de Alzheimer e DCJ, por meio do uso de biomarcadores proteicos.

#### Testes neurofisiológicos

O eletroencefalograma (EEG), não é um exame obrigatório no rastreio das demências porém pode ser útil na avaliação da possibilidade de distúrbios paroxísticos subclínicos causadores do estado mental anormal e/ou em casos de afecções psiquiátricas ou neurológicas primárias não evidentes.

#### Tomografia computadorizada e ressonância magnética convencionais

A neuroimagem estrutural pode ser útil como forma de exclusão e de inclusão no que concerne às demências neurodegenerativas.

#### Referências bibliográficas:

1. LOUIS, Elan D.; MAYER, Stephan A.; ROWLAND, Lewis P. **Merritt - Tratado de Neurologia, 13ª edição.** Capítulo 11, p. 78 GALLUCCI NETO, José; TAMELINI, Melissa Garcia; FORLENZA, Orestes Vicente.
2. Diagnóstico diferencial das demências. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, n. 3, p. 119-130, 2005.

## 2. Doença de Alzheimer (DA)

### Definição

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa insidiosa e progressiva que é caracterizada pelo comprometimento das habilidades cognitivas e funcionais juntamente com sintomas comportamentais, gerando prejuízo funcional ao paciente.

### Epidemiologia

A doença de Alzheimer é uma doença crônica do envelhecimento, a incidência e a prevalência da doença aumentam com a idade, é a principal causa de demência neurodegenerativa. Estima-se que sua prevalência seja:

- Menos de 1% dos indivíduos com menos de 65 anos de idade são clinicamente afetados;
- Cerca de 5% são acometidos entre 65 e 75 anos;
- Cerca de 20% entre 75 e 85 anos;
- Mais de 50% com 85 anos de idade ou mais;

### Quadro clínico

- Prejuízo da memória para acontecimentos recentes;
- Repetição da mesma pergunta várias vezes;
- Dificuldade para acompanhar conversações ou pensamentos complexos;
- Incapacidade de elaborar estratégias para resolver problemas;
- Dificuldade para dirigir automóvel e encontrar caminhos conhecidos;
- Dificuldade para encontrar palavras que expressem ideias ou sentimentos pessoais;
- Irritabilidade, desconfiança injustificada, agressividade, passividade, interpretações erradas de estímulos visuais ou auditivos, tendência ao isolamento.

A doença de Alzheimer costuma evoluir de forma lenta. A partir do diagnóstico, a sobrevida média oscila entre 8 e 10 anos. O quadro clínico costuma ser dividido em quatro estágios:

- Estágio 1 (forma inicial): alterações na memória, na personalidade e nas habilidades visuais e espaciais;
- Estágio 2 (forma moderada): dificuldade para falar, realizar tarefas simples e coordenar movimentos. Agitação e insônia;
- Estágio 3 (forma grave): resistência à execução de tarefas diárias. Incontinência urinária e fecal. Dificuldade para comer. Deficiência motora progressiva;
- Estágio 4 (terminal): restrição ao leito. Mutismo. Dor ao engolir. Infecções intercorrentes.

### Diagnóstico

Para estabelecer o diagnóstico é necessário excluir causas de demência reversíveis, realização de exame físico e neuropsicológico. Pode ser utilizado ferramentas de rastreamento na consulta, como o Miniexame do Estado Mental (MEM), o Montreal Cognitive Assessment (MOCA) e o Cognistat, que funcionam como testes de rastreamento e podem acompanhar a progressão. É necessário também realizar a avaliação funcional para ajudar a determinar o impacto diário do distúrbio.

## Tratamento

A doença ainda segue sem cura, é uma crônica e neurodegenerativa. O objetivo do tratamento é retardar a evolução e preservar o maior tempo possível as funções intelectuais, e dessa forma fornecer melhor qualidade de vida ao paciente. Valido ressaltar, que o tratamento precoce gera melhores resultados, logo uma busca ativa nas consultas de pacientes maiores de 65 anos pode auxiliar no diagnóstico precoce desta afecção.

- Tratamento farmacológico

**TABELA 1:**

DROGA	DOSAGEM (mg/dia)	MEIA-VIDA DE ELIMINAÇÃO	POSOLOGIA DIÁRIA	METABOLIZAÇÃO E ELIMINAÇÃO
Tacrina	40 – 160	Curta (3-4h)	4 tomadas	Hepática (CYP 1A2) risco de hepatotoxicidade
Donepezil	5 – 10	Intermediária (7h)	Dose única	Hepática (CYP 2D6 e 3A4) excreção renal
Rivastigmina	6 – 12	Curta (1-2h)	2 tomadas	Sináptica + excreção renal (baixo risco de interações)
Galantamina	12 – 24	Longa (70h)	2 tomadas	Hepática (CYP 2D6 e 3A4)

*Tabela 1: Fonte: Forlenza, Orestes V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2005, v. 32, n. 3*

Os inibidores da colinesterase (IChEs), sendo eles: tacrina e os de segunda geração, donepezil, rivastigmina e galantamina devem ser considerados como tratamento de pacientes com DA leve a moderada (padrão). O uso de memantina mostrou evidência de benefícios em pacientes com DA moderada a grave (padrão). A memantina pode ser associada a um dos IChEs (estudo realizado com donepezil) em pacientes com DA moderada a grave (opção prática).

- Não farmacológico

O tratamento não farmacológico baseia-se em estimulação cognitiva, social e física, por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de manter o cérebro ativo, por meio de atividades que desenvolvem as funções cognitivas, tais como atenção, memória e linguagem. Então ação de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador físico, psicólogo, além do médico são necessárias para um tratamento efetivo.

### Referências Bibliográficas:

1. Jameson, J. L. **Manual de Medicina de Harrison.**
2. LOUIS, E.D.; MAYER, S.A.; ROWLAND, L.P. Merritt - **Tratado de Neurologia**, 13ª edição
3. **Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência.** 2ed. São Paulo, Editora Atheneu. 2010
4. Sereniki, Adriana e Vital, Maria Aparecida Barbato Frazão. **A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]. 2008, v. 30, n. 1 suppl
5. Forlenza, Orestes V. **Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2005, v. 32, n. 3

### 3. Demência vascular:

#### Definição e Epidemiologia:

A demência vascular decorre da presença de doença cerebrovascular, seja por múltiplos infartos ou arteriosclerótica. Após a doença de Alzheimer, a demência vascular é a segunda causa mais comum de demência associada ao envelhecimento.

É sucedida pela presença de episódios cerebrais isquêmicos e/ou hemorrágicos.

Pohjasvaara et al.<sup>1</sup>, em 1997, indicou fatores de risco para demência vascular decorrente de um episódio de AVC (Acidente Vascular Cerebral). Sendo eles: disfasia; síndrome pós-AVC importante; história prévia de doença cerebrovascular; e baixo nível educacional. Outros fatores: idade mais avançada; tabagismo; insuficiência cardíaca; e AVC localizado no hemisfério esquerdo, entre outros.

#### Características clínicas:

A clínica da demência vascular pode ser classificada em cinco grupos de acordo com o mecanismo fisiopatológico:

TABELA 1:

Classificação	Apresentação clínica
<b>Demência por múltiplos infartos</b>	Início abrupto, progressão rápida, sinais piramidais, hemiparesia, perda hemi-sensorial, déficits neuropsicológicos e prejuízo de memória.
<b>Demência com infarto único</b>	Sintomatologia definida de acordo com a área lesada. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>giro angular</i>: afasia aguda, alexia com agrafia, distúrbios de memória, desorientação espacial, agnosia e discalculia.</li> <li>○ <i>artéria cerebral posterior</i>: Amnésia, agitação psicomotora, alucinações visuais, confusão, agnosia e déficits visuais.</li> <li>○ <i>artéria cerebral anterior</i>: abulia, afasia motora transcortical, prejuízo de memória, dispraxia, hemiparesia contra-lateral, perda hemi-sensorial em extremidades inferiores e incontinência de esfínteres.</li> <li>○ <i>artéria cerebral média</i>: afasia grave, alexia, agrafia, discalculia, psicose, sinais piramidais contra-laterais, hemiparesia, perda sensorial e déficits do campo visual.</li> </ul>
<b>Doença dos pequenos vasos</b>	Déficit de memória, função executiva anormal, retardo psicomotor, euforia, psicose, hemiparesia simétrica, paralisia supranuclear atáxica, incontinência de esfínteres e parkinsonismo
<b>Hipoperfusão</b>	Atenção a pacientes com de insuficiência cardíaca e de hipotensão, os sintomas são: déficit de memória, apraxia e déficits visoconstrutivos.
<b>Demência hemorrágica</b>	Decorre de hemorragias subdurais, intracerebrais ou subcaneóidea.

#### Diagnóstico:

O diagnóstico de demência vascular é hierarquizado em três níveis: possível, provável e definitivo. Ele necessita da avaliação da história clínica, com histórico de eventos cerebrovasculares, exame físico e neuropsicológico e exame de imagem.

Existe três requisitos básicos para que o paciente possa ser avaliado com DV, sendo eles:

- a) O paciente precisa estar demente;
- b) Exige-se alguma evidência da presença de doença cerebrovascular, demonstrada pela história, pelo exame clínico ou pelos exames de neuroimagem;
- c) Demência e a doença cerebrovascular precisam estar relacionadas.

Porém não existem testes específicos para o diagnóstico de demência vascular. Mas, o avaliador pode lançar mão de escalas como o Mini-Mental State Examination, visando auxiliar na investigação.

Alguns achados clínicos que falam a favor de DV:

- a) Deterioração abrupta das funções intelectuais, dentro de três meses após episódio de AVC;
- b) Curso flutuante e progressivo;
- c) História de distúrbios de marcha ou de quedas freqüentes;
- d) Incontinência de esfínteres já no início do quadro demencial;
- e) Presença, no exame neurológico, de:
  - Achados focais, como hemiparesia;
  - Déficits sensoriais;
  - Síndrome pseudobulbar (fraqueza supranuclear dos músculos da face, da língua e da faringe, com dissociação dos movimentos faciais, com disartria espástica e com perda de controle emocional);
  - Sinais extrapiramidais, principalmente rigidez e acinesia, particularmente na doença de Binswanger;
  - Depressão, mudanças no humor e outras alterações psiquiátricas.

Estudiosos como, Hachinski et al<sup>3</sup>, criaram uma escala clínica conhecida como Escore Isquêmico, a qual é ainda denominada de Escore Isquêmico de Hachinski<sup>3</sup> (Tabela 1), que depois veio sofrer modificações introduzidas por Loeb e Gandolfo<sup>4</sup> e, mais tarde, por Small<sup>5</sup>, que buscam identificar características clínicas da demência vascular, no intuito de diferenciá-la da doença de Alzheimer. Essa escala apresenta sensibilidade e especificidade de 70% a 80%, ao tentar diferenciar essas duas patologias.

TABELA 1 – Escore Isquêmico de Hachinski

Escore do paciente	Escore máximo	Dados clínicos
	2	Início abrupto dos sintomas
	1	Deterioração em degraus
	2	Curso flutuante
	1	Confusão noturna
	1	Preservação da personalidade
	1	Depressão
	1	Queixas sintomáticas
	1	Incontinência urinária
	1	História de hipertensão
	2	História de AVC
	1	Evidência de aterosclerose avançada
	2	Sintomas neurológicos focais
	2	Sinais neurológicos focais
	<b>18</b>	<b>Total</b>

Tabela 1: Fonte: Adaptado de Taveres, 1993.

- Exames de imagem:

Tomografia computadorizada e ressonância magnética são utilizados para excluir outras causas como, tumores cerebrais, hematoma subdural e, algumas vezes, doença de Alzheimer. Não existem sinais imagenológicos patognomônicos de demência vascular.

- **Demência vascular provável**

Quadro de demência, ou seja, declínio cognitivo acompanhado de prejuízo da memória e de dois outros domínios (atenção, orientação, linguagem verbal, habilidades visoconstrutivas, cálculos, controle motor, julgamento); associado a doença cerebrovascular, definida pela presença de sinais focais no exame neurológico, associados a AVC e a provável doença cerebrovascular. É necessário que ocorra uma relação entre os quadros clínicos de *demência* e de *doença cerebrovascular*, como:

- a) Surgimento de demência dentro de três meses após AVC;
- b) Deterioração abrupta ou flutuação das funções cognitivas, com rápida progressão dos déficits.

- **Demência vascular possível**

Presença de demência com sinais neurológicos focais na ausência de imagem cerebral confirmatória de doença cerebrovascular definitiva.

- **Demência vascular definitiva**

- Critérios clínicos da demência vascular;
- Evidência histopatológica de doença cerebrovascular, obtida em autópsia ou em biópsia;
- Se presentes as placas neuríticas e emaranhados neurofibrilares estas não devem exceder a quantidade normalmente esperável na idade do paciente;
- Ausência de outras afecções que possam causar demência.

Tratamento:

A fim de prevenir a ocorrência da DV o primeiro passo é diminuir os fatores de risco, e assim diminuir o risco de um evento cerebrovascular ou progressão da mesma. Exemplos: combater tabagismo, controle da pressão arterial, controle da diabetes mellitus, suplementação de potássio, atividade física regular, tratar dislipidemia, entre outras ações.

Logo, ações multidisciplinares tem grande impacto nessa doença, pois controlando os fatores de risco há controle da progressão e instalação da doença.

Dessa forma, drogas antilipêmicas no controle dos níveis de colesterol, anticoagulantes devem utilizados quando indicados pacientes com maior risco de apresentar fenômenos tromboembólicos. As drogas antiplaquetárias são grupo particularmente importante, destacando-se

a aspirina, eficaz na prevenção secundária de AVC. Sem contar no controle da pressão arterial com os anti-hipertensivos, de acordo com o estágio e risco cardiovascular.

Referências bibliográficas:

1. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Ylikoski R, Hietanen M, Vataja R, Kaste M. Clinical determinants of poststroke dementia. *Stroke* 1998;29:75-81.
2. Román GC. The epidemiology of vascular dementia. In: Hartmann A, Kuschinsky W, Hoyer S. *Cerebral ischemia and dementia*. Berlin: Springer-Verlag; 1991. p.9-15.
3. Hachinski VC, Iliff LD, Phil M. Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol* 1975;32:632-7.
4. Loeb C, Gandolfo C. Diagnostic evaluation of degenerative and vascular dementia. *Stroke* 1983;14:399-401.
5. Small GW. Revised ischemic score for diagnosing multi-infarct dementia. *J Clin Psychiatr* 1985;46:514-7.
6. Tavares A. Demências. In: Pedroso ERP, Rocha MOC, Silva OA. *Clínica médica: os princípios da prática ambulatorial*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1993. p.436-44.
7. Robinson RG, Starkstein SE. Neuropsychiatric aspects of cerebrovascular disorders. In: Kaplan & Sadock. *Comprehensive textbook of psychiatric*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

## 4. Demência Frontotemporal

### Definição

A demência frontotemporal, que se refere a um grupo de demências, resulta de doenças espontâneas e hereditárias idiopáticas, que resultam no acometimento degenerativo do lobo frontal e, por vezes, o lobo temporal do cérebro.

### Epidemiologia

Constitui a segunda causa mais comum de demência entre pessoas antes dos 65 anos, tendo uma prevalência de 15 a 22 casos por 100.000 pessoas entre os 45 e os 65 anos. Possui componentes familiares sendo cerca de 40% dos casos. Existem alguns estudos que indicam traumatismo craniano, alterações na tireóide e doenças psiquiátricas a uma maior incidência. Não possui diferença de afecção entre os sexos, porém, existe certa diferença na distribuição dos diferentes subtipos. Depois do diagnóstico existe uma sobrevida média de 6 a 11 anos.

### Quadro Clínico

Devido à localização da degeneração, lobo frontal e temporal, clinicamente há alterações na personalidade, comportamento e a função da linguagem, afetando também a memória. Além, dificuldade em pensar de maneiras abstratas, prestar atenção e lembrar de coisas que foram ditas. Também possuem dificuldade em expressar ideais ou fazer ações em forma de sequências, podem ficar muito distraídos, porém, são capazes de realizar suas tarefas diárias. Ocorre também alterações musculares, como fraqueza e atrofia, os músculos afetados são o da cabeça e do pescoço, tornando a deglutição difícil, e também mastigação e fala.

As alterações de comportamento são: comportamento compulsivo e impulsivo. E, alguns paciente podem vir a desenvolver síndrome de Kluver-Bucy, onde ocorre: aumento no interesse sexual e uma compulsão de pegar e manipular aleatoriamente objetos e colocá-los na boca. É comum que paciente durante, 10 anos ou mais, os únicos sintomas existentes sejam na linguagem.

### Diagnóstico

Os principais métodos diagnósticos são a avaliação médica e tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), além de testes neuropsicológicos que auxiliam a distinguir a demência de outras condições que possuem os mesmo sintomas. O exame de neuroimagem é utilizada para descartar outras possíveis causas dos sintomas como tumores, abscessos e AVE. É

valido ressaltar que os exames de imagem possuem uma maior sensibilidade na detecção nos estágios mais avançados da doença.

#### Tratamento

- **Tratamento farmacológico:**

Alguns medicamentos que podem ser utilizados são os inibidores da recaptção de serotonina (IRSS), trazodona e antipsicóticos, não possui evidências de melhora com uso de anticolinesterásicos.

- **Tratamento não farmacológico:**

Não há tratamento específico para demência frontotemporal, porém deve ser feito alívio dos sintomas e medidas de apoio. Deve-se criar um ambiente seguro e de apoio para este paciente, seguindo uma rotina de tarefas a serem feitas no dia, junto com ambientes alegres, iluminados e estáveis.

#### Referências Bibliográficas:

1. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V** - 5a edição
2. **Diagnóstico e cuidados de pacientes com comprometimento cognitivo** - Centro de referências em Distúrbios Cognitivos – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
3. **Geriatrics: guia prático**. Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso et al. 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016 MENDES, Rita.
4. **Demência Frontotemporal - Evolução do Conceito e Desafios Diagnósticos**. <  
[https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5183/1/4122\\_7924.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5183/1/4122_7924.pdf) >

## 5. Demência com corpúsculos de Lewy:

A DCL é a terceira demência mais comum, ficando atrás da Doença de Alzheimer e da Demência vascular. É uma doença neurodegenerativa causada por deposição de alfa-sinucleína no cérebro, a mesma patologia encontrada na Doença de Parkinson Idiopática.

Fisiopatologia:

Os corpúsculos de lewy (CL) são inclusão intracitoplasmática eosinofílica hialina, estas inclusões ocorrem nos oligodendrócitos e são patognomônicas de várias doenças neurodegenerativas, como atrofia de múltiplos sistemas, DCL e doença de Parkinson (DP). Os CL são encontrados nos núcleos subcorticais (como na DP) e em regiões corticais cerebrais, a presença dos corpúsculos relaciona-se com perda neuronal nos sistemas dopaminérgico nigroestriatal e colinérgico basal frontal, justificando os sintomas abaixo apresentados.

Características clínicas:

Possui início gradual associado a proeminente déficit de atenção ou estados confusionais agudos e presença de sintomas parkinsonianos.

Critérios clínicos para DCL:

1. Cognição flutuante com variações pronunciadas na atenção e alerta;
2. Alucinações visuais recorrente, as quais caracteristicamente são bem formadas e detalhadas;
3. Características motoras espontâneas de parkinsonismo.

Características suportivas ao diagnóstico de DCL:

1. Quedas repetidas
2. Síncope
3. Perda transitória da consciência
4. Sensibilidade a antipsicótico
5. Delírios sistematizados
6. Alucinações de outras modalidades

Diagnóstico:

Para o diagnóstico da DCL, precisamos gravar os quatro critérios nucleares, que são:

2. Flutuação cognitiva, com variação de atenção e alerta
3. Alucinações visuais complexas (e bem formadas)
4. Transtorno comportamental do sono REM

5. Um ou mais sintomas de parkinsonismo (bradicinesia, tremor ou rigidez)

Caso você encontre 2 desses sintomas e afaste outras causas, pode dar o diagnóstico de Demência com Corpos de Lewy provável. Caso não preencha 2 critérios, pode ainda recorrer a biomarcadores indicativos:

1. Imagem com redução da captação de dopamina nos núcleos da base (por SPECT ou PET)
2. Cintilografia cardíaca por MIBG alterada
3. Polissonografia com sono REM sem atonia.

Caso tenha um critério nuclear mais um biomarcador indicativo de DCL, você também pode dar o diagnóstico de DCL provável.

Tratamento:

O tratamento visa melhorar os sintomas-alvo, sendo eles: os sinais de parkinsonismo, as alterações disautonômicas, os déficits cognitivos e os sintomas psiquiátricos, como alucinações, delírios, distúrbios do sono e do comportamento.

- Tratamento não medicamentoso:

É importante no manejo das demências a atuação multiprofissional para melhora dos sintomas e qualidade de vida. Temos, atuação do médico para avaliação funcional, prescrição de terapia medicamentosa, acompanhamento dos exames de rotina; além da atuação do fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, entre outros profissionais.

- Tratamento medicamentoso:

Um ponto de atenção no tratamento é que no manejo dos sintomas extrapiramidais há necessidade de tratamento dopaminérgico. Isso, por sua vez, aumentando o risco ou agravando delírios, alucinações e agitação; por outro lado, os antipsicóticos podem piorar sintomas parkinsonianos.

Um conjunto de estudos indica que os inibidores de colinesterase, são seguros e eficazes no tratamento dos sintomas cognitivos e psiquiátricos, como alucinações visuais, delírios, apatia e ansiedade, isso se justifica ao pelo déficit colinérgico cerebral.

O estudo multicêntrico, duplo-cego e placebocontrolado realizado por McKeith et al. (2000)<sup>4</sup> mostrou benefício no uso de rivastigmina (6 a 12 mg/dia) para os sintomas cognitivos e comportamentais de pacientes com DCL. Resultados similares aos obtidos com a rivastigmina foram demonstrados com o donepezil.

Nos quadros de agitação psicomotora e/ ou agressividade a classe dos benzodiazepínicos podem ser utilizados com parcimônia. Agora, em casos persistentes de sintomas psiquiátricos ou alterações comportamentais o uso de neurolépticos pode ocorrer mas de forma muito criterioso. Preferivelmente drogas atípicas, como a quetiapina e a clozapina.

Agora, tendo em vista os sintomas parkinsonianos o manejo torna-se semelhante ao da Doença de Parkinson optando-se pelo emprego da menor dose possível de levodopa, porém é avaliado menor resposta a terapêutica em paciente com DCL.

#### Prognóstico

Paciente com DCL demonstram declínio cognitivo mais proeminente e rápido com menor sobrevida, sendo mais predicável ao uso de antipsicóticos e ao desenvolvimento de discinesia tardia e síndrome neuroléptica maligna.

#### Referência bibliográfica:

1. Byrne J. Doença de Parkinson e demência com corpúsculos de Lewy. In: Forlenza OV, Caramelli P, editores. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 215-20.
2. Hurtig HI, Trojanowski JQ, Galvin J et al. Alpha-synuclein cortical lewy bodies correlate with dementia in Parkinson's Disease. *Neurology* 2000;54:1916-21.
3. Evans R. Clinical features and new therapies for dementia. 125Th Annual Meeting of the American Neurological Association; October 15-18, 2000, Boston, Massachusetts.
4. McKeith I, Del Ser T, Spano P, et al. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet* 2000; 356: 2031-2036.
5. Samuel W, Caligiuri M, Galasko D, et al. Better cognitive and psychopathologic response to donepezil in patients prospectively diagnosed as dementia with Lewy bodies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 794-802

## 6. Parkinson e a demência:

### Definição:

Parkinson é uma doença crônica, progressiva e debilitante caracterizada por sintomas motores e não motores. É considerada a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente, perdendo apenas para o Alzheimer.

Os pacientes acometidos apresentam sintomas motores extrapiramidais como os tremores, bradicinesia, rigidez, desequilíbrios, assim como sintomas não motores, incluindo distúrbios do sono e do humor.

A doença é causada pela perda de neurônios dopaminérgicos da pars compacta da substância negra (mesencéfalo) e os sintomas só irão surgir quando essa perda for maior do que 70-80%.

### Epidemiologia:

A doença é rara antes dos 50 anos de idade. A incidência aumenta de maneira diretamente proporcional a idade e o sexo masculino é o mais acometido que o feminino.

### Quadro clínico:

Os sintomas podem ser divididos em motores e não motores.

- Sintomas Motores:

Os quatro sintomas motores cardinais são: tremor de repouso, rigidez, acinesia/bradicinesia e instabilidade postural (identificados pelo acrônimo TRAB). Agora, sintomas motores secundários incluem: diminuição dos movimentos dos braços, diminuição da frequência de piscadas, diminuição da mímica facial (hipomímia), diminuição do volume da voz (hipofonia), dificuldade para movimentar-se na cama.

O tremor, comumente, é o primeiro sintoma a aparecer, afetando 90% dos doentes. Trata-se de um tremor de repouso, que oscila em supinação e pronação (contando dinheiro) que afeta inicialmente de maneira assimétrica. Os tremores não respondem muito bem ao tratamento farmacológico.

A rigidez pode ser evidenciada por certa resistência ao movimentar os membros passivamente (ativação de músculos agonistas e antagonistas ao mesmo tempo simulando o movimento de uma roda dentada).

A bradicinesia é caracterizada por lentidão ao iniciar e realizar movimentos.

A instabilidade postural aparece mais tardiamente e indica gravidade da doença por levar a quedas frequentes e perda da independência do doente, além de ser um sintoma resistente à terapia com levodopa.

- Sintomas Não Motores:

O impacto dos sintomas não motores são maiores do que dos motores, mas, geralmente, são mais subdiagnosticados. Os sintomas não motores se subdividem em:

- Neuropsiquiátricos: depressão, apatia, distúrbios de impulsividade, ansiedade, psicose, alucinações, distúrbios do humor e abulia;
- Sintomas cognitivos: disfunção executiva, perda de memória e demência;

- Disautonomicos: hipotensão ortostática, constipação, incontinência urinária, disfunção sexual, disfunção de reflexos cardíacos, disfunção olfativa, disfunção gastrointestinal e sudorese;
- Distúrbios do sono: insônia, sonolência, síndrome das pernas inquietas, distúrbio comportamental do sono REM;
- Alterações sensoriais: dor, dormência, fadiga e distúrbio olfativo.

Diagnóstico:

O diagnóstico é clínico, sendo sugestivo a presença de tremor de repouso assimétrico, bradicinesia e rigidez, com uma boa resposta à terapia dopaminérgica.

As características de exclusão incluem disautonomia severa, alucinações precoces, demência que precede os sintomas motores, além de instabilidade postural e freezing em 3 anos após o diagnóstico.

Os Critérios Clínicos da UK Parkinson Disease Society são utilizados para o diagnóstico da doença.

### **Fase 1 - Diagnóstico da Síndrome Parkinsoniana**

Bradicinesia (lentidão da iniciativa de movimentos voluntários com redução progressiva na velocidade e amplitude de movimentos repetitivos)

E pelo menos um dos seguintes:

- Rigidez muscular
- Tremor de repouso de 4-6 Hz
- Instabilidade postural não causada por disfunção primária visual, vestibular, cerebelar ou proprioceptiva

### **Fase 2 - Critério de Exclusão Para Doença de Parkinson**

- História de doença cerebrovascular de repetição com progressão das etapas dos sinais parkinsonianos.
- História de trauma craniano de repetição
- História de encefalite
- Crises oculógiras
- Tratamento com neuroléptico no início dos sintomas
- Mais de um familiar afetado
- Remissão mantida
- Sinais estritamente unilaterais após 3 anos do início
- Paralisia da mirada supranuclear
- Sinais cerebelares
- Disfunção autonômica precoce e intensa
- Demência com apraxia precoce e intensa com distúrbios da memória, linguagem e praxia
- Resposta plantar em extensão (sinal de Babinski)
- Tumor cerebral ou hidrocefalia comunicante à Tomografia Computadorizada de crânio
- Resposta negativa à Levodopa (mais de 1g por mais de 1 mês) - excluído malabsorção
- Exposição ao MPTP

**Fase 3 - Critérios prospectivos que corroboram para o diagnóstico de Doença de Parkinson (pelo menos 3 são necessários para o diagnóstico definitivo)**

Requer três ou mais para o diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson:

- Início unilateral
- Tremor de repouso
- Transtorno progressivo
- Parkinsonismo persistentemente assimétrico
- Resposta acentuada a Levodopa (70-100%)
- Intensas discinesias induzidas pela Levodopa
- Resposta a Levodopa por mais de 5 anos
- Curso clínico da doença de 10 anos ou mais

Exames complementares como o transportador de dopamina SPECT e PET podem ser úteis, mas não confirma o diagnóstico e não diferencia de outras formas de parkinsonismo. A ultrassonografia-doppler também pode ser utilizada, sendo comum os achados de hiperecogenicidade da substância negra e menor comprometimento do núcleo lentiforme, fazendo diagnóstico diferencial com parkinsonismo atípico.

Evolução da doença:

A doença apresenta três fases:

- Fase pré-clínica, na qual a neurodegeneração tem início, mas o doente ainda é assintomático
- Fase prodrômica, na qual os sintomas começam a se apresentar, mas de maneira insuficiente para o diagnóstico
- Fase clínica, na qual os sintomas estão claros.

As flutuações motoras acometem os pacientes dentro de 5 a 10 anos e a instabilidade postural começa a partir de 10 anos. Nas fases iniciais da doença o paciente tem boa resposta ao tratamento, mas com a evolução a resposta torna-se irregular, tornando o paciente propenso a flutuações motoras, quedas e discinesias induzidas pelas levodopa.

Diagnóstico diferencial:

O diagnóstico diferencial de Parkinson inclui síndromes como tremor essencial, parkinsonismo atípico, parkinsonismo secundário, outros tipos de tremores e outros distúrbios cognitivos.

O diagnóstico diferencial mais difícil são do parkinsonismo atípicos (paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal, doença dos corpúsculos de Lewy e atrofia de múltiplos sistemas). As red flags para parkinsonismo atípico incluem disartria precoce, desequilíbrio, ausência de tremor, sintomas simétricos (fala a favor de degeneração corticobasal), assim como pouca resposta a levodopa.

Tratamento:

- Tratamento não farmacológico:
- ✓ Exercício físico: A prática de exercícios diminui a progressão da doença de Parkinson provavelmente pelo aumento de BDNF (Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro) que leva a

redução dos sintomas motores e maior crescimento e sobrevivência de neurônios na pars compacta;

- ✓ Dieta: A dieta balanceada demonstrou ser importante no controle da doença. Alguns alimentos demonstraram certo grau de neuroproteção, como nozes, pistache, castanha de caju, castanha do pará, amêndoas e alecrim. Outros alimentos como óleo de coco, peixes oleosos (salmão e atum), vegetais verde escuro demonstraram ter uma ação anti- inflamatória, enquanto as frutas roxas e vermelhas (mirtilo, framboesa) contêm pigmentos antioxidantes.

- Tratamento cirúrgico:

Cirurgia: O tratamento cirúrgico mais comum é o DBS que gera estímulos elétricos a partir de um implante, modulando o circuito cerebral envolvido na patogênese. O método é capaz de controlar sintomas como tremores, discinesia e flutuações motoras.

Os pacientes candidatos à cirurgia são:

- Possuem resposta adequada a terapia dopaminérgica
- Presença de flutuações on-off
- Idade < 70 anos
- Discinesia comprometendo a qualidade de vida
- Tremor resistente a medicação

- Tratamento Farmacológico:

O tratamento farmacológico é indicado quando o paciente apresenta limitações nas atividades de vida diária. A droga com maior efetividade é a Levodopa, um precursor sintético da dopamina.

Na medida em que a doença avança, a diminuição da capacidade de armazenamento e liberação de dopamina faz com que a ação da Levodopa diminua, levando ao surgimento dos sintomas perto da próxima dose.

Sintomas como flutuações motoras e discinesia aparecem conforme a eficácia da dose diminui. Esses sintomas podem ser revertidos utilizando uma forma de Levodopa de liberação estendida, adicionando inibidores da COMT, inibidores da MAO-B ou agonistas de dopamina para promover uma resposta mais estável.

Em pacientes com doença avançada com tratamento já otimizado pode-se considerar a necessidade de gel intestinal de levodopa/carbidopa ou tratamento cirurgico.

#### Referências:

1. Zesiewicz TA. **Parkinson Disease**. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2019;25(4):896-918. doi:10.1212/CON.0000000000000764
2. Poewe W, Seppi K, Tanner CM, et al. **Parkinson disease**. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17013. Published 2017 Mar 23. doi:10.1038/nrdp.2017.13
3. **Parkinson disease foundation**. Site: < <https://www.parkinson.org/> >

## 7. Escalas de avaliação cognitiva

Para a aplicação das escalas em consulta é necessário avaliar a atenção do paciente, já que um paciente desatento não consegue cooperar completamente com o exame. Posteriormente deve avaliar a orientação em tempo, espaço e sobre si (pessoa), atenção e concentração, memória, habilidades verbais e conhecimentos básicos, julgamento e raciocínio, para que assim possamos iniciar a avaliação.

### CAGE, EDG E PFEFFER

#### 1. CAGE - avaliação de padrão de consumo alcóolico

Avaliará problemas relacionados com uso do álcool (PRA). Ele é composto por perguntas (4) de rápida memorização;

C - cut down → Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

A- annoyed → As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo beber?

G - guilty → Se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber?

E - eye opened → Costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

- Não

- Sim

Nota de corte: 2 pontos

#### 2. EDG - escala de depressão geriátrica

É composta por perguntas fáceis com pequena variação nas possibilidades de respostas, pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado, demandando de cinco a 15 minutos para a sua aplicação.

- Está satisfeito (a) com sua vida? Não=1
- Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? Sim=1
- Sente que a vida está vazia? Sim=1
- Aborrece-se com frequência? Sim=1
- Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? Não=1
- Teme que algo ruim possa lhe acontecer? Sim=1
- Sente-se feliz a maior parte do tempo? Não= 1
- Sente-se frequentemente desamparado (a)? Sim=1
- Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Sim=1
- Acha que tem mais problemas de memória do que a maioria? Sim=1
- Acha que é maravilhoso estar vivo agora? Não= 1
- Vale a pena viver como vive agora? Não= 1
- Sente-se cheio (a) de energia? Não= 1
- Acha que sua situação tem solução? Não= 1
- Acha que tem muita gente em situação melhor? Sim=1

Nota > 5 , significa suspeita de quadro depressivo.

### 3. PFEFFER - questionário de atividades

É uma escala de 11 questões aplicada ao acompanhante ou cuidador da pessoa idosa discorrendo sobre a capacidade deste em desempenhar determinadas funções.

- (Pessoa IDOSA) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?
- (Pessoa IDOSA) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?
- (Pessoa IDOSA) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?
- (Pessoa IDOSA) é capaz de preparar comida?
- (Pessoa IDOSA) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?
- (Pessoa IDOSA) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?
- (Pessoa IDOSA) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
- (Pessoa IDOSA) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?
- (Pessoa IDOSA) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
- (Pessoa IDOSA) é capaz de cumprimentar os seus amigos adequadamente?
- (Pessoa IDOSA) é capaz de ficar sozinho (a) em casa sem problemas?

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

Anote as pontuações conforme:

- Sim, é capaz - 0
- Nunca o fez, mas poderia fazer agora - 0 Com alguma dificuldade, faz - 1
- Nunca fez e teria dificuldade agora - 1 Necessita de ajuda - 2
- Não é capaz - 3

**Fonte: Modificada, Escala de Depressão Geriátrica (GDS – 15) Yesavage et al., (1983)**

MEEM (mini exame de estado mental)

Este instrumento foi concebido por Folstein et al., em 1975, para avaliar a cognição. Podendo demorar entre 10 e 20 minutos, com 19 itens que abrangem diversos domínios cognitivos: orientação (temporal e espacial), memória, atenção e cálculo, praxia e linguagem.

**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL****1) Como o Sr(a) avalia sua memória atualmente?**

- (1) muito boa      (2) boa      (3) regular      (4) ruim      (5) péssima  
 (6) não sabe

**Total de pontos:**

**2) Comparando com um ano atrás, o Sr (a) diria que sua memória está:**

- (1) melhor      (2) igual      (3) pior      (4) não sabe

**Total de pontos:**

**ORIENTAÇÃO TEMPORAL:**

Anote um ponto para cada resposta certa:

**3) Por favor, diga-me:**

Dia da semana ( )      Dia do mês ( )      Mês ( )      Ano ( )      Hora  
 aprox. ( )

**Total de pontos:**

**ORIENTAÇÃO ESPACIAL:**

Anote um ponto para cada resposta certa

**4) Responda:**

Onde estamos: consultório, hospital, residência ( )

Em que lugar estamos: andar, sala, cozinha ( )

Em que bairro estamos: ( )

Em que cidade estamos ( )

Em que estado estamos ( )

**Total de pontos:**

**REGISTRO DA MEMÓRIA IMEDIATA:**

**5) Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar, pedirei para repeti-los, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar: Arvore, Mesa, Cachorro.**

A ( )            M ( )            C ( )

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara, somente um a vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até no máximo três repetições; - anote o número de repetições que fez \_\_\_\_; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram lembrados.

Total de pontos:

ATENÇÃO E CALCULO:

6) Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7;            93-7;            86-7;            79-7;            72-7;

\_\_\_\_;            \_\_\_\_;            \_\_\_\_;            \_\_\_\_;            \_\_\_\_.

(93; 86; 79; 72; 65)

Total de pontos:

MEMÓRIA RECENTE:

7) Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra: A ( )            M ( )            C ( )

Obs: anote um ponto para cada resposta correta: Arvore, Mesa, Cachorro.

Total de pontos:

LINGUAGEM:

Anote um ponto para cada resposta correta:

8) Aponte a caneta e o relógio e peça pra nomeá-los: C ( ) R ( )

(permita dez segundos para cada objeto)

Total de pontos:

9) Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente)

"NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ"

Total de pontos:

10) Dê ao entrevistado uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: "FECHE OS OLHOS". Diga-lhe : leia este papel e faça o que está escrito (permita dez segundos).

Total de pontos:

11) Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.

P ( )            D ( )            C ( )

Total de pontos:

11) Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.

P ( )      D ( )      C ( )

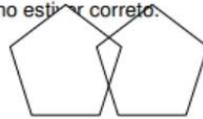
Total de pontos:

12) Pedir ao entrevistado que escreva uma frase em um papel em branco.

O Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? (contar um ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe). Se o entrevistado não fizer corretamente, perguntar-lhe: "Isto é uma frase/ E permitir-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro. (máximo de trinta segundos).

Total de pontos:

13) Por favor, copie este desenho. (entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar). A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo. Anote um ponto se o desenho estiver correto.



Total de pontos:

Obs: Somente as respostas corretas anotadas nas perguntas de 03 a 13 e anote o total. A pontuação máxima é de trinta pontos.

TOTAL

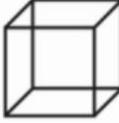
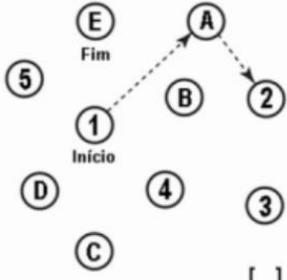
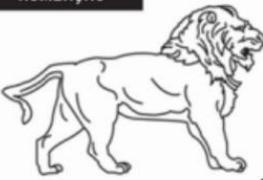
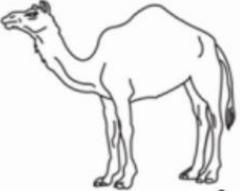
Fonte: Bertolucci PHF. et al. *O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade.* Arq. Neuro-psiquiat.1994; 52:1-7.

Este teste breve funciona como rastreio cognitivo para identificação de demência. A pontuação máxima é de 30 pontos que pode ser influenciada pela escolaridade do indivíduo. É um teste que sofre influência do grau de escolaridade. Os itens avaliados pelo MEEM são: Orientação; Memória Imediata; Atenção e Cálculo; Memória de Evocação e Linguagem.

MOCA (mental cognitive assessment)

É um instrumento de triagem rápida que avalia uma gama de funções cognitivas (como: executivas, habilidades visuo-espaciais, nomeação, recuperação da memória, dígitos, sentença, raciocínio abstrato e orientação) necessários para contribuir com o diagnóstico do CCL (comprometimento cognitivo leve) e de demência. Demora 10 minutos para ser aplicado. A pontuação: acima de 23 → normal (nota máxima: 30 pontos)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Versão Experimental Brasileira Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

<b>VISUOESPACIAL / EXECUTIVA</b>	 Copiar o cubo	Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)	<b>Pontos</b>
	[ ]	[ ]	[ ] [ ] [ ]
	[ ]	[ ]	Contorno    Números    Ponteiros <u>/5</u>
<b>NOMEAÇÃO</b>			
 [ ]	 [ ]	 [ ]	<u>/3</u>

<b>MEMÓRIA</b>	Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas. Evocar após 5 minutos.		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação
		1ª tentativa						
		2ª tentativa						
<b>ATENÇÃO</b>	Leia a sequência de números (1 número por segundo). O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta [ ] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta [ ] 7 4 2							<u>/2</u>
	Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros. [ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							<u>/1</u>
	Subtração de 7 começando pelo 100 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 pontos							<u>/3</u>
<b>LINGUAGEM</b>	Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. [ ]      O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala. [ ]							<u>/2</u>
	Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). [ ] _____ (H ≥ 11 palavras)							<u>/1</u>
<b>ABSTRAÇÃO</b>	Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta [ ] trem - bicicleta [ ] relógio - régua							<u>/2</u>
<b>EVOCAÇÃO TARDIA</b>	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho		<u>/5</u>
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	
<b>OPCIONAL</b>	Pista de categoria _____ Pista de múltipla escolha _____							
<b>ORIENTAÇÃO</b>	[ ] Dia do mês [ ] Mês [ ] Ano [ ] Dia da semana [ ] Lugar [ ] Cidade							<u>/6</u>
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Waiman								TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade <u>/30</u>

Fonte: Rosas Sarmento, Ana Luisa; Ferreira Bertolucci, Paulo Henrique. Versão experimental brasileira. Unifesp-SP, 2007. Disponível em: <[https://neurologiahu.ufsc.br/files/2012/09/MoCA-Test-Portuguese\\_Brazil.pdf](https://neurologiahu.ufsc.br/files/2012/09/MoCA-Test-Portuguese_Brazil.pdf)>

### BATERIA BREVE (rastreo cognitivo)

Esta bateria que pode ser aplicada em cerca de sete minutos contém os seguintes itens:

- Identificação e Nomeação de 10 figuras
- Memória incidental
- Memória Imediata
- Aprendizado
- Fluência verbal (animais)
- Desenho do relógio
- Memória de 5 minutos
- Reconhecimento Antes de realizar a memória tardia e o reconhecimento, você deve aplicar o teste de fluência verbal e o teste do desenho do relógio.

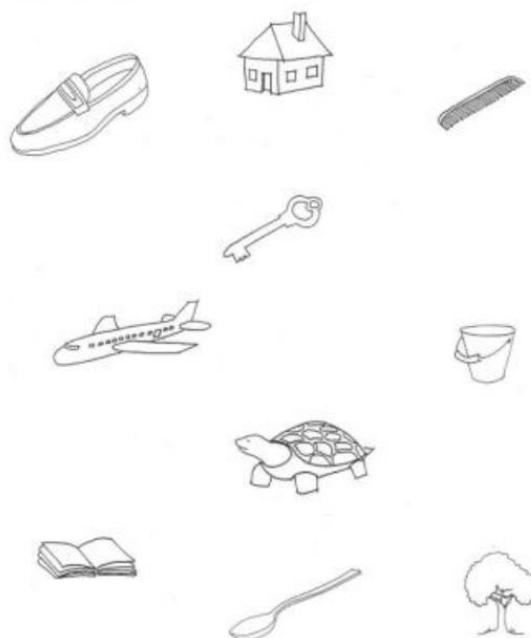
Para o reconhecimento, o escore final é obtido pela subtração: corretas – intrusões. A pontuação esperada deve ser 10 pontos. Menos do que 9 pontos é certamente alterada.

#### Bateria Breve de Rastreo Cognitivo - Lista de Figuras

Nitrini *et al.*, (1994; 2004; 2007)

Descrição										Certas	Intrusões
<b>Percepção:</b> Mostre a folha contendo as 10 figuras e pergunte: "Que figuras são estas"?											
SAPATO	CASA	PENTE	CHAVE	AVIÃO	BALDE	TARTARUGA	LIVRO	COLHER	ARVORE		
<b>Nomeação:</b>											
SAPATO	CASA	PENTE	CHAVE	AVIÃO	BALDE	TARTARUGA	LIVRO	COLHER	ARVORE		
<b>Memória Incidental:</b> Esconda as figuras e pergunte: "Que figuras eu acabei de lhe mostrar"? <b>Escore: ≥ 5/10</b>											
SAPATO	CASA	PENTE	CHAVE	AVIÃO	BALDE	TARTARUGA	LIVRO	COLHER	ARVORE		
<b>Memória Imediata 1:</b> Mostre as figuras durante 30 segundos dizendo: "Olhe bem e procure memorizar estas Figuras" (se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um/segundo; fale a série duas vezes). Esconda as figuras e pergunte: "Que figuras eu acabei de lhe mostrar"? (Tempo máximo de evocação: 60 segundos) <b>Escore: ≥ 6 / 10</b>											
SAPATO	CASA	PENTE	CHAVE	AVIÃO	BALDE	TARTARUGA	LIVRO	COLHER	ARVORE		
<b>Memória Imediata 2:</b> Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo: "Olhe bem e procure memorizar estas figuras". (se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um/segundo; fale a série duas vezes). Esconda as figuras e pergunte: "Que figuras eu acabei de lhe mostrar"? (Tempo máximo de evocação: 60 seg.). <b>Escore: ≥ 6 / 10</b>											
SAPATO	CASA	PENTE	CHAVE	AVIÃO	BALDE	TARTARUGA	LIVRO	COLHER	ARVORE		
<b>*Memória Tardia: (5 minutos):</b> Que figuras eu lhe mostrei há 5 minutos? Se for necessário, reforce dizendo: as figuras desenhadas numa folha de papel. <b>Escore: ≥ 5 / 10</b>											
SAPATO	CASA	PENTE	CHAVE	AVIÃO	BALDE	TARTARUGA	LIVRO	COLHER	ARVORE		
<b>Reconhecimento:</b> Mostre a folha contendo as 20 figuras e diga: "Aqui estão às figuras que eu lhe mostrei hoje e outras novas; quero que você me diga quais figuras você já tinha visto há alguns minutos".											
SAPATO	CASA	PENTE	CHAVE	AVIÃO	BALDE	TARTARUGA	LIVRO	COLHER	ARVORE		
CAMINHÃO	FERRO	LIMÃO	FOLHA	CHALEIRA	BICICLETA	BANANA	PORCO	NAVO	TERNO		

Fontes: Nitrini *et al.* (1994; 2004; 2007).



Fontes: Nitrini et al. (1994; 2004; 2007).



Fontes: Nitrini et al. (1994; 2004; 2007).

**Folha de respostas**

	M incidental	M imediata	Aprendizado	M5	Reconh.
Sapato	<input type="checkbox"/>				
Casa	<input type="checkbox"/>				
Pente	<input type="checkbox"/>				
Chave	<input type="checkbox"/>				
Avião	<input type="checkbox"/>				
Balde	<input type="checkbox"/>				
Tartaruga	<input type="checkbox"/>				
Livro	<input type="checkbox"/>				
Colher	<input type="checkbox"/>				
Árvore	<input type="checkbox"/>				
Corretas	<input type="checkbox"/>				
Intrusões	<input type="checkbox"/>				

Reconhecimento:

Fontes: *Nitrini et al. (1994; 2004; 2007).*

Avaliação do desempenho:

**1. Percepção visual e nomeação:**

A maioria das pessoas obtêm 10 pontos nas duas tarefas. Mais de um erro é sugestivo de distúrbio de nomeação ou da percepção visual. Dois tipos de erro podem ser encontrados: - Erros de percepção que às vezes ocorrem são caracterizados por confundir o avião com um peixe ou o balde com um copo - Erros de nomeação mais típicos ocorrem quando o paciente faz o gesto de pentear-se ou de utilizar uma chave mas não se lembra do nome

**2. Memória incidental:**

Não temos levado em conta para o diagnóstico de demência ou de comprometimento cognitivo; é importante para que o indivíduo se esforce para obter o melhor resultado.

**3. Memória imediata:**

Resultados abaixo de 5 indicam comprometimento da atenção

**4. Aprendizado:**

Espera-se que um indivíduo normal obtenha pelo menos 7.

**5. Memória tardia:**

Espera-se que um indivíduo normal obtenha pelo menos 6

**6. Reconhecimento:**

Indivíduos normais obtêm 10 pontos. Menos do que 9 é certamente anormal 7. Fluência verbal (animais) Indivíduos alfabetizados devem falar 13 ou mais. Analfabetos sem declínio cognitivo devem falar 9 animais ou mais.

### 8. Desenho do relógio:

Erro frequente é o de colocar o ponteiro menor apontando para o 2. Erro mais grave é o de colocar o ponteiro maior entre 4 e 5. Mais grave ainda é não colocar os 12 números na posição correta.

Este teste é mais influenciado pela escolaridade

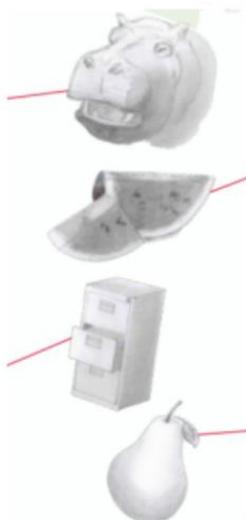
Os testes mais importantes para o diagnóstico de demência da doença de Alzheimer ou da doença cerebrovascular são o aprendizado (>7), a memória tardia (<6) e a fluência verbal (<13). Para outras demências como a demência com corpos de Lewy, o desenho do relógio pode ser muito útil; para as afasias progressivas a nomeação pode se mostrar alterada.

OCS (Oxford cognitive screen - rastreio cognitivo de Oxford)-Br-Ocs (Brazilian-Oxford Cognitive Screen)

- Nomeação:

"Eu vou mostrar a você 4 desenhos e eu gostaria que você me dissesse o que eles são"

Hipopótamo ( )  
 Melancia ( )  
 Fichário/Arquivo ( )  
 Pera ( )  
 Total: \_\_\_\_/4



Fonte: Ferreira Ramos, Claudia Cristina. Krempel Amado, Daniel, et. al. Oxford Cognitive Screen – Brazilian Portuguese version (OCS-Br) A pilot study. Outubro, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040014>>

- Apontamento semântico:

"Nesta página há 4 desenhos, você pode apontar a fruta para mim?"

Agora o animal?"

E finalmente a ferramenta?"

→ 3 pontos



Fonte: Ferreira Ramos, Claudia Cristina, Krempel Amado, Daniel, et. al. Oxford Cognitive Screen – Brazilian Portuguese version (OCS-Br) A pilot study. Outubro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040014>

- Orientação:

"Em que cidade nós estamos? Sem olhar o horário, você poderia me dizer em que parte do dia nós estamos? Você pode me dizer o mês? E finalmente, que ano nós estamos?"

(questões de múltiplas escolhas – QME – no folheto de teste - se problemas de expressão ou após erros – não há penalidade para QME)

- Teste de campo visual

"Por favor, olhe para o meu nariz e me diga apontando quando você puder ver a minha mão se movendo."

→ 1 ponto por quadrante

- Leitura de sentença:

"Você pode ler esta sentença em voz alta para mim? Por favor tente lembrar desta sentença, pois eu perguntarei sobre ela mais tarde".

"Parecia ser exímio cantor e saxofonista, mas hesitou quando chamado para comer pizza naquele dia"

Após a leitura (tentativa): leia a sentença correta em voz alta para o paciente.

→ Total: \_\_\_\_\_/15

- Escrita de números:

"Para a próxima tarefa, eu lhe pedirei que escreva abaixo alguns números para mim – por favor você pode escrever em números/numerais: 708, 15200, 400"

→ Total: \_\_\_\_\_/3

#### Cálculos :

A instrução é: "Eu lhe mostrarei alguns cálculos, pode me dizer quanto é..."

$$6 + 3 = 9$$

$$7 + 9 = 16$$

$$8 - 5 = 3$$

$$36 - 17 = 19$$

- Teste dos corações partidos:

Assinale os corações inteiros



Tente este exemplo:



Box 1	Box 3	Box 5	Box 7	Box 9
♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5
♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5
♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5
Box 2	Box 4	Box 6	Box 8	Box 10
♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5
♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5
♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5	♥ /5

Fonte: Robotham, Ro Julia; Oestergaard Riisb, Jeans

and Demeyere A Danish. Nefe. Version of the Oxford cognitive screen: a stroke-specific screening test as an alternative to the MoCA. AGING, NEUROPSYCHOLOGY, AND COGNITION, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13825585.2019.1577352>>.

Imitação de gestos sem significado:

"Eu mostrarei a você algumas ações; elas não significam nada, mas tente fazer seu melhor na cópia do que eu fizer. Você deve se espelhar em mim."



Fonte: Ferreira Ramos, Claudia Cristina.

Kempel Amado, Daniel, et. al. Oxford Cognitive Screen – Brazilian Portuguese version (OCS-Br) A pilot study. Outubro, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040014>>

- Evocação tardia e reconhecimento:

A. Memória verbal: evocação livre

"Você se lembra que leu uma sentença para mim anteriormente? Você lembra que sentença foi? Alguma das palavras?"

*"Parecia ser exímio cantor e saxofonista, mas hesitou quando chamado para comer pizza naquele dia."*

B. Memória verbal: reconhecimento

"Uma das palavras na sentença foi uma destas 4 palavras. Você poderia apontar a palavra que talvez pareça mais familiar à você?"

C. Memória episódica: reconhecimento

"Uma das palavras na sentença foi uma destas 4 palavras. Você poderia apontar a palavra que talvez pareça mais familiar à você?"

C. Memória episódica: reconhecimento

- Tarefa executiva:

→ Círculos (grande para o pequeno)

Triângulos (grande para o pequeno)

→ Conexões de trilhas alternadas – a terceira tarefa envolve ligar círculos e triângulos por ordem de tamanho.

A trilha é de objetos alternados – ambos triângulos e círculos.

→ Total: \_\_\_\_/13

Tempo \_\_\_\_ segundos.

Escore executivo: (círculos + triângulos) menos o alternado: \_\_\_\_\_ segundos



Fonte: Ferreira Ramos, Claudia Cristina. Kempel Amado, Daniel, et. al. Oxford Cognitive

Screen – Brazilian Portuguese version (OCS-Br) A pilot study. Outubro, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040014>>

Escalas AVC (avaliação específica):

OCS-BR - AVALIAÇÃO DE PACIENTES

AVE Localização da área lesionada – artéria acometida no exame de imagem Tomografia computadorizada ou Ressonância Magnética de crânio.

Classificação TOAST - **Ref.: Adams et al. Stroke 1993**

1. Aterosclerose de grandes artérias
2. Aterosclerose de pequenas artérias
3. Cardioembolia
4. Indeterminado: Duas ou mais causas identificadas / Avaliação negativa / Avaliação incompleta
5. Outras causas

Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada

Grau	Descrição
0	Sem sintomas
1	Nenhuma deficiência significativa a despeito dos sintomas
2	Leve deficiência
3	Deficiência moderada
4	Deficiência moderadamente grave
5	Deficiência grave
6	Óbito

*Fabres do Carmo, Julia; Regina Araújo Oliveira, Elizabeth; et. al. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos após o Acidente Vascular Cerebral em Vitória - ES, Brasil. Rev. bras. geriatria e gerontologia, Setembro, 2016.*

É necessário mais de uma teste para maior sensibilidade ao diagnóstico.

Escala qualitativa de Fazekas

Grau 0: com ausência de lesão;

Grau 1: com a existência de lesões focais;

Grau 2: com o começo da confluência de lesões;

Grau 3: com lesões difusas, que compreendem regiões inteiras.

Referências bibliográficas:

1. Nitri R, Lefèvre BH, Mathias SC, Caramelli P, Carrilho PEM, Sauaia N, Massad E, Takiguti C, Olimpio da Silva I, Porto CS, Magila MC, Scaff M.

2. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq Neuropsiquiatr* 52:457-65, 1994. Nitrini R, Caramelli P, Herrera Júnior E, Porto CS, Charchat-Fichman H, Carthery MT, Takada LT, Lima EP.
3. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. *J Int Neuropsychol Soc* 10:634-8, 2004.
4. Wardlaw et al. Neuroimaging standards for research into small vessel disease and its contribution to ageing and neurodegeneration. *Lancet Neurol* 2013; 12: 822–38.
5. Serviço de Neurologia Vascular e Emergências Neurológicas. Avaliação de Neuroimagem - Serviço de neurologia vascular e emergências neurológicas. 2020. Disponível em: Ferreira Ramos, Claudia Cristina. Krempel Amado, Daniel, et. al.
6. Oxford Cognitive Screen – Brazilian Portuguese version (OCS-Br) A pilot study. Outubro, 2018.
7. Skrobot OA, O'Brien J, Black S, Chen C, DeCarli C, Erkinjuntti T, et al. The vascular impairment of cognition classification consensus study. *Alzheimers Dement* 2017;13(6):624-33.
8. Rosas Sarmiento, Ana Luisa; Ferreira Bertolucci, Paulo Henrique. Versão experimental brasileira. Unifesp-SP, 2007. Disponível em: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.
9. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 1975;12(3):189-98

## 8. Escalas de avaliação de funcionalidade

A capacidade funcional se refere a habilidade de realizar atividades necessárias e/ou desejadas viabilizando, principalmente, o autocuidado e a independência em um determinado meio. Tal habilidade é diretamente influenciada pelas condições de saúde e merece atenção especial no contexto dos pacientes idosos.

Mudanças na funcionalidade (ex. incapacidade de banhar-se de forma independente) requerem uma minuciosa avaliação, por meio de escalas específicas capazes de graduar o grau de perda funcional, sugerindo ou não uma investigação com exames complementares além de uma intervenção clínica e social.

O estado funcional de um idoso pode ser avaliado em três níveis: atividades básicas de vida diária (ABVDs), atividades instrumentais ou intermediárias de vida diária (AIVDs) e atividades avançadas de vida diária (AAVDs).

ABVDs referem-se a tarefas de autocuidado que incluem:

- Tomar banho
- Vestir-se
- Promover higiene
- Manter a continência
- Alimentar-se
- Transferir-se (da cama para a cadeira e vice-versa)
- Deambular

As AIVDs referem-se à capacidade de realizar tarefas um pouco mais complexas que incluem:

- Compras de mantimentos
- Dirigir ou usar transporte público
- Usar o telefone/smartphone e a internet
- Realização de tarefas domésticas
- Fazer reparos em casa
- Preparar refeições
- Lavar roupa
- Tomar medicamentos adequadamente
- Lidar com finanças

As atividades avançadas de vida diária (AAVD) são as atividades cotidianas, voluntárias específicas para cada indivíduo e influenciadas por fatores socioculturais, educacionais e motivacionais:

- Dirigir automóvel
- Praticar esportes
- Pintar
- Tocar instrumento musical
- Participar de serviços voluntários ou atividades políticas

As AAVD não são fundamentais para uma vida independente, porém, demonstram maior capacidade e podem contribuir para melhor qualidade de vida.

As escalas mais utilizadas para avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD) no nosso meio são a Escala de Katz e o Índice de Barthel. Já para avaliação

das AIVD, devemos dar ênfase a dois instrumentos, a Escala de Lawton e o questionário de Pfeffer.

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA – ESCALA DE KATZ.**

<p><b>1. TOMAR BANHO (leito, banheira ou chuveiro)</b>  <input type="checkbox"/> Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o medo habitual de tomar banho). (I)  <input type="checkbox"/> Recebe ajuda para lavar apenas parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). (I)  <input type="checkbox"/> Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho. (D)</p>
<p><b>2. VESTIR-SE (pega roupa, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fecho, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizados).</b>  <input type="checkbox"/> Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. (I)  <input type="checkbox"/> Pega as roupas veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. (I)  <input type="checkbox"/> Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa. (D)</p>
<p><b>3. USO DO VASO SANITÁRIO (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas).</b>  <input type="checkbox"/> Vai ao banheiro ou lugar equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos de apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o pela manhã). (I)  <input type="checkbox"/> Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para se limpar ou para se ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar comadre ou urinol à noite. (D)  <input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminação fisiológica. (D)</p>
<p><b>4. Transferências</b>  <input type="checkbox"/> Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio como bengala, andador). (I)  <input type="checkbox"/> Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. (D)  <input type="checkbox"/> Não sai da cama. (D)</p>
<p><b>5. Continência</b>  <input type="checkbox"/> Controla inteiramente a micção e a evacuação. (I)  <input type="checkbox"/> Tem “acidentes” ocasionais. (D)  <input type="checkbox"/> Necessita de ajuda para manter o controle de micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente. (D)</p>
<p><b>6. Alimentação</b>  <input type="checkbox"/> Alimenta-se sem ajuda. (I)  <input type="checkbox"/> Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. (I)  <input type="checkbox"/> Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos. (D)</p>

I – independente; D – dependente. Interpretação: 0 – independente em todas as seis funções; A pontuação via de 1 – 6, sendo o grau máximo de dependência 6 pontos. **Fonte: Katz et al., 1963; Katz e Akpom, 1976; Lino et al., 2008.**

A Escala de Katz está incluída na maioria das avaliações multidimensionais. Sua elaboração é baseada na conclusão de que a perda funcional segue um padrão igual de declínio, isto é, primeiro se perde a capacidade de banhar-se, seguida pela incapacidade de vestir-se, transferir-se e alimentar-se e, quando há recuperação, ela ocorre em ordem inversa. Esta escala, que foi proposta em 1963 para avaliar pacientes internados e posteriormente adaptada para a comunidade, tem a grande limitação de não avaliar o item deambulação. Apresenta adaptação transcultural para o Brasil, o que facilita o seu uso de forma adequada em nosso meio.

**AVALIAÇÃO DAS AATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA – ÍNDICE DE BARTHEL.**

Pontuação	Atividade
<b>1. Alimentação:</b>	
10 pontos	Independente: capaz de usar qualquer talher. Come em tempo razoável.
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda para passar manteiga, usar sal e pimenta, etc.

0 pontos	Depende: não consegue levar comida do prato à boca.
<b>2. Banho:</b>	
5 pontos	Independente: capaz de tomar banho (esfregando-se) sozinho, em chuveiro e banheira.
0 pontos	Dependente: necessita de auxílio de outra pessoa para o banho.
<b>3. Vestuário</b>	
10 pontos	Independente: capaz de pegar as roupas, vestir-se, amarrar sapatos e despir-se.
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda, mas realiza pelo menos ½ das tarefas em tempo razoável.
0 pontos	Dependente: necessita de ajuda, não cumpre a condição anterior.
<b>4. Higiene pessoal</b>	
5 pontos	Independente: capaz de lavar as mãos e o rosto, escovar os dentes e barbear-se, sem ajuda.
0 pontos	Dependente: necessita de ajuda de outra pessoa em qualquer uma das atividades do item anterior.
<b>5. Evacuações</b>	
10 pontos	Continente: não apresenta incontinência, consegue usar supositórios ou enemas, sozinho.
5 pontos	Incontinente ocasional: apresenta episódios ocasionais de incontinência (acidentes) ou necessita de ajuda para uso de supositórios e enemas.
0 pontos	Incontinente: apresenta incontinência fecal.
<b>6. Micção</b>	
10 pontos	Continente: não apresenta incontinência; quando necessário é capaz de lidar sozinho com sonda vesical ou outro dispositivo.
5 pontos	Incontinente ocasional: apresenta episódios ocasionais de Incontinência (acidentes) ou não consegue lidar, sem ajuda, com sonda vesical ou outro dispositivo.
0 pontos	Incontinente: apresenta incontinência urinária.
<b>7. Uso do vaso sanitário</b>	
10 pontos	Independente: usa vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda, mesmo que use barras de apoio. Limpa-se e veste-se sem ajuda.
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir-se.
0 pontos	Depende: recebe auxílio direto de outra pessoa ou não desempenha função.
<b>8. Passagem cadeira- cama</b>	
15 pontos	Independente: não necessita de ajuda na transferência. Se utiliza cadeira de rodas, faz tudo sozinho.
10 pontos	Ajuda mínima: requer supervisão ou apoio para efetuar transferência.
5 pontos	Grande ajuda: capaz de sentar, mas necessita de assistência total para passagem.
0 pontos	Dependente: Incapaz de sentar-se e incapaz de colaborar durante as transferências.
<b>9. Deambulação</b>	
15 pontos	Independente: capaz de caminhar sem ajuda pelo menos 50 metros, mesmo com bengalas, muletas, próteses ou andador.
10 pontos	Ajuda: capaz de caminhar pelo menos 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.
5 pontos	Independente em cadeira de rodas: capaz de manobrar a cadeira de rodas e movimentar-se por pelo menos 50 metros.
0 pontos	Dependente: incapaz de caminhar ou utilizar cadeira de rodas conforme definido.
<b>10. Escadas</b>	
10 pontos	Independente: capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, mesmo com muletas, bengalas ou apoio no corrimão.
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda física ou supervisão, ao descer e subir as escadas.
0 pontos	Dependente: incapaz de subir escadas.

Interpretação: < 20 pontos: dependência total 20 a 35 pontos: dependência grave; 40 a 55 pontos: dependência moderada; 60 a 95 pontos: dependência leve.

Fonte: Mahoney e Barthel, 1965; Minosso et al., 2010.

Outra escala muito utilizada mundialmente é o Índice de Barthel para avaliação da independência funcional e mobilidade. Essa escala permite ainda uma gradação mais ampla na classificação da dependência, indo desde a dependência total (0 ponto) até independência máxima (100 pontos).

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA – ESCALA DE LAWTON.

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
<b>1. Capacidade para usar o telefone</b>	
É capaz de utilizar o telefone por iniciativa própria.	3
É capaz de responder a ligações, porém necessita de ajuda ou aparelho especial para discar.	2
Completamente incapaz para o uso do telefone.	1
<b>2. Compras</b>	
É capaz de realizar todas as compras necessárias sem ajuda ou supervisão.	3
Necessita de supervisão para fazer compras.	2
Completamente incapaz de fazer compras, mesmo sem supervisão.	1
<b>3. Preparar refeições</b>	
É capaz de preparar refeições sem ajuda ou supervisão.	3
É capaz de preparar refeições com supervisão ou ajuda parcial.	2
É incapaz de preparar refeições.	1
<b>4. Tarefas domésticas</b>	
É capaz de realizar todo o trabalho sem ajuda ou supervisão.	3
É capaz de realizar apenas o trabalho doméstico leve ou necessita de ajuda ou supervisão.	2
Incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico.	1
<b>4.1 Trabalhos manuais e pequenos reparos na casa</b>	
É capaz sem ajuda ou supervisão.	3
Realiza pequenos trabalhos com ajuda e supervisão.	2
Incapaz de realizar trabalhos manuais e pequenos reparos na casa.	1
<b>5. Lavar roupas</b>	
É capaz de lavar toda sua roupa sem ajuda ou supervisão.	3
É capaz de lavar apenas peças pequenas ou necessita de ajuda ou supervisão.	2
Incapaz de lavar qualquer peça de roupa.	1
<b>6. Meio de transporte</b>	
É capaz de dirigir carros ou viajar sozinho de ônibus, trem, metrô e táxi.	3
Necessita de ajuda e/ou supervisão quando viaja de ônibus, trem, metrô e táxi.	2
Incapaz de utilizar qualquer meio de transporte.	1
<b>7. Manuseio de medicação</b>	
É capaz de tomar toda e qualquer medicação na hora e dose corretas sem supervisão.	3
Necessita de lembretes e de supervisão para tomar a medicação nos horários e doses corretas.	2
É incapaz de tomar a medicação.	1
<b>8. Manuseio do dinheiro</b>	
É capaz de administrar seus assuntos econômicos, pagar contas, manusear dinheiro, preencher cheques.	3
É capaz de administrar seus assuntos econômicos, porém necessita de ajuda com cheques e pagamentos de contas.	2
Incapaz de lidar com dinheiro.	1

Interpretação: 9 pontos – totalmente dependente; 10 a 15 pontos – dependência grave; 16 a 20 pontos – dependência moderada; 21 a 25 pontos – dependência leve; 25 a 27 pontos – independente. **Fonte:** Lawton e Brody, 1969; Lawton, 1971.

QUESTIONÁRIO DE PFEFFER PARA ATIVIDADES FUNCIONAIS:

PERGUNTAS	PONTOS
1. Ele (a) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?	
2. Ele (a) é capaz de fazer compras sozinho (p.ex: comida e roupa?)	
3. Ele (a) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	
4. Ele (a) é capaz de preparar comida?	
5. Ele (a) é capaz de manter-se a par de acontecimentos da vizinhança?	
6. Ele (a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo de jornal?	
7. Ele (a) é capaz de se lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	
8. Ele (a) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?	
9. Ele (a) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	
10. Ele (a) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?	
11. Ele (a) é capaz de ficar sozinho em casa sem problema?	

Mostre ao informante as opções e leia as perguntas. Anote a pontuação: 0 – sim, é capaz; 0 – nunca o fez, mas poderia fazer agora; 1 – com alguma dificuldade, mas faz; 1 – nunca fez, e teria dificuldade agora; 2 – necessita de ajuda; 3 – não é capaz. Interpretação: < 6 pontos – normal; ≥ 6 pontos – comprometido. **Fonte:** Pfeffer et al., 1982; Lebrão & Laurenti, 2005.

A escala de Lawton é uma das mais utilizadas para avaliação das AIVD e foi desenvolvida avaliando idosos da comunidade em 1969. A pontuação máxima é de 27 pontos, correspondendo à maior independência, enquanto a pontuação mínima de 9 pontos relaciona-se à maior dependência.

Outra escala muito utilizada para avaliação das atividades instrumentais é o Questionário de Pfeffer para as Atividades Funcionais. Proposto em 1982, comparou idosos saudáveis com os que possuíam déficit cognitivo, portanto tem grande importância no diagnóstico e acompanhamento das demências.

Sumarizando todo o conhecimento discutido neste tópico de avaliação funcional, sabemos que o estado funcional debilitado dos pacientes, seja decorrente de algum tipo de demência ou pelas próprias mudanças adquiridas com o avanço da idade, pode prejudicar sua qualidade de vida assim como piorar o prognóstico de diversas doenças, sendo mandatória uma avaliação do grau de incapacidade por meio de escalas específicas visando otimizar a qualidade de vida e indicar o melhor plano terapêutico.

Referência:

1. Freitas, Elizabete Viana. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4 ed. Rio de Janeiro, 2017.
2. [Katherine T Ward](#). *Avaliação geriátrica abrangente*. UptoDate. 2022.

## 9. Escalas de humor

Depressão:

Depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum e o mais prevalente na população da Atenção Primária. Devido ao tabu que ainda ronda o assunto, o medo da estigmatização e angústia de falar sobre os sintomas, estima-se que apenas 50% dos pacientes sejam diagnosticados.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), a Depressão Unipolar é diagnosticada clinicamente quando se manifesta com cinco ou mais dos seguintes sintomas, presentes na maior parte do dia quase todos os dias por pelo menos duas semanas consecutivas. Dos sintomas listados, pelo menos um deve obrigatoriamente ser o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer.

- Humor deprimido
- Perda de interesse ou prazer na maior ou em todas as atividades
- Insônia ou hipersonia
- Mudança no apetite ou peso
- Agitação ou retardo psicomotor
- Fadiga
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão;
- Pensamentos de inutilidade ou culpa excessiva inapropriada
- Pensamentos recorrentes sobre morte ou suicídio, com ou sem planejamento.

A depressão não tratada está associada a queda da qualidade de vida e aumento da mortalidade, sendo essencial o seu rastreamento para diagnóstico precoce, visto que o início do tratamento medicamentoso e psicológico no início do curso da doença está associado com melhora do quadro e menores taxas de recidivas ao longo dos anos. Para rastreamento pode-se utilizar da Escala de Depressão de Beck, já validada no Brasil, que permite diferenciar indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos. (Tabela 1)

Esta escala é composta por 21 categorias de sintomas e atitudes, avaliando a cognição, afeto e manifestações somáticas.

Cada categoria conte de 4 a 5 alternativas, cuja pontuação varia de zero a 3 pontos, indicando o nível de gravidade dos sintomas depressivos.

- Escore até 9 pontos: ausência de depressão ou sintomas mínimos.
- 10-18 pontos: depressão leve a moderada
- >21: depressão clinicamente significativa

TABELA 1: INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

1	<p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Eu me sinto triste</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p>	7	<p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo</p> <p>2 Estou enojado de mim</p> <p>3 Eu me odeio</p>
2	<p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro</p> <p>2 Acho que nada tenho a esperar</p> <p>3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</p>	8	<p>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p>
3	<p>0 Não me sinto um fracasso</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum</p> <p>2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos</p> <p>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p>	9	<p>0 Não tenho quaisquer idéias de me matar</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria</p> <p>2 Gostaria de me matar</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>
4	<p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p>	10	<p>0 Não choro mais que o habitual</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>
5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>	11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho <u>perdido</u> muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

Fonte: FIORAVANTI, Ana Carolina Monnerat et al. . Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. Aval. psicol., Porto Alegre , v. 5, n. 2, p. 217-224, dez. 2006

## Ansiedade

Juntamente com o transtorno depressivo, o transtorno de ansiedade é um dos mais prevalentes e comum na população. Segundo estudo da OMS em 2019, o Brasil é um dos países que apresentam um dos maiores índices de população com algum tipo de transtorno ansioso.

Segundo o DSM-5, o Transtorno de Ansiedade Generalizado é definido por ansiedade ou preocupação excessiva, ocorrendo na maior dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades, cuja preocupação é difícil de controlar. Além disso a ansiedade e/ou preocupação vem associada com 3 ou mais dos seguintes sintomas, com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses:

- Inquietação ou sensação de estar com os nervos a flor da pele
- Fatigabilidade
- Dificuldade em concentra-se ou sensações de “branco” na mente
- Irritabilidade
- Tensão muscular
- Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto)

Para o rastreamento faz-se uso de diversas escalas como o Inventário de Ansiedade de Beck, utilizado em pacientes deprimidos. É composto por 21 itens que descrevem os sintomas mais prevalentes em quadros ansiosos, cada item varia de 0 a 4 pontos, sendo a pontuação máxima de 63. (Tabela 2)

O Inventário de Ansiedade Traço – Estado (IDATE), validado no Brasil, é composto por duas escalas diferentes para medir o estado ansioso, indicando a intensidade dos sintomas naquele momento, e o traço ansioso, a frequência com que os sintomas ocorrem. Cada escala é composta por 20 afirmações, pontuadas de 1 a 4. A pontuação varia de 20 a 80 pontos, valores mais elevados demonstram ansiedade em um nível patológico. (Tabela 3)

TABELA 2: INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

	<b>Absolutam ente não</b>	<b>Levemente</b> Não me incomodou muito	<b>Moderadamente</b> Foi muito desagradável mas pude suportar	<b>Gravemente</b> Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento	0	1	2	3
2. Sensação de calor	0	1	2	3
3. Tremores nas pernas	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3
7. Palpitação ou aceleração do coração	0	1	2	3
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3
9. Aterrorizado	0	1	2	3
10. Nervoso	0	1	2	3
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3
12. Tremores nas mãos	0	1	2	3
13. Trêmulo	0	1	2	3
14. Medo de perder o controle	0	1	2	3
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Assustado	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto no abdômen	0	1	2	3
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3
20. Rosto afogueado	0	1	2	3
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3

**TOTAL:**

Escore Total	Gravidade da ansiedade
0-7	Grau mínimo de ansiedade
8-15	Ansiedade leve
16-25	Ansiedade moderada
26-63	Ansiedade grave
Interpretação do Escore Total	

Fonte: FIORAVANTI, Ana Carolina Monnerat et al. Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. Aval. psicol., Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 217-224, dez. 2006

TABELA 3: IDAT Estado e Traço

Ansiedade Estado				
	Muitíssimo=4	Bastante=3	Um Pouco=2	Absolutamente Não=1
01. Sinto-me calmo	1	2	3	4
02. Sinto-me seguro	1	2	3	4
03. Estou tenso	1	2	3	4
04. Estou arrependido	1	2	3	4
05. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
07. Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
08. Sinto-me descansado	1	2	3	4
09. Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confinado	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou agitado	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado e confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Ansiedade Traço				
	Quase sempre=4	Frequentemente=3	Às vezes=2	Quase nunca=1
01. Sinto-me bem	1	2	3	4
02. Canso-me facilmente	1	2	3	4
03. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
05. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
06. Sinto-me descansado	1	2	3	4
07. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
08. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
09. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito	1	2	3	4
17. Às vezes, idéias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso meus problemas do momento	1	2	3	4

Fonte: FIORAVANTI, Ana Carolina Monnerat et al. **Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE**. *Aval. psicol.*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 217-224, dez. 2006

Referências bibliográficas:

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. WILLIAMS, J. **Screening for depression in adults**. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?search=escala%20depressao&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?search=escala%20depressao&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)>.
3. BALDWIN, D. **Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis**. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=escala%20aniedade&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=escala%20aniedade&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)>.
4. BIAGGIO, A.M. B & Natalicio, L. (1979) **Manual Para Inventário De Ansiedade Traço- Estado (IDATE)** Centro Editor de Psicologia Aplicada, Rio de Janeiro.

## ANEXO A

### INSTRUMENTO DE PESQUISA

Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências

Versão brasileira do Instrumento Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L'Atenció Primària – para médicos

Questão 1

Em que ano você nasceu?

Questão 2

Onde você realizou o curso de Graduação em Medicina?

-Brasil

-Outro país (especifique):

Questão 3 Sexo

-Masculino

-Feminino

Questão 4

Quanto tempo de experiência de trabalho você tem na Atenção Básica?

Questão 5

Há quanto tempo você trabalha nesta unidade da Atenção Básica? Desde:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Questão 6

Você considera necessário realizar atividades de capacitação específica em demência?

-Sim

-Não

Questão 7

Você tem participado de atividades de capacitação específica sobre o diagnóstico e o tratamento da demência?

-Não, nunca

-Sim, no último ano

-Sim, entre 2 e 4 anos atrás

-Sim, há 5 anos ou mais

Questão 8

Qual é o percentual aproximado de pessoas com 60 anos ou mais entre os seus pacientes?

-<5%

-5-9%

-10-14%

-15-19%

-20-24%

->=25%

Questão 9

Com que frequência você faz diagnóstico de demência?

-Nunca

-Raramente

-Às vezes

-Frequentemente

Questão 10

Nos últimos 12 meses, aproximadamente, quantos casos de demência você detectou?

-Nenhum

-Entre 1 e 4

-Entre 5 e 9

-Entre 10 e 14

-Entre 15 e 20

## Questão 11

Qual é o número aproximado de consultas que você realiza por mês para pacientes com demência?

- Nenhum
- Entre 1 e 4
- Entre 5 e 9
- Entre 10 e 14
- Entre 15 e 20
- 20 ou mais

## Questão 12

Em qual fase da demência você diagnostica mais frequentemente seus pacientes?

- Leve
- Moderada
- Grave
- Não diagnostico, encaminhado ao especialista

## Questão 13

Quais são as dificuldades que você encontra para identificar um caso de demência? (selecione e ordene somente aquelas que são uma dificuldade para você, da maior para a menor dificuldade)

- Diferenciar os sinais e sintomas de demência do envelhecimento normal
- Diferenciar os sinais e sintomas da demência da depressão geriátrica
- Pouca confiabilidade dos testes de memória
- Pouca utilidade dos exames complementares (neuroimagem e/ou laboratoriais)
- Outras (especifique):
  
- Não tenho dificuldades para identificar um caso de demência

## Questão 14

Quais os sinais e sintomas que levam você a suspeitar de um diagnóstico de demência? (selecione e ordene somente aqueles que você utiliza, da maior para a menor importância)

- Sintomas psicológicos e comportamentais das demências (depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade, etc.)

- Comprometimento cognitivo com alterações de memória
- Comprometimento cognitivo sem alterações de memória
- Comprometimento da capacidade de executar atividades da vida diária (AVDs)
- Outros (especifique):

#### Questão 15

Quais são os aspectos que dificultam você no momento de realizar um diagnóstico de demência? (selecione e ordene somente aqueles que dificultam você, da maior para a menor importância)

- Pouca confiança sobre o diagnóstico (dúvidas quanto ao paciente realmente ter uma demência)
- Pensar que o diagnóstico deve ser feito pelo serviço especializado
- Pouca utilidade do diagnóstico (não traz benefício nenhum para o paciente) -Efeito negativo do diagnóstico sobre o paciente
- Efeito negativo do diagnóstico no ambiente familiar e social do paciente
- Dificuldades em dar más notícias
- Falta de tempo para realizar o processo de diagnóstico (aplicar testes, análises, etc.)
- Outros (especifique):
- Nenhum aspecto me dificulta, tento diagnosticar todos os casos detectados

#### Questão 16

Com base na lista a seguir, de testes para avaliar a função cognitiva e a capacidade funcional, quais você utiliza habitualmente em sua prática clínica? (selecione e ordene somente aqueles que você utiliza, da maior para a menor utilização)

#### Função Cognitiva

- Miniexame do estado mental
- Avaliação cognitiva funcional global (CDR)
- Teste de fluência verbal categoria animal e/ou frutas
- MOCA
- Lista de palavras do CERAD

- Teste de nomeação de Boston
- Teste do desenho do relógio
- Questionário de avaliação do comprometimento cognitivo do idoso por informante (IQCODE)
- Inventário Neuropsiquiátrico
- Escala isquêmica de Hachinski
- Outros (especifique):
- Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a função cognitiva

#### Capacidade Funcional

- Teste de Pfeffer
- Índice de Katz
- Teste de Lawton
- Índice de Barthel
- Outros (especifique):
- Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a capacidade funcional

#### Questão 17

Quais exames complementares você solicita habitualmente para realizar o diagnóstico do subtipo de demência? (ex.: Alzheimer, demência vascular, etc.) (resposta múltipla, selecione todos os testes solicitados em sua prática clínica)

- Hemograma
- Bioquímica com glicemia
- Enzimas hepáticas
- Coagulograma
- TSH
- Vitamina B12
- Ácido fólico
- Sorologia para HIV
- Sorologia para sífilis
- Função renal
- Cálcio

- Fósforo
- Eletrocardiograma
- Eletroencefalograma
- Tomografia computadorizada do crânio
- Ressonância magnética do crânio
- Tomografia por emissão única de fótons
- SPECT
- PET
- Espectroscopia por ressonância magnética do crânio
- Punção lombar
- Punção lombar com dosagem das proteínas características da doença de Alzheimer
- Outros (especifique):
- Não faço o diagnóstico do subtipo de demência, encaminhado para um especialista

#### Questão 18

Com qual frequência você informa o diagnóstico de demência?

Ao paciente:

-Nunca

-Raramente

-Às vezes

-Frequentemente

Aos familiares:

-Nunca

-Raramente

-Às vezes

-Frequentemente

## Questão 19

Quais são os fatores que mais têm influência para você não informar ao paciente que ele sofre de uma demência? (selecione e ordene somente aqueles que influenciam você, da maior para a menor influência)

- Estar em um estágio avançado da doença
- Ter mais de 80 anos
- Não ter capacidade suficiente para compreender a informação sobre o diagnóstico
- Possibilidade de o diagnóstico provocar efeitos negativos sobre o humor do paciente
- Possibilidade de o diagnóstico provocar efeitos negativos sobre a vida diária do paciente
- A família não querer que o paciente conheça o diagnóstico
- A impossibilidade de realizar um tratamento farmacológico específico
- Não existe nenhum fator que me influencie, sempre informo ao paciente e à família sobre o diagnóstico de demência

## Questão 20

Em sua programação diária, você habitualmente programa visitas domiciliárias para tratamento e acompanhamento de pacientes com demência?

-Sim

-Não

## Questão 21

Você encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave?

-Sim (vá para a questão 21a)

-Não (vá para a questão 22)

## Questão 21a

Por quais motivos? (resposta múltipla, selecione todos os motivos que você considerar)

- O tratamento farmacológico é complexo

- Exigem muitas visitas domiciliárias
- Não há suporte de atendimento especializado
- Suas demandas não são solucionáveis na Atenção Básica

#### Questão 22

Com qual frequência você costuma planejar acompanhamento específico para o cuidador do paciente com demência?

-Nunca

-Raramente

-Às vezes

-Frequentemente

#### Questão 23

Em sua opinião, quais são as principais dificuldades para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com demência na Atenção Básica? (selecione e ordene somente aquelas que você considerar como dificuldade, da maior para a menor importância)

- O tratamento com fármacos específicos (anticolinesterásicos e/ou memantina)
- O tratamento farmacológico com antidepressivos
- O tratamento farmacológico com antipsicóticos (típicos ou atípicos)
- O tratamento farmacológico com sedativos, benzodiazepínicos e hipnóticos
- O tratamento farmacológico da rigidez, do tremor e de outros distúrbios neurológicos
- As necessidades de apoio do cuidador e/ou da família
- O acompanhamento e o tratamento do paciente com demência requer uma grande quantidade de tempo, não disponível na Atenção Básica
- Não encontro dificuldade nenhuma em realizar o acompanhamento e o tratamento dos pacientes com demência

#### Questão 24

Quando você planeja o encaminhamento de pacientes para diagnóstico e/ou controle, quais serviços médicos especializados existem na sua área de referência? (resposta múltipla, selecione todas as respostas aplicáveis)

- AME
- Ambulatório de Especialidades em Demências
- Centro de Referência do Idoso
- Serviço de neurologia hospitalar
- Neurologista de referência
- Outros (especifique):

#### Questão 25

Em porcentagem, quantos pacientes com demência você encaminha aos serviços especializados para confirmar o diagnóstico?

-<10%

-11-25%

-26-50%

-51-75%

->75%

-Não encaminho nenhum caso de demência aos serviços especializados

#### Questão 26

Em porcentagem, quantos pacientes com demência você encaminha aos serviços especializados para controle de distúrbios comportamentais?

-<10%

-11-25%

-26-50%

-51-75%

->75%

-Não encaminho nenhum caso de demência aos serviços especializados

#### Questão 27

Dê pontuação ao seu nível de satisfação (de 1 a 10) referente aos serviços médicos especializados em relação aos casos de demência que encaminhou (1 significa a mínima satisfação possível e 10 a máxima satisfação possível)

- Tempo de espera desde a solicitação de visita até a visita ao paciente 1 – 2 – 3  
– 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- Devolução de informações ao serviço de Atenção Básica 1 – 2 – 3  
– 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- Capacidade de solucionar

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- Acompanhamento do paciente

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- Acessibilidade do serviço em situações de emergência

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

- Não encaminhei nenhum caso de demência aos serviços especializados 1 – 2 – 3  
– 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

#### Questão 28 Caso clínico

Imagine que você está no seu consultório e observa que na sala de espera está o Sr. João (71 anos de idade), sentado com a esposa dele. Você se aproxima dele e o cumprimenta, mas percebe que ele não o reconhece. Ainda que tenha sido o médico dele nos últimos 15 anos e que até há um ano o Sr. João ajudava no açougue da esposa dele, onde você geralmente faz compras, ele só o reconheceu quando a esposa explicou quem você era. A esposa informa que veio ao consultório porque nos últimos meses o Sr. João tem demonstrado alguns problemas de memória, tem esquecido onde deixa suas coisas, tem tido problemas para lidar com as contas da casa, tem estado triste e, em determinada ocasião, ficou desorientado com o carro quando voltavam para a casa por uma rua conhecida. A esposa dele comenta que teme que o Sr. João tenha Alzheimer. Após realizar o estudo e diagnosticar a doença de Alzheimer no Sr. João, indique o nível de recomendação das intervenções a seguir:

Indique o nível de recomendação para cada intervenção conforme a seguinte codificação numérica:

Nunca [1] Quase nunca [2] Poucas vezes [3] Algumas vezes [4] Quase sempre [5] Sempre [6]

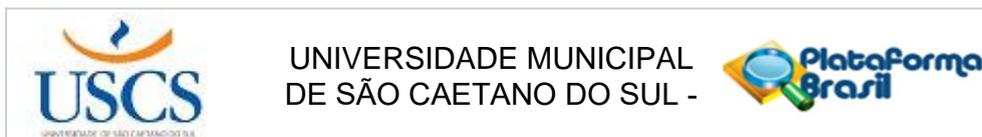
Não recomendaria:

- Vitaminas 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Tratamentos naturais/ervas 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Remédios anticolinesterásicos 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Memantina 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Antidepressivos tricíclicos 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Antidepressivos ISRS 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Antipsicóticos típicos 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Antipsicóticos atípicos 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Recomendaria:

- Exercícios de memória (gerais) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Estimulação cognitiva (específica) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Musicoterapia, aromaterapia 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Assistência em um centro dia para idosos 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Ingresso em uma instituição de longa permanência 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Encaminhamento a um especialista 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Visita de um(a) assistente social 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
- Associação de familiares de pacientes com Alzheimer 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

## ANEXO B



UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências na atenção primária no município de São Caetano do Sul

**Pesquisador:** Rosamaria Rodrigues Garcia

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 48469321.4.0000.5510

**Instituição Proponente:** Universidade Municipal de São Caetano do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.916.588

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1737513.pdf) de 18/08/2021 e/ou Projeto Detalhado (Projeto\_de\_Mestrado\_USCS.docx) de 18/08/2021

O processo do envelhecimento humano é caracterizado por alterações do sistema nervoso central que modificam aspectos sensoriais e motores, emocionais e cognitivos, como no caso da demência. Com o passar dos anos, a cognição sofre mudanças significativas que afetam as atividades diárias dos pacientes e familiares. Sendo assim, é fundamental a avaliação adequada das funções cognitivas e comportamentais no seguimento de indivíduos idosos para mensurar possíveis déficits cognitivos, realizar diagnóstico precoce e indicar tratamento adequado e acompanhamento multiprofissional do paciente quando necessário.

Devido a acelerada transição demográfica, as doenças decorrentes do processo de envelhecimento se tornam um ponto de fundamental importância levando a uma forte demanda sobre serviços primários de saúde.

No caso da demência, o envelhecimento provavelmente é o fator de maior risco e já se encontra entre os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns em idosos.

Dessa forma, é de suma importância que o médico da atenção primária esteja preparado para

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br