

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCISCO DE ASSIS PINTO CABRAL JÚNIOR RABELLO

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS SÍNDROMES DEMENCIAIS NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

PÓLO JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2015

FRANCISCO DE ASSIS PINTO CABRAL JÚNIOR RABELLO

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS SÍNDROMES DEMENCIAIS NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Me. Pollyana Pagliaro Borges Soares

Co-orientadora: Profa. Dra. Luciana de Andrade Agostinho

PÓLO JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2015

FRANCISCO DE ASSIS PINTO CABRAL JÚNIOR RABELLO

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS SÍNDROMES DEMENCIAIS NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. _____ - Instituição _____

**Examinador 2: Prof^a Dr^a Regina Maura Rezende - Universidade Federal do
Triângulo Mineiro - UFTM**

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ de _____ de 2014.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pelo amor, acima de tudo.

Ao meu companheiro Edilho e

Aos amigos sempre presentes.

AGRADECIMENTOS

Ao Grande Arquiteto do Universo, pelo milagre da vida.

Aos meus familiares, fonte de estímulo e apoio incondicional.

Aos meus amigos, sempre.

À equipe idealizadora do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON/UFMG) pela oportunidade da realização desse curso de especialização.

*O pessimista queixa-se do vento;
O otimista espera que ele mude de direção;
O realista ajusta as velas.”*

William George Ward

RESUMO

Introdução. Os quadros demenciais são caracterizados por comprometimento progressivo da função cognitiva, sobretudo do componente mnêmico (memória), e por pelo menos uma das seguintes alterações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou alteração do funcionamento cognitivo. **Justificativa.** Considerando que a investigação adequada das síndromes clínicas diz respeito ao bem-estar do paciente, incluso no princípio da beneficência, um tratamento precoce permite ganho de autonomia para o paciente, fazendo justiça a sua necessidade de dispor da saúde como um meio para exercer suas potencialidades de vida. Evidencia-se, portanto, a importância desse projeto de intervenção, uma vez que os resultados do mesmo servirão de subsídio para o planejamento e o desenvolvimento de ações integrais para a saúde do idoso.

Objetivos. Sistematizar a abordagem diagnóstica e diferencial das síndromes demenciais na cidade de Patrocínio do Muriaé/MG, estimulando a assistência precoce a portadores desta condição. **Metodologia/Proposta de Intervenção** O projeto de intervenção proposto consiste num estudo longitudinal prospectivo da população idosa da zona rural de Patrocínio do Muriaé/MG. Foi feita a capacitação a partir de um processo dialógico envolvendo relatos de experiências, discussão de casos clínicos e leitura de artigos científicos sobre demência e seus fatores causais. Um questionário de triagem foi elaborado baseado nos achados básicos e comuns a todas as demências, independentemente de sua etiologia específica. Os idosos selecionados estão sendo submetidos a avaliação médica minuciosa para demência e seus diagnósticos diferenciais. **Considerações Finais.** Os profissionais da saúde básica estarão capacitados a identificar precocemente os sintomas e sinais de síndromes demenciais, reduzindo o tempo ao mínimo necessário entre a suspeita, o diagnóstico e o tratamento. Assim, as causas reversíveis estão sendo prontamente tratadas ocasionando reversão da demência e melhora da qualidade de vida do paciente. Aqueles com demências primárias estão sendo acompanhados de forma multiprofissional e com suporte clínico-farmacológico retardando a evolução natural da doença, garantindo a autonomia por mais tempo.

Palavras-Chave: Demência ; Idosos ; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction. Data collection in the Primary Care Information System (SIAB) in Patrocínio do Muriaé-MG, in the region of Zona da Mata Mineira, reveals that the number of elderly (over 60 years old, second the World Health Organization - WHO) in the rural area of the city is the second most significant group, standing behind only the population between 20 and 39 years. According Sadock ; Sadock (2007), in aging occurs gradual decline in organic performance of a systemic way. Dementia is characterized by progressive impairment of cognitive function, especially of the mnemonic component (memory), and at least one of the following cognitive disorders: aphasia, apraxia, agnosia or change in cognitive functioning.

Justification. Whereas the proper investigation of clinical syndromes with respect to the patient's well-being, included in the principle of beneficence, early treatment allows gain in autonomy for the patient, doing justice to their need to have health as a way to exercise their potential life. It is evident, therefore, the importance of this intervention project, since the results of it will help the planning and the development of comprehensive actions for the health of the elderly.

Goals. Systematize the diagnosis and differential approach to dementia in the city of Patrocínio do Muriaé / MG, stimulating early care to patients with this condition.

Methodology / Intervention Proposal. The proposed intervention project is a prospective longitudinal study of elderly population of rural Patrocínio do Muriaé / MG. Training was taken from a dialogical process involving experience reports, discussion of clinical cases and reading scientific articles on dementia and their causal factors. A screening questionnaire was developed based on the basic findings and common to all dementias, regardless of their specific etiology. The selected subjects are undergoing thorough medical evaluation for dementia and their differential diagnoses.

Final Considerations. The professionals of Primary Health Care will be able to identify early symptoms and signs of dementia, reducing the time to a minimum between the suspicion, diagnosis and treatment. Thus, reversible causes are readily treated causing reversal of dementia and improve the patient's quality of life. Those with primary dementias are being accompanied by multidisciplinary and with clinical and pharmacological support delaying the natural course of the disease, guaranteeing autonomy for longer.

Keywords: Dementia; Aged; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS	Agentes Comunitários de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NMDA	N-Metil-D-Aspartato.
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Distribuição da população da Zona Rural de Patrocínio do Muriaé, por faixas etárias.

Tabela 2 – Prevalência de demência em função da idade em Catanduva, São Paulo, Brasil.

Tabela 3 – Planejamento Estratégico Situacional do Projeto de Intervenção.

Tabela 4 – Plano Operativo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXO A – Mini-Exame do Estado Mental.....	31
ANEXO B – Questionário Funcional de Atividades Básicas de Vida de Katz.....	33
ANEXO C – Protocolo de Diagnóstico Diferencial da Demências na Atenção Básica à Saúde	34

1 INTRODUÇÃO

A Saúde da Família consiste na estratégia de maior impacto na saúde brasileira, a nível de atenção básica. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, em 2011 já existiam mais de 32.000 equipes de Estratégia de Saúde da Família, cobrindo mais de 75% da área do território nacional com serviços de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e atividades como imunizações, rastreamento, vigilância de doenças e controle dos fatores de risco populacionais.

O Brasil vive um processo de transição epidemiológica e demográfica desde a segunda metade do século XX. No contexto dessa transformação, observa-se, entre outras características, uma tendência a redução das taxas de mortalidade em geral, possibilitando aumento da esperança de vida da população(CASSENTE; LOUVISON, 2012).

O processo de transição demográfica e epidemiológica no Brasil alerta para o aumento da prevalência de doenças típicas da senilidade, como as demências.A síndrome demencial geralmente é condição crônica, e como tal, tem etiologias multifatoriais, causa perda da capacidade funcional e exige atenção contínua como forma de enfrentamento, requerendo assim, um plano de cuidado sistematizado por parte da Estratégia de Saúde da Família (MENDES, 2012).

As pirâmides etárias brasileiras, distribuição gráfica da população por faixas etárias, dão conta de que existe uma clara tendência lenta e gradual, desde 1975, do maior envelhecimento da população (BRITO, 2008).Em outras palavras, a população idosa tende a superar quantitativamente o número de jovens no país. Isso traz repercussões significativas para a Saúde Pública, para o Sistema Previdenciário, entre outros.O aumento percentual de idosos detectado nos estudos de censo se reflete proporcionalmente nas famílias, a nível municipal, dentro das comunidades adstritas às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O levantamento de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica(SIAB) em Patrocínio do Muriaé-MG, na região da Zona da Mata Mineira, revela que o número de idosos (maiores de 60 anos, segunda a Organização Mundial de Saúde - OMS)

na Zona Rural da cidade já é o segundo grupo mais expressivo, estando atrás somente da população entre 20 e 39 anos (Tabela 1).

A área total do município é de 108,47 quilômetros quadrados. A densidade demográfica do município é aproximadamente 48 habitantes por quilômetro quadrado. Entretanto, a taxa de urbanização é de 76%, isto é, a minoria da população (24%) vive numa área muito mais extensa em território (SIAB, 2014). Assim, o aumento da distância entre os domicílios e a unidade de saúde é um fator que dificulta o acesso aos serviços de saúde. No que se refere à zona rural, existem ainda barreiras geográficas como morros, estradas de terra cuja mobilidade é afetada por fenômenos naturais como as chuvas. Por tudo isso, faz-se necessário otimizar os recursos disponíveis de modo a aumentar a efetividade da assistência, sobretudo aos idosos, população de maior vulnerabilidade.

Tabela 1. Distribuição da população da Zona Rural de Patrocínio do Muriaé, por faixas etárias.

SEXO	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
MASCULINO	7	55	35	41	99	110	342	175	144	218	1226
FEMININO	14	61	34	33	91	83	356	169	138	195	1174
TOTAL	21	116	69	74	190	193	698	344	282	413	2400

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica.

Dados do SIAB (2014) demonstram que 99,6% da população da Zona Rural de Patrocínio do Muriaé é assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para serviços de saúde. Apenas 0,4% tem acesso ao Sistema de Saúde Suplementar, isto é, têm plano de saúde pago de forma autônoma ou por empresas. Isto indica, portanto, a importância da Atenção Básica como primeiro contato do usuário com o SUS, em seus diferentes níveis de cuidado, especialmente o público-alvo idoso.

O diagnóstico precoce das formas primárias de demência é determinante para um melhor prognóstico e para o sucesso da terapêutica. Segundo Laks e Telles (2011):

“A medida simples de seguir uma rotina para o diagnóstico correto pode significar a ampliação do tempo de funcionamento independente do

paciente, com inúmeras repercussões positivas sobre ele, a família e a saúde pública.”

(LAKS ; TELLES, 2011).

Quando a demência é diagnosticada, os pacientes devem serem submetidos a exame médico completo com ênfase neurológica, bem como exames complementares (bioquímicos, genéticos, de imagem, etc) quando indicados, pois entre 10 e 15% possuem condição potencialmente reversível se o tratamento for iniciado antes de lesão permanente do SNC. Com atenção psicossocial e tratamento farmacológico, os sintomas podem progredir lentamente por um tempo ou até retroceder (principalmente nas causas reversíveis, como hidrocefalia de pressão normal, hipotireoidismo e tumores cerebrais). A idade de início e a rapidez da progressão depende do tipo de demência e dentro da idiosincrasia da evolução em cada paciente. A evolução desassistida traz sérios prejuízos aos pacientes nas fases terminais da doença, que se tornam profundamente desorientados, incoerentes, amnésicos e incontinentes de urina e fezes (SADOCK ; SADOCK, p. 371).

Os prejuízos da evolução desassistida se estendem também a toda a família, uma vez que o paciente se torna extremamente dependente de assistência contínua, através de um ou mais cuidadores. Os custos se elevam pois além do próprio paciente estar economicamente inativo, seu cuidador também, o que demanda ainda mais gastos. Além disso há o desgaste emocional, uma vez que o déficit cognitivo causa também alterações do comportamento responsáveis por disfunção familiar. O acompanhamento multiprofissional em saúde (com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, etc.) nas fases precoces da doença sabidamente prolonga a funcionalidade do paciente, através do estímulo neurotrófico sinérgico à neuroplasticidade cerebral.

Assim, a Política de Saúde do Idoso deve prever estratégias para promoção da saúde na terceira idade, prevenção e reabilitação das síndromes demenciais (sobretudo as reversíveis) devido a sua prevalência no público idoso, de forma a prevenir os subsequentes prejuízos persistentes nas atividades sociais decorrentes destas condições quando instaladas em graus avançados.

O modelo de assistência à saúde previsto pelo SUS na Estratégia de Saúde da Família, com a vantagem da longitudinalidade da atenção, pelo vínculo e responsabilização pelo paciente, pelo acompanhamento contínuo e proativo, pelo

próprio trabalho multiprofissional através de equipe integrada, reúne em potencial as características adequadas para diagnóstico e acompanhamento desses pacientes portadores de demência. Este cuidado evitaria, por exemplo, a institucionalização do paciente, reduzindo os custos públicos de internações hospitalares.

2 JUSTIFICATIVA

A relevância deste projeto se justifica pela possibilidade de implantar um modelo substitutivo ao modelo fragmentado de assistência à saúde do idoso, no que se refere às síndromes demenciais, causando transformação do processo de trabalho baseado em certos preconceitos em relação ao idoso, tais como a rotulação de irreversibilidade das condições de saúde dos mesmos, sem adequada avaliação das possibilidades terapêuticas atualmente disponíveis no SUS. Assim, quando há passividade em relação à assistência, os idosos desenvolvem complicações da demência em todas as áreas da cognição. Não apenas o prejuízo clássico da memória, mas também na orientação, atenção, linguagem, funções visoespaciais, funções executivas, controle motor e praxia.

A particularidade de atingir predominantemente o público idoso chama atenção para o princípio da equidade, previsto pelo SUS (FARIA et. al., 2010). Este visa à diminuição das desigualdades e injustiças sociais na distribuição dos serviços, investindo mais onde a carência é maior (CUNHA ; CUNHA, 2010). Se estimarmos a prevalência geral na população rural de Patrocínio do Muriaé, serão encontrados pelo menos 29 idosos portadores de demência na população adstrita pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) José Franklin, sendo que a maioria deles ainda sem diagnóstico confirmado através de anamnese, exame físico, testes neuropsicológicos e exames complementares. Considerando que a investigação adequada das síndromes clínicas diz respeito ao bem-estar do paciente, incluso no princípio da beneficência, um tratamento precoce permite ganho de autonomia para o paciente, fazendo justiça a sua necessidade de dispor da saúde como um meio para exercer suas potencialidades de vida. Evidencia-se, portanto, a importância desse projeto de intervenção, uma vez que os resultados do mesmo servirão de subsídio para o planejamento e o desenvolvimento de ações integrais para a saúde do idoso.

A carência de acesso a consultas ambulatoriais especializadas com neurologista talvez seja um dos fatores determinantes do subdiagnóstico das demências, o que requer o enfrentamento dessa situação a partir da capacitação dos médicos generalistas e de saúde da família para a sistematização da assistência a esses pacientes, por meio da educação permanente em saúde.

Segundo Favaro ; Bismark (2013), uma questão central na Saúde do Idoso é um exame crítico das aparentes dicotomias entre a neurodegeneração normal e anormal. O saber popular de doenças como a de Alzheimer tem um lado positivo, mas também traz consigo o equívoco da rotulação precoce de pacientes hígidos com transtornos amnésicos diversos, bem como a desatenção, por exemplo, a sintomas precoces da doença de Alzheimer em pacientes realmente portadores dessa demência. Assim, é fundamental a sistematização da abordagem dos quadros demenciais dentro de uma população adscrita à Estratégia de Saúde da Família também por meio do trabalho de educação permanente em saúde envolvendo capacitação de todos os profissionais que assistem os idosos, para um cuidado mais resolutivo desde a atenção básica, reduzindo a necessidade de encaminhamento.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Sistematizar a abordagem diagnóstica e diferencial das síndromes demenciais na cidade de Patrocínio do Muriaé/MG, estimulando a assistência precoce a indivíduos que possuem essa condição.

Objetivos Específicos:

- Capacitar Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e profissionais da enfermagem (informantes-chave) a respeito dos sinais e sintomas de demência em idosos, com foco construtivista-interacionista (Educação Permanente em Saúde).

- Elaborar um questionário prático semi-estruturado para aplicação pelos Agentes Comunitários de Saúde nos pacientes idosos do território de abrangência da UBSF José Franklin (Triagem e Busca Ativa).

- Elaborar protocolo para diagnóstico diferencial das demências para médicos generalistas e de saúde da família, aplicado ao contexto da atenção básica à saúde (Diagnóstico e Assistência Precoce).

- Aplicar o protocolo nos pacientes triados positivamente no questionário semi-estruturado básico, com vistas a acompanhamento (Gestão de Casos).

- Firmar convênio com clínicas de exames complementares ou centros de referência em neurologia para realização de testes genéticos e de neuroimagem, quando indicados na investigação complementar.

- Em caso de sucesso, divulgar e distribuir cópias do protocolo em todos os serviços de atenção primária da cidade para aplicação descentralizada (Sistemas de Informação em Saúde).

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção proposto consiste num estudo longitudinal prospectivo da população idosa da zona rural de Patrocínio do Muriaé/MG. A escolha do tema pelo Método da Estimativa Rápida levou em consideração registros do SIAB e prontuários, entrevistas informais com profissionais da atenção básica, cuidadores de idosos e observação ativa durante visitas domiciliares entre 1º de junho e 06 de julho de 2014.

O perfil de planejamento para este projeto está sendo realizado levando em consideração as necessidades e demandas dos pacientes idosos, de seus cuidadores familiares e das inferências destes em relação à equipe de saúde, num projeto participativo comunitário na busca de soluções e efetividade do cuidado aos idosos portadores de demência na atenção básica à saúde.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) e cronograma preliminar está exposto na tabela a seguir:

Tabela 3 – Planejamento Estratégico Situacional do Projeto de Intervenção

Momento do PES	Período	Atividade
Explicativo	01/06/14 a 06/07/14	Conhecimento e Definição da Situação-Problema
Normativo	07/07/14 a 31/07/14	Elaboração da Proposta da Solução (Projeto de Intervenção)
Estratégico	01/08/14 a 01/11/14	Capacitação dos informantes-chave. Elaboração do questionário semi-estruturado de triagem. Elaboração do Protocolo Médico.
Tático-Operacional	02/11/14 <i>ad infinitum</i>	Execução do Plano. Acompanhamento e

		avaliação contínua do plano conforme resultados e metas.
--	--	--

A capacitação dos profissionais da saúde envolvidos no projeto de intervenção ocorreu a partir da marcação de reuniões administrativas em mesa redonda, com o objetivo de especular inicialmente que saberes os profissionais possuem a respeito da demência. Houve a capacitação a partir de um processo dialógico envolvendo relatos de experiências, discussão de casos clínicos e leitura de artigos científicos sobre demência e seus fatores causais.

O questionário de triagem foi elaborado baseado nos achados básicos e comuns a todas as demências, independentemente de sua etiologia específica. Como toda triagem, esta entrevista com o paciente não tem finalidade diagnóstica, mas terá grande sensibilidade na identificação dos pacientes suspeitos. Os idosos selecionados no questionário de triagem estão sendo submetidos a avaliação médica minuciosa para demência e seus diagnósticos diferenciais posteriormente, em visitas domiciliares ou consultas ambulatoriais agendadas. Todos os pacientes são idosos e residentes nas microáreas da zona rural da cidade de Patrocínio do Muriaé (MG).

O referencial teórico para a elaboração do protocolo médico, por sua vez, foi obtido por meio de pesquisas diretas em livros didáticos de neurologia e psiquiatria, bases de dados de periódicos científicos de renome nacional e internacional e revisões sistemáticas de artigos disponíveis na literatura. Os bancos de dados acessados foram: PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Virtual da NESCOM/UFMG. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados para busca serão: Demência; Saúde do Idoso; Diagnóstico Diferencial. O diagnóstico sindrômico e diferencial das demências será clínico e através de exames complementares. A abordagem e manejo dos pacientes está sendo baseada em Evidências dos bancos de dados citados acima.

A aplicação do protocolo que foi resultado dessa ampla revisão de literatura está resultando na organização do serviço, com sistematização e aumento da efetividade na assistência aos portadores de demência no território de abrangência proposto. Dessa forma, pacientes estão recebendo diagnóstico etiológico provável e a conduta correspondente a sua condição. Assim, portadores de demência reversível estão recebendo imediatamente tratamento específico para a sua

condição de saúde. Os portadores de demências sequelares ou primárias estão tendo assistência para prevenir complicações e estímulo a reabilitação cognitiva através de acompanhamento multiprofissional.

Este protocolo foi distribuído nas outras duas unidades de saúde da família da cidade, para a aplicação do mesmo com a cobertura de toda a população de Patrocínio do Muriaé/MG. Os profissionais da saúde básica estão capacitados a identificar precocemente os sintomas e sinais de síndromes demenciais, reduzindo o tempo ao mínimo necessário entre a suspeita, o diagnóstico e o tratamento. Assim, as causas reversíveis serão prontamente tratadas ocasionando reversão da demência e melhora da qualidade de vida do paciente. Aqueles com demências primárias serão acompanhados de forma multiprofissional e com suporte clínico-farmacológico retardando a evolução natural da doença, garantindo a autonomia por mais tempo.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Alguns aspectos neuropsiquiátricos do idoso são diferentes dos adultos jovens. Existem evidências em relação à presença de fatores estressores mais frequentes e mais intensos, entre eles pode-se citar:

“Doenças físicas crônicas, o uso de medicações, a perda de autonomia e mudanças na imagem corporal. Há também fatores estressores sociais e familiares, como a aposentadoria ou a morte do cônjuge, que trazem isolamento e privação psicológica. Como fator biológico significativo, deve-se levar em consideração também o aumento da prevalência das demências, que, muitas vezes são precedidas por sintomas depressivos e ansiosos.”

(FAVARO ; BISMARCK, 2013, p.285).

Segundo Sadock ; Sadock (2007), no envelhecimento ocorre declínio gradual no desempenho funcional orgânico de um modo sistêmico. Entretanto, destaca-se que as disfunções não ocorrem de forma linear, ocorrendo conforme interferência de alguns fatores, como por exemplo a genética e fatores ambientais (por exemplo tabagismo, exposição à radiação, etc). Porém, é um mito quando se afirma que a velhice está invariavelmente associada a alguma enfermidade intelectual e física profunda (SADOCK ; SADOCK, 2007, p. 69).

Os quadros demenciais são caracterizados por comprometimento progressivo da função cognitiva, sobretudo do componente mnêmico (memória), e por pelo menos uma das seguintes alterações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou outra alteração do funcionamento cognitivo. Estes déficits cognitivos devem ser significativos o suficiente para comprometer o funcionamento ocupacional ou social do paciente (American Psychiatric Association, 2002). Os transtornos amnésicos do envelhecimento normal, dito esquecimento benigno senescente, distingue-se da demência por sua menor gravidade, não interferindo de forma insidiosa no comportamento social e ocupacional da pessoa (SADOCK ; SADOCK, 2007).

A síndrome demencial pode ter causas reversíveis e irreversíveis. É necessário o afastamento por exclusão de alterações metabólicas, hormonais, infecciosas, intoxicações, deficiências nutricionais, entre outras, para que se possa aventar o diagnóstico de uma demência primária como a Doença de Alzheimer (GALLUCI et al., 2005).

Devido à história natural da demência ser geralmente progressiva, deve haver um declínio real da função cognitiva quando comparada a um nível anterior de funcionamento. O modelo de atenção à saúde previsto pela Estratégia de Saúde da Família, devido ao seu caráter de seguimento contínuo e proativo, seria o modelo ideal para notar essas alterações cognitivas de padrão gradativo mas com nível de consciência estável (MINAS GERAIS, 2011). Também devido ao suporte *in loco*, a equipe que trabalha de forma integrada é capaz de perceber de forma mais precoce as alterações sofridas pelos pacientes, seja por meio das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde ou do próprio médico assistente.

Apesar do diagnóstico definitivo das demências ser histopatológico *post mortem*, a avaliação clínica minuciosa e aprofundada associada a exames bioquímicos e de neuroimagem aumentam a acurácia do diagnóstico em até 90% (LAKS ; TELLES, 2011). Além disso, atualmente temos exames genéticos como ferramentas importantes no diagnóstico das demências primárias, facilitando a determinação etiológica de demências com espectro clínico indeterminado ou misto. Cito o exemplo da demência da doença de Alzheimer, no qual a análise dos genes PS-1, APP, PS-2 e apoE (nos cromossomos 14 e 21) permite não apenas determinar subtipos específicos da demência de Alzheimer, mas também a precocidade ou não do início da sintomatologia (SADOCK ;SADOCK, 2007).

Demência é muito comum na população idosa, com prevalência que dobra a cada cinco anos, aproximadamente, a partir dos 65 anos (NITRINI ; CARAMELLI, 2008). Um estudo em São Paulo realizado por Herrera et al (2002) observou prevalência crescente da demência conforme aumento da idade (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de demência em função da idade em Catanduva, SP, Brasil.

Idade	Demência (%)
65-69	1,3
70-74	3,4
75-79	6,7
80-84	17,0
85+	37,8
Total	7,1

Fonte: Herrera et. al, 2002.

Isso ocorre devido ao fato de que as doenças que causam demência acometem mais esse público idoso, que é de maior risco para afecções vasculares, neurodegenerativas, entre outros. Nesse sentido, a demência pode ser compreendida como o processo final de uma série de agressões ao Sistema Nervoso Central (SNC), que podem ter uma única ou múltiplas etiologias associadas (NITRINI et al, 2008).

Assim, entre as demências mais frequentes podemos citar as degenerativas primárias sobretudo a Doença de Alzheimer. Mas existem outras primárias como a Demência Frontotemporal, as Parkinson-plus e as demências subcorticais como a causada pela Doença de Huntington. Em segundo plano de prevalência, temos as demências vasculares e em terceiro e quarto plano as demências lesionais e tóxico-metabólicas, respectivamente (GALLUCI et al., 2005).

Não existem evidências científicas sobre fatores de risco para as demências primárias (Doença de Alzheimer, Demência Frontotemporal, Demência por Corpos de Lewy, etc.), com exceção da própria idade, como foi citado anteriormente. Nesses casos, segundo o sistema idealizado por Mendes (2007), a gestão dessas condições e casos ocorreriam no nível 3. Isto é, a atenção primária se ocuparia do diagnóstico precoce e gestão da condição crônica desde quando ela apresenta um risco baixo ou médio para o paciente, interferindo positivamente na qualidade de vida do mesmo.

Já nas demências reversíveis, de causa secundária tóxico-metabólica, infecciosa, neoplásica ou cerebrovascular, o nível de cuidado poderia ser mais precoce, nos níveis 1 e 2 (MENDES, 2007). Ou seja, promoção da saúde e prevenção de fatores de risco evitáveis ou controláveis, tais como hipertensão, sedentarismo, tabagismo, entre outros determinantes proximais, intermediários e distais da saúde (FARIA et. al, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano com as operações e suas respectivas ações estratégicas para a resolução do nós críticos do problema estão resumidas no Plano Operativo abaixo (Tabela 4).

Tabela 4. Plano Operativo

Operações	Resultados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
+Saber	Informantes-chave (ACS, cuidadores de idosos) prontos para reconhecer pacientes suspeitos.	-Capacitação dos informantes-chave. - Mesa redonda para discussão de casos. -Relato de experiências. -Leitura de artigos científicos.	Francisco Cabral e Aline Miranda	01/08/14 a 01/11/14
+Triagem	Facilitar a triagem de pacientes.	Elaboração de questionário de triagem semi-estruturado, claro e objetivo.	Francisco Cabral	01/08/14 a 01/11/14
+Diagnóstico	Padronizar a assistência diagnóstica das demências.	Protocolo de diagnóstico sindrômico e diferencial das demências.	Francisco Cabral	01/08/14 a 01/11/14
+Saúde	Meta de triagem de 100% dos idosos da área de abrangência em 6 meses.	- Aplicação do questionário semi-estruturado para triagem. - Aplicação do	Agentes Comunitários de Saúde Francisco	02/11/14 a 03/11/15 Início das ações em

	<p>Meta de diagnóstico diferencial em 50% dos triados em 6 meses.</p> <p>- Profilaxia secundária eficiente nos casos de demência, com o menor tempo possível entre a suspeita, o diagnóstico e o tratamento de suporte ou definitivo.</p>	<p>protocolo de diagnóstico diferencial.</p> <p>- Convênio do município com laboratório de exames bioquímico-genéticos e neuroimagem.</p> <p>- Convênio intermunicipal para serviços de referência em neurologia ou outras especialidades, conforme etiologia da demência.</p>	<p>Cabral, José Rogato, Manoel Christian Petrezi Pablo Emílio Christian Petrezi Pablo Emílio</p>	<p>04/11/15, com continuidade da atenção.</p> <p>01/08/14 a 01/11/14</p>
Sempre Bem	<p>Acompanhamento contínuo e proativo dos portadores de demência.</p> <p>Dinamização do projeto conforme resultados e metas</p>	<p>Visitas domiciliares periódicas para pacientes portadores de demência.</p> <p>Acompanhamento do impacto e resultado do tratamento na qualidade de vida dos pacientes.</p>	<p>Agentes Comunitários de Saúde Francisco Cabral Aline Miranda</p>	<p>Início tão logo o diagnóstico tenha sido presumido.</p>

É necessário governabilidade para a obtenção dos recursos necessários à implementação do projeto, como também treinamento de seus agentes. Eventuais ajustes serão realizados na medida que os resultados forem sendo obtidos, uma vez que a dinamicidade, a complexidade e a reflexão contínua fazem parte do próprio processo e gestão do trabalho em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As síndromes demenciais afetam diretamente a qualidade de vida de seus portadores, devido a sua característica de evolução progressiva do comprometimento cognitivo. O ônus se estende aos familiares, desestruturando os papéis sociais e gerando dificuldades no contexto da dinâmica familiar. O diagnóstico deve ser o mais precoce possível, a fim de garantir tratamento eficaz, uma vez que a evolução desassistida está relacionada a pior prognóstico.

A Estratégia de Saúde da Família propicia uma série de elementos que favorecem não só o diagnóstico precoce dos pacientes portadores de demência, mas também o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, dentro da própria Atenção Primária.

O projeto de intervenção prevê a adoção de uma série de propostas para sistematizar a atenção aos pacientes com suposto déficit cognitivo, entre elas: capacitação de profissionais de saúde, triagem para seleção de pacientes, consultas médicas com ênfase neurológica, realização de protocolos e exames complementares, orientação de familiares e elaboração de um plano terapêutico.

O tratamento da demência já estabelecida deve ser também realizado de forma individualizada, direcionado para a causa específica. No caso das demências primárias, além dos cuidados gerais aos pacientes (envolvendo equipe multiprofissional), faz parte também o tratamento farmacológico com medicações como os inibidores da colinesterase e os bloqueadores de receptores de NMDA e, claro, educação e apoio aos familiares e cuidadores do paciente.

REFERÊNCIAS

- CASSENTE, A.J.F.; LOUVISON, M. Principais temas em Epidemiologia para residência médica. 1ª Edição. São Paulo, SP: Medcel, 2012. cap. 7, p. 97-103.
- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em:13 dez. 2014.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 13 dez. 2014.
- BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. v.25, n.1, p.25-26, 2008.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A.**Planejamento e avaliação das ações em saúde**.Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 13 dez. 2014.
- CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 13 dez. 2014.
- FAVARO, V.F.; BISMARCK, M.A von. Peculiaridades da psiquiatria no idoso. In: MANSUR, C.G. (Org.). Psiquiatria para o médico generalista. Porto Alegre, RS: Artmed, 2013. cap. 16, p.285-307.
- SADOCK, B.J & SADOCK, V.A. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica; trad. Claudia Dornelles et al. 9ª edição. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007. cap. 2, p.69-70.
- _____. _____. cap. 10. p. 371.
- GALLUCI N.; TAMELINI M.G.; FORLENZA, O.V. Diagnóstico diferencial das demências. Revista de Psiquiatria Clínica, v.32, n.3, p.119-130, 2005.
- LAKS, J.; TELLES, L.L.. Demências. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO (Org.). Bases Biológicas dos transtornos psiquiátricos: uma abordagem translacional. São Paulo, SP: Artmed, 2011. cap.18, p. 275-287.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Demências. In: NITRINI, R.; BACHESCHI, L.A (Org.) A Neurologia que todo médico deve saber. São Paulo, SP: Atheneu, 2008. cap. 15, p. 323-340.

HERRERA Jr. E.; CARAMELLI P.; SILVEIRA, A.S.B., NITRINI, R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 16:103-108, 2002.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Redes de Atenção à saúde e Regulação Assistencial. Guia do participante. Belo Horizonte, MG: ESPMG, 2011. Disponível em: <http://ebookbrowsee.net/pdaps-oficina-2-pbh-participante-pdf-d53034412>

MENDES, E.V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2014.

FARIA, H.P de; WERNECK M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. Processo de trabalho em Saúde. 2ª edição. Belo Horizonte, MG: NESCON/UFMG/COOPEMED, 2010. p. 68.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

FARIA, H.P de; COELHO, I.B.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A. Modelo assistencial e atenção básica em saúde. 2ª edição. Belo Horizonte, MG: NESCON/UFMG/COOPEMED, 2010. p. 68.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: Princípios In: CAMPOS, F.E.; TONON, L.M.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. (Org.). Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, MG: Coopmed (Caderno de Saúde 2), 2010.

ANEXO A – Mini-Exame do Estado Mental (Triagem).

Orientação TemporalEspacial–questão2.aaté2.jpontuando1paracadaresposta correta,máximode10pontos.

Registros–questão3.1 até3.dpontuaçãoomáximade3pontos.

Atençãoecálculo–questão4.1até4.fpontuaçãoomáxima5pontos.

Lembrançaou memóriaadeevocação–5.aaté5.dpontuaçãoomáxima3pontos.

Linguagem–questão5atéquestão10,pontuaçãoomáxima9pontos.

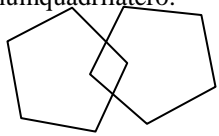
Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: // _____ Avaliador: .

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação TemporalEspacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana?1 Diado mês?1 Mês?1 Ano?1 Hora aproximada?1</p> <p>2. Onde estamos? Local?1 Instituição (casa, rua)?1 Bairro?1 Cidade?1 Estado?1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta 2</p> <p>6. Faça o paciente repetir “nemaqui, nemali, nem lá”. 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto fazendo sentido). (Ignore erros de ortografia e marcar ponto) 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. 5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.  1</p>
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão</p> <p>2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. 3</p>	

ANEXO B - Questionário Funcional de Atividades Básicas de Vida de Katz (Triagem).

Atividades	Descrições	Sim/Não
Banhar-se	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.	
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	
Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).	
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)	
Continência	Controla completamente urina e fezes	
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).	

Modificada de Katz, S.; Downs, TD.; Cash HR. et al. Gerontologist, 10:20-30, 1970.

Total:

ANEXO C - Protocolo de Diagnóstico Diferencial das Demências na Atenção Básica à Saúde.

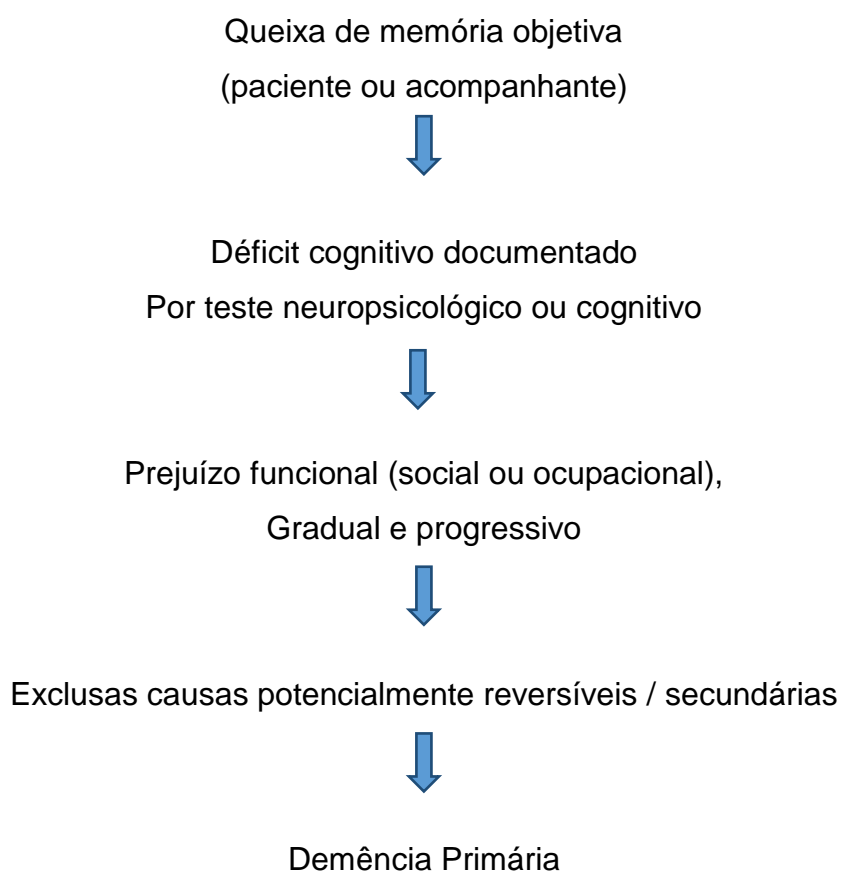
A demência caracteriza-se por **déficit cognitivo múltiplo/global** que inclui comprometimento da **memória** na presença de nível estável de consciência.

Cognição → Ato ou processo de **conhecer**.

Domínios da cognição: pensamento; atenção/concentração; raciocínio; a memória; o juízo/julgamento; a imaginação; o discurso; a percepção visual e auditiva; a aprendizagem; as emoções.

Para haver demência, é necessário haver um **declínio considerável**, comparado ao nível de funcionamento anterior, com **comprometimento significativo no funcionamento social ou ocupacional**.

O transtorno pode ser progressivo ou estático, permanente (85%) ou reversível (15%). Sempre se supões causa subjacente. A reversibilidade potencial está relacionada à condição patológica subjacente e à aplicação de tratamento definitivo.



Sintomas/sinais sugestivos de demência (relatados pelo paciente, por acompanhante ou cuidador): perturbação do processo ideativo-associativo, da

memória e da orientação (ou outros processos cognitivos), com declínio considerável dessas funções cognitivas em relação a um nível anterior de funcionamento, nível de consciência preservada e prejuízo ocupacional e/ou funcional.

1º - falhas de memória e desorientação.

2º - alterações comportamentais (perversões sexuais, depravações éticas, delinquência por indução, planejamento falho).

Outros: dissolução de estruturas intelectivas (pensamento pobre, dificuldade de compreensão, perseveração, monoideísmo, hipoprosexia).

3º - incapacidade de autocuidar-se.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO = SINTOMAS/SINAIS + MINIEXAME DO ESTADO MENTAL ALTERADO* (corrigido por anos de estudo).

Alteração no Questionário Funcional de Atividades Básicas de Katz* sugere nível avançado de doença.

*** O diagnóstico diferencial é obrigatório não só para confirmar a síndrome mas também para definir doenças específicas e seu tratamento.**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deve ser inicialmente amplo, e posteriormente direcionado para as principais hipóteses, levando em consideração a anamnese detalhada e o exame físico do(a) paciente com ênfase neurológica.

-

DOENÇA DE ALZHEIMER (DA) – Principal demência (60%). Origem Primária.

Apresentação e curso: Início insidioso e deterioração progressiva.

Marco: Prejuízo da memória. **Inicialmente** episódica, associada a dificuldades na aquisição de novas habilidades. Evolui com prejuízo de outras funções cognitivas: julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades visuo-espaciais. **Estágios intermediários:** afasia fluente, apraxia. **Estágios avançados:** alterações do ciclo sono-vigília, alterações comportamentais (irritabilidade, agressividade), sintomas psicóticos, incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais).

Diagnóstico definitivo: histopatológico. Placas senis com proteína beta-amilóide e emaranhados neurofibrilares. Outros: perda neuronal de camadas piramidais do córtex cerebral e degenerações sinápticas em nível hipocampal e neocortical.

OBS: Neuroimagem ajuda a excluir causas reversíveis e identifica estágio de evolução da doença. Imunodiagnóstico e marcadores moleculares (peptídeo beta-amilóide, proteína tau-hiperfosforilada no LCE) ainda em fase experimental.

Fator de Risco: idade avançada; história familiar positiva para DA (autossômica dominante).

CRITÉRIOS PARA DOENÇA DE ALZHEIMER SEGUNDO NINDS-AIREN (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke and the Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences*):

Dç de Alzheimer Provável:

- I. Demência estabelecida por exame clínico e documentada pelo Mini-Exame do Estado Mental, escala de demência de Blessed ou avaliação similar, e confirmada por testes neuropsicológicos.
- II. Déficits em duas ou mais áreas da cognição.
- III. Piora progressiva da memória e outras funções cognitivas.
- IV. Ausência de distúrbio da consciência.
- V. Início entre os 40-90 anos, mais frequentemente após os 65 anos e
- VI. Ausência de doenças sistêmicas ou outras doenças cerebrais que por si só possam provocar declínio progressivo de memória e cognição.

Reforçam a probabilidade de Dç de Alzheimer:

1. Deterioração progressiva de funções cognitivas específicas como linguagem (afasia), habilidade motora (apraxia) e percepção (agnosia).
2. Prejuízo nas atividades do dia a dia e padrões anormais de comportamento.
3. História familiar de demência (especialmente se confirmada histopatologicamente).
4. Exames laboratoriais compatíveis com o diagnóstico:
 - punção lombar: normal, pelas técnicas usuais.
 - EEG: padrão normal ou alterações inespecíficas, como aumento de ondas lentas.
 - TC crânio: atrofia cerebral, com progressão documentada em exames seriados.

Características que tornam a DA provável em incerto ou pouco provável:

-
- Início abrupto.
-

- Sinais neurológicos focais (hemiparesia, déficits sensitivos, déficits em campos visuais, distúrbio da coordenação motora) no início do curso da doença.
 - Convulsões ou distúrbios da marcha nos estágios iniciais da doença.
-

DEMÊNCIA VASCULAR (DV) – Segunda causa de demência. Origem secundária.

Apresentação: Depende da causa e localização do infarto cerebral.

Grandes vasos → demência cortical multifocal.

Pequenos vasos (infartos lacunares por HAS ou DM com isquemia de substância branca periventricular) → demência subcortical, alterações frontais, disfunção executiva, comprometimento da memória, prejuízo atencional, alterações depressivas, lentificação motora, sintomas parkinsonianos, distúrbios urinários e paralisia pseudobulbar.

Marco: Síndrome demencial do tipo córtico-subcortical, com sintomas primários relacionados a déficits nas funções executivas ou focais múltiplos. Taxas mais elevadas de depressão e comprometimento funcional, além de menor comprometimento cognitivo quando comparado a DA. Deterioração “em degrau”, curso flutuante, história prévia de HAS ou AVE, além da presença de déficits neurológicos focais.

CRITÉRIOS PARA DEMÊNCIA VASCULAR PROVÁVEL (NINDS-AIREN) – modificado.

1. Existência de demência clinicamente constatada e referenciada por testes neuropsicológicos.
2. Doença cerebrovascular (sinais focais ao exame neurológico) e evidência de doença cerebrovascular relevante em exame de imagem (TC ou RM).
3. Uma relação entre os distúrbios vasculares e o início da demência de início súbito ou em até 3 meses após um AVE reconhecido ou flutuações e progressão “em degrau” dos déficits cognitivos.

ACHADOS COMPATÍVEIS COM DV PROVÁVEL

1. Distúrbio da marcha surge de forma precoce (marcha em *petits pas*, ou robótica, apráxica-atáxica ou marcha parkinsoniana).
2. História de desequilíbrio e frequentes quedas não provocadas.

3. Urgência urinária e outros sintomas não urinários não explicados por doença urológica.
4. Paralisia pseudobulbar.
5. Mudanças na personalidade e no humor.

ACHADOS QUE TORNAM O DIAGNÓSTICO DE DV INCERTO OU POUCO PROVÁVEL

1. Início precoce do déficit amnésico e piora progressiva da memória e outras funções cognitivas como linguagem, habilidade motora e percepção na ausência de lesões focais em exame de imagem.
 2. Ausência de sinais neurológicos focais.
 3. Ausência de lesões cerebrovasculares em neuroimagem (TC/RM).
-

DEMÊNCIA MISTA

Marco: ocorrência simultânea de DA e DV (1/3 dos pacientes).

Apresentação e curso: deterioração clínica mais rápida.

Típico: paciente com características clínicas de DA que sobre piora abrupta acompanhado pela presença de sinais clínicos de AVE.

Ferramenta auxiliar no diagnóstico: IQCODE (entrevista com parentes e cuidadores).

DEMÊNCIA POR CORPÚSCULOS DE LEWY (DCL) (20%)

Apresentação e curso: Declínio cognitivo flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais. Rápido início e declínio progressivo, com déficits proeminentes em função executiva, resolução de problemas, fluência verbal e performance áudio-visual. Entre os sintomas parkinsonianos, encontra-se: hipomimia, bradicinesia, rigidez e tremor de repouso. Sensibilidade a neurolépticos, quedas e síncope.

Obs: excluir casos em que o parkinsonismo precede a síndrome demencial em mais de 12 meses.

Obs: neuropatologia: corpúsculos de Lewy (inclusões citoplasmáticas eosinofílicas hialinas) em córtex cerebral e tronco encefálico. Presença de placas senis e emaranhados neurofibrilares, como na DA.

Marco: alucinações visuais (diferenciando de DA e DV).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA POR CORPÚSCULOS DE LEWY, SEGUNDO MCKEITH ET AL – modificado.

1. Existência de demência clinicamente constatada e referenciada por testes neuropsicológicos. Prejuízo persistente de memória pode não ocorrer necessariamente nas fases iniciais, mas é evidente em sua evolução. Déficits atencionais e de habilidades fronto-subcorticais e visuoespaciais podem ser proeminentes.
2. Pelo menos dois dos seguintes (a,b,c):
 - a) Cognição flutuante, com ênfase em atenção flutuante e no estado de alerta.
 - b) Alucinações visuais recorrentes que são tipicamente bem formadas e detalhadas.
 - c) Características motoras espontâneas de parkinsonismo.

Dão suporte ao diagnóstico de DCL: quedas repetidas, síncope, perda transitória da consciência, sensibilidade a neurolépticos, delírios sistematizados, alucinações em outras modalidades.

O diagnóstico de DCL é menos provável na presença de: AVE (sinal neurológico focal ou neuroimagem), evidência no exame físico de qualquer outra doença que explique o quadro clínico.

DEMÊNCIA FRONTOTEMPORAL (DFT)

Marco: disfunção dos lobos frontais e temporais (associada a atrofia) e relativa preservação das regiões cerebrais posteriores (parietais e occipital). Disso resulta discreto comprometimento da memória episódica inicialmente, mas **importantes alterações comportamentais**.

Apresentação e curso: Déficit de memória episódica, mudanças precoces na conduta social, desinibição, rigidez e inflexibilidade mentais, hiperoralidade, comportamento estereotipado e perseverante, exploração incontida de objetos no ambiente, distraibilidade, impulsividade, falta de persistência e perda precoce da crítica.

Ex. Neuropatológico: achados heterogêneos. Corpúsculos de Pick (não patognomônicos).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DFT (NINDS-AIREN):

1. Distúrbios do comportamento (início insidioso e progressão lenta; perda precoce da consciência pessoal e social; sinais precoces de desinibição; rigidez mental e inflexibilidade; hiperoralidade; comportamento estereotipado e perseverativo; comportamento de utilização; distraibilidade; impulsividade.
2. Sintomas afetivos (depressão, ansiedade, ideação suicida, delírios, hipocondria, indiferença emocional).
3. Distúrbio da fala (fala estereotipada, mutismo espontâneo tardio, ecolalia).
4. Orientação espacial e praxia preservadas.
5. Sintomas físicos (reflexos primitivos precoces; incontinência precoce; acinesia tardia; rigidez, tremor; PA frágil e lábio).
6. Investigações complementares:

EEG: Normal apesar de demência clinicamente evidente.

Ex. imagem (estrutural ou funcional ou ambos): anormalidade predominantemente frontal ou temporal anterior ou frontotemporal.

Ex. neuropsicológico: graves prejuízos nos testes dos lobos frontais, na ausência de amnésia significativa, afasia ou distúrbio espacial.

Dão suporte ao Diagnóstico>

- Início antes dos 65 anos
- História familiar positiva em parente 1º grau
- Paralisia bulbar, fraqueza muscular, fasciculações (dç do neurônio motor).

Características incompatíveis com o diagnóstico:

- Início abrupto e eventos ictais.
- TCE relacionado ao evento.
- Amnésia precoce e importante.
- Desorientação espacial precoce, desorientação em ambientes familiares, dificuldade para localizar objetos.
- Apraxia precoce e importante.
- EEG significativamente anormal em estágios iniciais ou ex. imagem est. Ou funcional com alterações predominantes em estruturas pós-centrais; lesões multifocais na TC/RM.

- Testes laboratoriais indicando envolvimento cerebral ou dç inflamatória (como esclerose múltipla, sífilis, AIDS e encefalite herpética).
 - Pouco provável: alcoolismo crônico, HAS, HPP de dç vascular (angina,, CI).
-

DOENÇA DE HUNTINGTON (DH)

Demência torna-se usualmente aparentemente após o surgimento dos sintomas coreicos e psiquiátricos. A memória é afetada em todos os aspectos e o aparecimento de afasia, apraxia e agnosia e disfunção cognitiva global ocorrem mais tardiamente.

DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB (DCJ)

Dç causada por príons infectantes em humanos. Invariavelmente fatal. Demência rapidamente progressiva e envolvimento focal variável do córtex cerebral, gânglios da base, cerebelo, tronco cerebral e medula espinhal. Embora a transmissão de humanos para animais tenha sido demonstrada experimentalmente, a transmissão entre seres humanos parece ser rara.

DEMÊNCIAS REVERSÍVEIS

São causas raras mas importantes, pois seu tratamento pode reverter o déficit cognitivo.

HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL(Idiopática ou secundária a meningite, hemorragia subaracnóidea ou outra causa que diminua absorção liquórica).

Tríade Clássica: Demência + Ataxia + Incontinência Urinária.

Demência leve e de início insidioso, precedida por distúrbio da marcha e incontinência urinária.

PELAGRA

Deficiência do ácido nicotínico (niacina) – vit. B3.

Quadro clínico: diarreia, glossite, anemia e lesões cutâneas eritematosas.

Obs: pode produzir também psicose, *delirium*, sinais cerebelares e extrapiramidais, polineuropatia e neuropatia óptica.



DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 (cianocobalamina)

Causa rara de demência reversível e psicose orgânica. Disfunção cognitiva global. As manifestações psiquiátricas são proeminentes.

HIPOTIREOIDISMO

Causa de demência reversível e psicose crônica.

DEPRESSÃO

Quadro que mais gera confusão diagnóstica com demência. A distinção torna-se obrigatória. Além disso, ficar atento para o fato do humor depressivo ser um sintoma de demência e, não raramente, ambas as situações coexistirem.

Demência com sintomas depressivos: início insidioso, sintomas geralmente de longa duração, flutuação do humor e do comportamento, justificativa dos erros cometidos, minimização dos déficits pelo paciente, déficits cognitivos relativamente estáveis.

Depressão com déficits cognitivos: início agudo, sintomas geralmente de curta duração, humor persistentemente deprimido, respostas vagas e evasivas do tipo “não sei”, (hiper)valorização dos déficits, flutuação dos déficits cognitivos.

DEMÊNCIAS INFECCIOSAS

COMPLEXO AIDS-DEMÊNCIA

É a complicação neurológica mais comum da síndrome. Ocorre mais nos estágios avançados da doença. Entretanto, pode ser uma das apresentações iniciais da AIDS.

NEUROSSÍFILIS

Síndromes demenciais atípicas ou com manifestações frontais, particularmente em populações menos favorecidas socialmente.

ENCEFALITE HERPÉTICA

Prognóstico desfavorável se não tratada precocemente. Metade dos pacientes morrem em dias ou poucas semanas. Dos que sobrevivem, a maioria tem sequelas significativas.

NEUROCISTICERCOSE

Doença endêmica em nosso meio e pode levar a comprometimento cognitivo por inflamação crônica das meninges, hidrocefalia obstrutiva e pela presença dos cistos corticais.

ALCOOLISMO

Algumas complicações do alcoolismo podem causar demência. Estas incluem o hematoma subdural crônico por TCE, a degeneração hepatocerebral por cirrose hepática e deficiências nutricionais como a:

Síndrome de Wernicke-Korsakoff – Deficiência de Tiamina (vit. B1)

Associada ao uso crônico do álcool. Transtorno neurológico agudo com ataxia, disfunção vestibular, delírio e pela variedade de anormalidades da motricidade ocular. Se não tratada adequadamente pode evoluir para a síndrome amnésica crônica de Korsakoff, onde os aspectos essenciais são o prejuízo grave de memória recente e aprendizado, com pobre resposta ao tratamento.

OUTRAS ETIOLOGIAS

Demências Subcorticais: Doença de Wilson.

Degeneração lobar frontotemporal: Doença de Pick; Afasia Progressiva Primária; Afasia não-fluente.

Parkinson-plus: Demência na doença de Parkinson; Paralisia supranuclear progressiva; degeneração corticobasal; atrofia de múltiplos sistemas.

Doenças priônicas: Insônia familiar fatal; Doença de Gertsman-Straussler-Scheinker.

Demências lesionais – Traumáticas (demência pugilística, TCE), lesões cerebrais focais (tumores SNC, hematoma subdural, Esclerose múltipla), infecciosas (sarcoidose, meningoencefalite criptocócica, tuberculosa, fúngica, encefalites víricas), inflamatórias (vasculites do SNC, LES).

Demências tóxico-metabólicas – metais pesados, gases tóxicos, crônicas (anemia, DPOC), distúrbios hipofisários-adrenais, estados pós hipoglicêmicos, encefalopatia hepática progressiva crônica, uremia crônica (demência dialítica).

Demências nutricionais – ácido fólico, etc.