

DANIELA PRUNES REGI

**O IDOSO DEMENCIADO E SEU IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA:
ESTAMOS PREPARADOS?**

CAMPINAS
2006

DANIELA PRUNES REGI

**O IDOSO DEMENCIADO E SEU IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA:
ESTAMOS PREPARADOS?**

Monografia realizada como conclusão do curso de Pós-graduação em Saúde Geriátrica oferecida pela METROCAMP.

ORIENTADORES: Armando Miguel Junior
Antonio Carlos Leitão Campos Castro

CAMPINAS
2006

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Ricardo e Maria Aparecida, por sempre estarem me apoiando e me orientando nas decisões importantes da minha vida e pelo amor, carinho, amizade, compreensão e paciência que sempre tiveram comigo, pois sem isso não estaria aqui.
À minha avó, Hilda, que me ensinou a importância da família e do respeito ao próximo. E que sempre vem nos mostrando que o ato de envelhecer pode ser prazeroso.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor e Doutor Armando Miguel Junior que me mostrou um pouco mais da Geriatria, me incentivando a seguir em frente nessa área, e acima de tudo pela paciência que teve comigo durante o curso. Não sei se conseguiria sem você.

Ao Professor e Doutor Antonio Carlos Leitão Campos Castro que mostrou como a medicina pode ser fascinante, quando se tem amor pela profissão.

Aos colegas da Pós-graduação que foram amigos e mestres, sempre me acolhendo nos momentos difíceis com paciência, atenção e preocupação, contribuindo para minha formação profissional e pessoal.

À amiga, irmã e cunhada Cristiane Alves do Nascimento, pelo apoio, amizade, companheirismo e carinho que ela sempre teve comigo.

Ao meu namorado, companheiro em todos os momentos, dividindo as mesmas alegrias e angústias na trajetória desse um ano; uma pessoa que sempre está ao meu lado e espero que sempre esteja. Obrigado, pela paciência que teve quando fiquei horas falando sobre a monografia, pelo carinho e pelo amor com que sempre me trata. Sempre te levarei comigo, te amo!

E por fim, a Deus por estar ao meu lado em todos os momentos.

SUMÁRIO

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	06
ABSTRACT	08
1 – INTRODUÇÃO	10
2 – DISSERTAÇÃO	16
3 – CONCLUSÃO	25
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
5 – ANEXOS	
5.1 – ANEXO 1	33
5.2 – ANEXO 2	34
5.3 – ANEXO 3	35
5.4 – ANEXO 4	36
5.5 – ANEXO 5	37

RESUMO

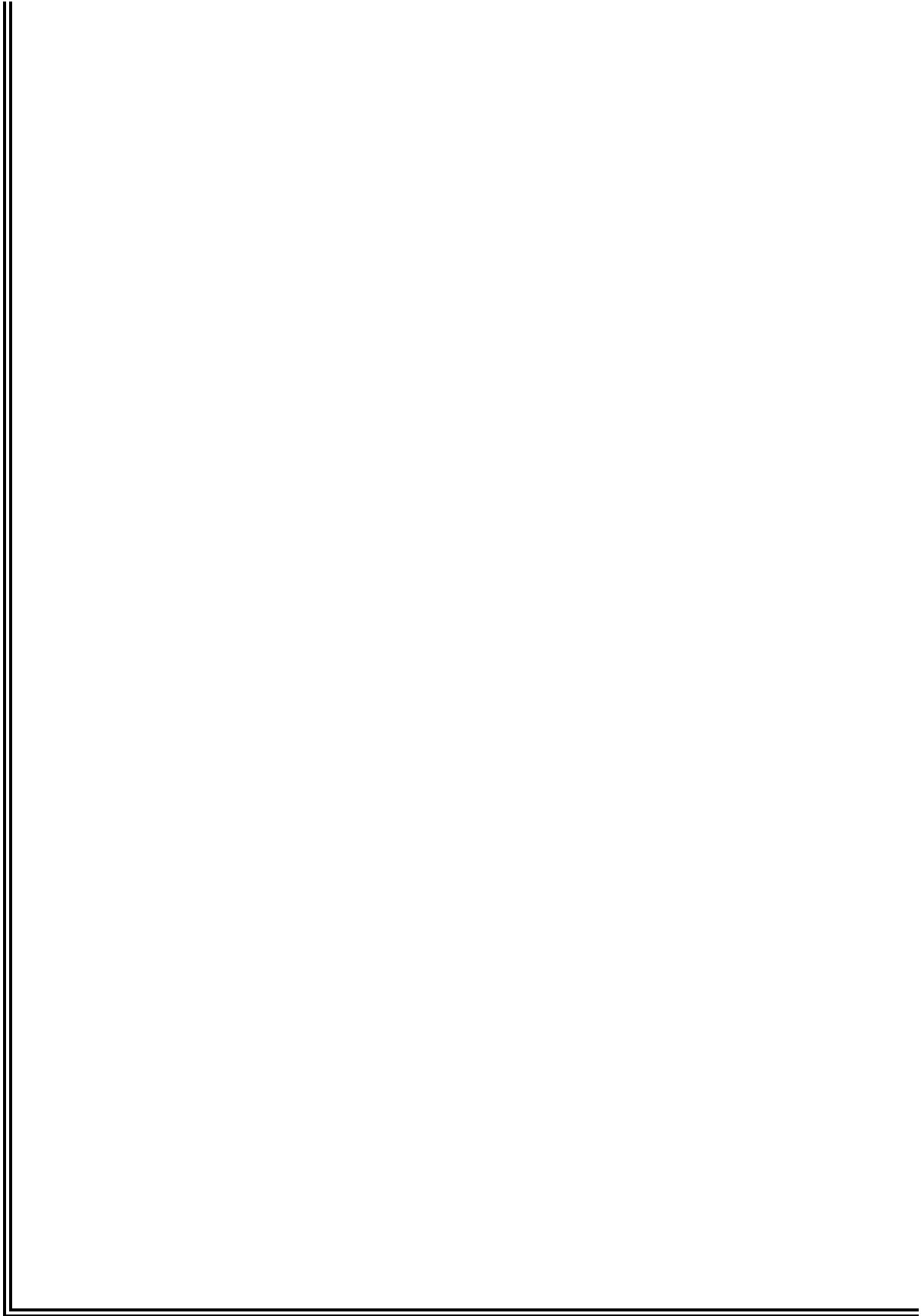
O envelhecimento da população é uma realidade. A faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. Estima-se que em 2025, haverá cerca de 32 milhões de idosos. Um dos fatores importantes para esse aumento populacional é a transição epidemiológica e suas alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As demências, caracterizadas pela perda das habilidades cognitivas e emocionais, suficientemente graves para interferirem na vida diária de seus portadores, sendo prevalentes em idosos, são consideradas um problema de saúde pública, na medida em que aumenta a longevidade das populações. Numerosos casos de demência passam despercebidos, pois infelizmente, o médico não procura pela demência ou não a reconhece. A falta de difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde, tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso. O reconhecimento das demências no idoso tem um papel fundamental para a saúde pública, pois através do diagnóstico breve a qualidade de vida destes pacientes pode se manter por maior tempo, contribuindo para a manutenção das diretrizes do Estatuto do Idoso. Além disso, se faz cada vez mais importante, a capacitação de profissionais da saúde com enfoque na geriatria e gerontologia, buscando um atendimento integral e qualificado à saúde do idoso. Este trabalho tem como finalidade, trazer à tona uma discussão sobre as demências e o envelhecimento, dentro do âmbito da Saúde Pública, proporcionando um momento de reflexão sobre o tema e sobre como poderemos aprimorar o atendimento do idoso no Sistema Único de Saúde – SUS.

Palavras-chave: Demência, Idosos, Saúde Pública.

ABSTRACT

The aging of the population is a reality. The etária band from 60 years of age is the one that more grows. They is esteem that in 2025, it will have about 32 million aged. One of the important factors for this population increase is the transistion excellent epidemiologist and its alterations in the morbimortalidade picture. The dementias, characterized for the loss of the cognitivas and emotional abilities, enough serious to intervene with the daily life of its carriers, being prevalent in aged, are considered a problem of public health, in the measure where it increases the longevity of the populations. Numerous cases of dementia pass unobserved, therefore unhappily, the doctor does not look for for the dementia or he does not recognize it. The lack of diffusion of the together geriatric knowledge to the health professionals, has contributed decisively for the difficulties in the medical boarding of the aged patient. The recognition of the dementias in the aged one has a basic paper for the public health, therefore through the brief diagnosis the quality of life of these patients can be remained for bigger time, contributing for the maintenance of the lines of direction of the Statute of the Aged one. Moreover, if it makes each more important time, the qualification of professionals of the health with approach in the geriatria and gerontologia, searching an integral and qualified attendance to the health of the aged one. This work has as purpose, to bring to tona a quarrel on the dementias and the aging, inside of the scope of the Public Health, providing a reflection moment on the subject and on as we will be able to improve the attendance of the aged one in the Only System of Health - SUS.

Word-key: Dementia, Aged, Public Health.



INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade que vem sendo constatada, principalmente no século XX e início do século XXI, tanto nos países já desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Muitas razões têm contribuído para esse crescimento, no entanto, considera-se importantes, a diminuição da taxa de mortalidade, a diminuição da taxa de natalidade, a melhora do padrão de vida e o aumento da assistência médico-sócio-cultural da população (CANINEU, 2003).

A faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS –, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O País ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

O processo de transição demográfica no Brasil pode ser caracterizado por uma rápida mudança da pirâmide populacional, demonstrando um aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa. Até os anos 60, observava-se um crescimento semelhante de todos os grupos etários, mas a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento.

Devido, principalmente, ao intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização e pelas políticas desenvolvimentistas, o envelhecimento no Brasil pode ser considerado um fenômeno predominantemente urbano, propiciando um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, colaborando, desta forma, com a queda da mortalidade.

Embora grande parte da população dos países menos desenvolvidos, ainda vivem na pobreza, os avanços tecnológicos da medicina moderna, verificados nos últimos 60 anos, favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças que eram fatais até então. Essas medidas, em conjunto, provocaram uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida ao nascer.

No Brasil, no período de 1960 a 1980, a expectativa de vida ao nascer era de 63,4 anos, ou seja, foram acrescidos cerca de 20 anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística/fundação IBGE). As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (Kalache et al., 1987). Paralelamente a esse aumento da expectativa de vida, observa-se, a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento importante da proporção de idosos na população brasileira.

Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, exigindo os necessários mecanismos de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio. A família, considerada tradicionalmente, como o sistema mais efetivo de apoio aos idosos, vem sofrendo mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores, e, o aumento de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe, são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos. Essas situações geram o que se chamam de intimidade à distância, onde as diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

Além das transformações demográficas, o Brasil tem vivido uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infecto-contagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no País, hoje são responsáveis por menos de 10% (RADIS: “Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980”). O oposto ocorreu com as doenças cardiovasculares, que em 1950, representavam cerca de 12% das mortes, e atualmente, representam mais de 40%.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações são mais constantes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas. Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde, e que este maior custo não reverte em seu benefício. O idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo, também, submetidos a uma triagem rotineira para fins de reabilitação.

O apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário. Por se tratar

de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de visibilidade maior. O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isto não significa, no entanto, que o Estado deixa de ter um papel importante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, sendo capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

A abordagem médica tradicional do adulto, focada em uma queixa principal e a tentativa de explicar todas as queixas e sinais por um único diagnóstico, que é adequada no adulto jovem, não se aplica em relação aos idosos. Estudos populacionais demonstram que a maioria dos idosos (85%) apresenta pelo menos uma doença crônica e que uma significativa minoria (10%), possui, no mínimo, cinco destas patologias (Ramos e cols, 1993).

A falta de difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde, tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso. A maioria das instituições de ensino superior brasileira ainda não está sintonizada com o atual processo de transição demográfica e suas conseqüências médico-sociais. Há uma escassez de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional no terceiro milênio.

A transição demográfica no Brasil, na verdade, impõe novas estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes. O cuidado da saúde destinado ao idoso é bastante caro, e a pesquisa corretamente orientada pode propiciar os instrumentos mais adequados para uma maior eficiência na adoção de prioridades e na alocação de recursos, além de subsidiar a implantação de medidas apropriadas à realidade brasileira.

A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares vem sendo questionada. O custo desse modelo está requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas. O retorno ao modelo de cuidados domiciliares não pode ter como única finalidade baratear custos e transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas.

A maioria das doenças crônicas que atingem os idosos tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Sabe-se que a grande maioria dos idosos possui pelo

menos uma doença crônica concomitante. A presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa dirigir sua vida de forma completamente independente. A maior parte dos idosos, na verdade, são capazes de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma ajuda. Os mais modernos conceitos gerontológicos dizem que idosos capazes de manter sua autodeterminação e seu poder de decisão no seu cotidiano, são considerados idosos saudáveis, ainda que sejam portadores de uma ou mais doenças crônicas.

O conceito de capacidade funcional é caracterizada pela capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Um fator de grande importância na epidemiologia da população idosa é a presença de incapacidades funcionais. Por isso, para se obter uma avaliação completa do estado de saúde dos idosos, é preciso deixar de lado o conceito de “estado de saúde” ou “ausência de doenças” para utilizarmos a capacidade funcional como parâmetro (SANTANA, 2003).

Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou a manutenção da mesma e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso. Desta maneira, a capacidade funcional do idoso deverá ter um enfoque que transcenda o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

As demências constituem síndromes clínicas caracterizadas pela perda das habilidades cognitivas e emocionais adquiridas, suficientemente graves para interferirem na vida diária de seus portadores (APA, 1994 e 1995). São mais prevalentes em idosos, incidindo de forma crescente com o aumento da idade, tornando-se um problema de saúde pública na medida em que aumenta a longevidade das populações, merecendo, desta forma, cada vez mais uma abordagem ampla e responsável (CANINEU, 2003).

A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade, dobrando, aproximadamente, a cada 5,1 anos, a partir dos 60 anos de idade. Após os 64 anos de idade, a prevalência é de cerca de 5 a 10%, e a incidência anual é de cerca de 1 a 2%, passando, após os 75 anos de idade, para 15 a 20% e 2 a 4%, respectivamente (MACHADO, 2002. In: FREITAS et al, 2002).

Além do grande impacto da doença sobre a vida dos pacientes e de seus familiares, temos observado um enorme custo financeiro para a sociedade (WHO,1997). Atualmente, os gastos com serviços de enfermagem nos Estados Unidos chegam a 20 bilhões de dólares anuais com cuidados destinados a pacientes portadores de demência. Além dos gastos relacionados ao tratamento, ressalta-se o gasto de mais de 50 milhões de dólares por ano em pesquisas sobre demência, apenas nos Estados Unidos.

Muitos casos de demência são tratados pelo médico clínico e apenas uma pequena porcentagem recebe cuidados em centros especializados. Numerosos outros casos passam despercebidos, pois infelizmente, o médico não procura pela demência ou não a reconhece. A demência se instala, freqüentemente, ao longo de muitos anos. Durante a maior parte desse tempo o paciente não está completamente incapacitado, sendo capaz de funcionar melhor num ambiente familiar e estável. Muitas famílias estão, além disso, decididas a cuidar dos parentes dementes. Portanto, quanto mais o médico se ater à demência maior será a oportunidade de melhorar consideravelmente a vida do paciente e das pessoas que o cuidam (BENNETT, 2003).

No idoso, em especial, a condição do estado nutricional é de fundamental importância para que se possam estabelecer as propostas de acompanhamento integral das diversas alterações fisiológicas e patológicas que ocorrem com a evolução do envelhecimento.

A deficiência nutricional é um problema comum e sério na população idosa. A prevalência de desnutrição nesta população brasileira, em seguimento ambulatorial, é de cerca de 20% e entre os hospitalizados chega a 60%. Esses dados refletem a importância de se tentar evitar - ou mesmo retardar - perdas de peso indesejáveis, a partir da monitorização do estado nutricional (NAJAS e PEREIRA. In: FREITAS et al., 2002).

O reconhecimento das demências no idoso tem um papel fundamental para a saúde pública, pois através do diagnóstico breve a qualidade de vida destes pacientes pode se manter por maior tempo, contribuindo para a manutenção das diretrizes do Estatuto do Idoso. No entanto, para que isso ocorra se faz necessário refletir nas seguintes questões: Qual o reconhecimento das demências dentro da rotina da saúde pública? Até que ponto os médicos generalistas e clínicos estão capacitados para reconhecer a demência e fazer seu seguimento apropriado? Além disso, estamos

preparados para uma abordagem ampla e integral do idoso, tendo em vista as peculiaridades do processo de envelhecimento e a legitimação do Estatuto do Idoso?

Através de Revisão Bibliográfica, este trabalho traz à tona uma discussão sobre as demências e o envelhecimento, dentro do âmbito da Saúde Pública, proporcionando um momento de reflexão sobre o tema e sobre como poderemos aprimorar o atendimento do idoso no Sistema Único de Saúde – SUS.

DISSERTAÇÃO

Segundo o artigo 15 do Estatuto do Idoso, é “assegurada a atenção integral à saúde do idoso, através do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.”

A prevenção e a manutenção da saúde do idoso devem ser efetivadas através do cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; formação de atendimento geriátrico de referência, com recursos humanos especializados nas áreas de geriatria e gerontologia social; atendimento domiciliar, principalmente para idosos que estão impossibilitados de se locomoverem, incluindo aqueles idosos asilados em instituições públicas ou filantrópicas conveniadas com o Poder Público, tanto nos meios urbanos como nos rurais; e, a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para a redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, significam a valorização da autonomia ou autodeterminação, e a preservação da independência física e mental do idoso. Tanto as doenças físicas quanto as mentais, podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional.

Na análise relativa à reabilitação da capacidade funcional, é importante frisar que a grande maioria dos idosos desenvolve, ao longo da vida, algum tipo de doença crônica decorrente da continuada perda da função de órgãos e sistemas biológicos. Essa perda pode levar ou não a limitações funcionais, que, conseqüentemente, podem gerar incapacidades parciais e até incapacidades totais.

Estudos populacionais revelam que cerca de 40% dos idosos acima de 65 anos precisam de alguma ajuda para realizar tarefas do dia a dia, como, fazer compras, cuidar das finanças, limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa (10%), requer auxílio para realizar as tarefas básicas, como cuidar da própria higiene, alimentar-se e, até sentar e levantar de cadeiras ou camas (Ramos e cols., 1993).

Na área de saúde do idoso, a capacidade funcional é o principal indicativo de qualidade de vida, por isso, é imprescindível que, na prestação dos cuidados aos idosos, as famílias estejam devidamente orientadas em relação às atividades de vida diária (AVDs). As atividades básicas de vida diária são caracterizadas por aquelas atividades essenciais para qualquer pessoa, ou seja, atividades de higiene pessoal, como banho, vestir-se, continência urinária e fecal, e, atividades de transferência, como o ato de deambular (ABVD, ANEXO 1). Já as atividades instrumentais de vida diária, são atividades um pouco mais complexas que as atividades básicas, como usar o telefone, fazer compras, preparar refeições e realizar tarefas domésticas (AIVD, ANEXO 2).

Tanto a dependência física quanto a mental constituem fatores de risco significativos para a mortalidade, mais relevantes até que as próprias doenças crônico-degenerativas, visto que nem todo doente torna-se dependente (Ramos e cols., 1993). No entanto, nem todo dependente perde sua autonomia e, por isso, a dependência mental deve ser objeto de atenção especial, na medida em que leva, com muito mais frequência, à perda de autonomia. Doenças como depressão e demência já estão, em todo mundo, entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, pois levam à perda da independência e, necessariamente à perda da autonomia. Um reflexo do envelhecimento da população tem sido o sensível aumento na taxa de incidência da doença de Alzheimer e de outros tipos de demências (VOLLMANN et al., 2000).

Os custos gerados por essa dependência são tão grandes quanto os investimentos de dedicar um membro da família ou um cuidador para ajudar continuamente uma pessoa que pode viver por mais 10 ou 20 anos, requerendo uma atenção integral, envolvendo equipes multidisciplinares e multiprofissionais capazes de fazer frente à problemática do idoso.

Os vários tipos de demências surgem de forma destacada entre as doenças crônico-degenerativas, devido ao seu alto grau de comprometimento com a

incapacidade funcional dos idosos (RAMOS, 2002; DIOGO e DUARTE, 2002. In: SANTANA, 2003).

As demências podem ser causadas por uma série de doenças subjacentes, relacionadas às perdas neuronais e danos à estrutura cerebral. O padrão central da demência é o prejuízo da memória. Além disso, pode-se observar prejuízo de pelo menos uma das seguintes capacidades de cognição: atenção, imaginação, compreensão, concentração, raciocínio, julgamento, afetividade, percepção (CANINEU, 2003), bem como se verifica afasia, apraxia, agnosia e perturbações nas funções de execução como, planejamento, organização, seqüência e abstração (SANTANA, 2003).

A causa mais comum das demências em idosos continua sendo a Doença de Alzheimer (DA), responsável por mais de 50% dos casos de demências na maior parte dos países (CANINEU, 2003). Os primeiros sintomas da Demência de Alzheimer aparecem usualmente após os 65 anos. Nos estágios iniciais da doença, o paciente demonstra dificuldade em pensar com clareza, tende a cometer lapsos e a se confundir facilmente, além de apresentar queda em seu rendimento funcional em tarefas complexas. Observa-se tendência ao esquecimento de fatos recentes e dificuldade para registrar novas informações. À medida que a doença progride, o paciente passa a ter dificuldades para desempenhar as tarefas mais simples, como utilizar utensílios domésticos, ou ainda para vestir-se, cuidar da própria higiene e alimentar-se. Na doença mais avançada, o indivíduo acaba por perder a capacidade de funcionar de modo independente, tornando-se dependente de um cuidador. Em cada uma destas etapas sucessivas, pode-se observar gradativa perda da autonomia, e conseqüente aumento das necessidades de cuidados e supervisão de terceiros para os portadores da doença (ENGELHARDT et al, 1997).

O diagnóstico sintomático de demência depende da avaliação objetiva do funcionamento cognitivo e do desempenho nas atividades de vida diária (CARAMELLI e BARBOSA, 2002).

Cada um desses prejuízos cognitivos gera perdas significativas também no funcionamento das capacidades funcionais e sociais, o que representa um sensível declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento (FORLENZA e CARAMELLI, 2000; BUSSE e BLAZER, 1999).

O desempenho em atividades de vida diária, tanto atividades instrumentais

quanto atividades básicas, pode ser verificado por escalas ou questionários de avaliação funcional, que são aplicados ao familiar ou ao cuidador do paciente. O desempenho nas atividades básicas da vida diária é parâmetro amplamente aceito e reconhecido, pois permite uma visão mais precisa quanto à gravidade das doenças e suas seqüelas. Existe usualmente nas demências uma hierarquia de comprometimento funcional, em que as atividades instrumentais são acometidas mais precocemente que as atividades básicas, razão pela qual, quando do diagnóstico inicial, deve ser dada preferência à avaliação das atividades instrumentais (CARAMELLI e BARBOSA, 2002).

As demências podem ter as mais variadas etiologias, podendo ser metabólicas, degenerativas, endocrinológicas, nutricionais, infecciosas, cardiovasculares, tóxicas e sensoriais. O comprometimento intelectual nas demências se desenvolve ao longo do tempo, com perda das funções mentais anteriormente adquiridas, de forma progressiva e irreversível na maioria das vezes (CANINEU, 2003). O diagnóstico específico das demências depende do conhecimento das diferentes manifestações clínicas e de uma seqüência específica e obrigatória de exames complementares (hematologia, bioquímica e exames de imagem) (CARAMELLI e BARBOSA, 2002).

A avaliação cognitiva pode ser iniciada com testes de rastreio, como o mini-exame do estado mental (Minimental – MEEM; ANEXO 3) (FOLSTEIN et al, 1975; CARAMELLI e BARBOSA, 2002), devendo ser complementada por testes que avaliam diferentes componentes do funcionamento cognitivo. Para esta finalidade, podem ser empregados testes breves, de fácil e rápida aplicação pelo clínico, como os de memória, os de fluência verbal e o desenho do relógio (CARAMELLI e BARBOSA, 2002). Estes testes permitem distinguir o paciente demente do não-demente, mas não são eficazes para fazer o diagnóstico diferencial entre Alzheimer e outros tipos de demência (BENNETT, 2003).

No Brasil, o MEEM foi traduzido e adaptado por Bertolucci et al. (1994). Nesse estudo, que se tornou uma referência obrigatória em nosso meio, foi demonstrada a importância da escolaridade no score total do teste. O teste foi aplicado em 530 indivíduos, classificados segundo suas idades e escolaridades e constatou-se que ao comparar os quatro níveis de escolaridade (analfabetos, baixa, média e alta) foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os scores, exceto para os indivíduos de baixa e média escolaridade quando comparados entre si. Os pontos de

corde para o MEEM segundo o nível de escolaridade em nosso meio são: 13 pontos para analfabetos, 18 para escolaridade média (até 8 anos de instrução formal) e 26 para indivíduos de alta escolaridade (mais de 8 anos) (ABREU, FORLENZA, BARROS, 2005). Embora, não substitua uma avaliação completa e seja pouco sensível para detectar variações sutis na cognição, o MEEM é amplamente utilizado pelos profissionais da área.

A avaliação neuropsicológica detalhada é especialmente útil nos estágios iniciais de demência, onde os testes breves podem ser normais ou apresentar resultado limítrofe. As baterias neuropsicológicas constituem-se em seqüências de testes que avaliam comportamento e cognição. Podem ser padronizadas (compostas pelos mesmos testes) ou flexíveis (compostas por testes agrupados de acordo com a necessidade). São importantes para elaboração de planos de reabilitação e políticas de prevenção de saúde mental (MALLOY-DINIZ E CARVALHO, 2001). Além disso, facilitam o estabelecimento do perfil cognitivo basal antes, durante e depois de tratamentos, bem como colaboram para o diagnóstico diferencial em condições que envolvam prejuízo cognitivo.

Esta avaliação pode fornecer dados relativos ao perfil das alterações cognitivas, importantes para estabelecer o diagnóstico diferencial de algumas formas de demência (CARAMELLI e BARBOSA, 2002).

As demências podem ser classificadas segundo diversos critérios. A mais utilizada é segundo o local de acometimento cerebral predominante, podendo ser corticais e subcorticais. Os requisitos necessários para o diagnóstico de demência, independentemente da etiologia, são descritos no Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) da Associação Americana de Psiquiatria (APA) de 1994 (ANEXO 4). O diagnóstico de demência é eminentemente clínico, necessitando-se, para isso, observação atenciosa, análise da história do paciente e dos familiares, além de uma avaliação abrangente que engloba o exame físico geral, neurológico e psiquiátrico, avaliação neuropsicológica, laboratorial e, se possível, exames de neuroimagem (CANINEU, 2003). Quando o diagnóstico for duvidoso, deve-se utilizar a avaliação neuropsicológica completa, sendo necessário, às vezes, uma nova avaliação a cada três meses (ANEXO 5).

A síndrome demencial pode ser dividida didaticamente, em fases, mas na prática estas fases ou estágios não são bem delimitados, podendo haver sintomas

sobrepostos e variação no tempo de duração de cada período de acordo com cada indivíduo. A fase inicial - ou estágio leve - caracteriza-se por alterações na memória, na percepção visuo-espacial e na linguagem. Nesta fase, a pessoa necessita de supervisão para tomar determinadas decisões e fazer planos. Sua memória começa a falhar, fazendo com que as informações recentes se percam. Podem ocorrer situações de pânico, geralmente causadas por lapsos de memória que tornam a pessoa subitamente desorientada. É comum observar algum grau de depressão, pois o idoso percebe que seu estado mental está se deteriorando. Esta fase tem a duração média de dois a quatro anos (CALDAS et al., 1998).

A fase intermediária - também chamada estágio moderado, caracteriza-se pelo agravamento dos sintomas intelectuais, surgimento de alterações do comportamento e necessidade de assistência para as atividades de vida diária. Nesta fase inicia-se o quadro afásico-agnóstico-aprático. Esta fase dura cerca de três a cinco anos. Os atos motores mais complexos ficam prejudicados (SAVONITTI, 2000).

Ainda no estágio intermediário ou moderado, o paciente pode apresentar sua capacidade de julgamento prejudicada, podendo apresentar comportamento inadequado, aumentando a necessidade de atenção à sua segurança. Frequentemente inventa palavras e histórias, e passa a não reconhecer mais as pessoas. Pode apresentar desorientação têmporo-espacial, podendo ainda se perder dentro de casa. Nesta fase o idoso demenciado necessita de companhia permanente (CALDAS et al, 1998).

A fase final ou avançada da doença dura, em média, de um a três anos, e caracteriza-se pelo não reconhecimento dos familiares e de si próprio. O paciente se torna incapaz de se locomover, tornando-se totalmente dependente dos cuidadores. Ocorre, com frequência, incontinência dupla de esfíncteres, e sua comunicação se dá apenas por grunhidos ou gestos. Devido à imobilidade, estes pacientes sofrem risco aumentado de adquirirem pneumonias, úlceras de pressão e desnutrição, perdendo peso mesmo com dieta adequada (SAVONITTI, 2000).

Segundo a Associação Americana de Saúde Pública, o estado nutricional é definido como “condição de saúde de um indivíduo influenciada pelo consumo e utilização de nutrientes e identificada pela correlação de informações obtidas através de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos”. Portanto, o estado nutricional é detectado a partir de vários parâmetros, que podem ser utilizados e avaliados de

forma isolada ou associados (NAJAS e NEBULONI, In: RAMOS, 2005).

A desnutrição no idoso pode ocorrer devido a alterações fisiológicas do envelhecimento, condições socioeconômicas, doenças e interação entre nutrientes e medicamentos. Portanto, se faz importante detectar tanto a desnutrição quanto o risco de desnutrição no curso de uma avaliação geriátrica abrangente, pois, quando se detecta o risco de desnutrição ou quando a doença já está confirmada, técnicas de orientação dietética simples devem ser utilizadas, como por exemplo: aumentar a densidade energética da dieta, fazer suplementação de nutrientes específicos, adequar o volume da dieta, fracionar os alimentos e, se necessário, a terapia nutricional (NAJAS e PEREIRA, 2002).

Sabe-se que, a partir da terceira década de vida, iniciam-se alterações na composição corporal, com perda de massa magra e aumento do tecido adiposo. Estas modificações podem explicar o aumento de peso nos adultos jovens e as perdas involuntárias a partir de 60 anos. No entanto, embora comuns e esperadas, as perdas de peso corpóreo dos idosos devem ser sempre investigadas. O isolamento familiar, doenças, hospitalização prolongada e medicamentos podem, também, interferir no apetite e na absorção de nutrientes (MAGNONI e CUKIER, 2001).

A necessidade tanto de recursos de triagem quanto de instrumentos mais definidos de avaliação é clara, por isso, foi desenvolvido uma Mini-avaliação Nutricional (MAN), com o objetivo de estabelecer o risco individual de desnutrição de modo a permitir uma intervenção precoce quando necessária (GUIGOZ E VELLAS, 1998).

A Mini-avaliação Nutricional é um instrumento composto por medidas e questões práticas que englobam avaliações antropométricas (peso, circunferências do braço e da panturrilha, altura e a história de perda de peso), avaliação global (estilo de vida, medicamentos, mobilidade e doenças), avaliação dietética (qualitativa e quantitativa) e auto-avaliação (percepção de sua saúde e qualidade nutricional) (NAJAS e PEREIRA, 2002), sendo uma das técnicas mais importantes para avaliar o potencial de desnutrição no idoso, antes que as alterações clínicas se manifestem. A soma dos escores da MAN permite diferenciar os seguintes grupos de pacientes idosos: (a) os que tem estado nutricional adequado (MAN > 24); (b) os que correm o risco de desnutrição (MAN entre 17 e 23,5); (c) os que apresentam desnutrição declarada (MAN <17). A sensibilidade desta escala é de 96% e a especificidade é de

98%, conforme estudos realizados pelo Serviço de Nutrição Nestlé, na Suíça (GUIGOZ E VELLAS, 1998).

No idoso com demência avançada o comprometimento do estado nutricional está mais alterado, devido ao grau de dependência para se alimentar, à dificuldade para deglutir e ao estado cognitivo alterado, assim como, também fica prejudicada a avaliação nutricional. Sendo assim, é com grande frequência que se associa demência avançada com nutrição enteral. Na fase final ou terminal das demências, pelo fato do idoso se tornar totalmente dependente do cuidador e, muitas vezes estar institucionalizado sem ter um cuidador específico durante o dia todo para suas necessidades diárias, como alimentação e higiene pessoal, se fazem necessárias algumas medidas de intervenção, como o uso de fraldas e até mesmo pensar na introdução do tubo enteral para a alimentação deste paciente (MAGNONI e CUKIER, 2001).

Por tornarem a pessoa progressivamente dependente, os transtornos demenciais podem provocar grande sofrimento, tanto para os pacientes quanto para seus familiares, que são obrigados a se reorganizarem para viabilizarem os cuidados à pessoa que adoce (Groisman, 2002). Em todo o mundo, a rede informal composta pela família, rede de amigos e por voluntários é a fonte primária da assistência aos idosos. Cerca de um quinto dos idosos dos países desenvolvidos recebe cuidados formais de natureza médica e social, porém, apenas um terço desses cuidados são fornecidos em instituições, um sinal de que a manutenção dos idosos na comunidade e em suas casas ainda predomina (NERI, 2002). No Brasil, onde são poucas as alternativas de apoio formal são oferecidas, o amparo dado pela família e por outros membros da rede informal é de fundamental importância.

No Brasil há ainda muito pouco esclarecimento quanto às demências e suas formas de tratamento. A falta de informação, tratamento, orientação e suporte aos pacientes e seus cuidadores pode levar a desfechos desfavoráveis, como situações de negligência, violência doméstica, abusos e exclusão precoce das relações sócio-familiares através da internação em instituições (GROISMAN, 2002).

É importante ressaltar que há inúmeras intervenções capazes de melhorar a qualidade de vida, tanto do paciente demenciado como das pessoas que o atendem. Para que tais intervenções sejam bem sucedidas, se faz necessário a colaboração do médico com os demais serviços, tanto médicos como não-médicos, pois hoje existem

recursos disponíveis na comunidade, capazes de fornecer subsídios para o cuidador e os familiares destes pacientes. Deve-se lembrar que a demência significa um grande fardo para a família, do ponto de vista tanto social como econômico, físico e psicológico. Em muitos casos o estresse psicológico não recebe atendimento adequado. É preciso preservar a saúde física e mental do familiar que cuida do doente, pois assim este cuidador poderá dar assistência melhor e por mais tempo que uma pessoa sobrecarregada e exausta. O aconselhamento torna-se às vezes, primordial para o acompanhamento dos pacientes demenciados e de seus cuidadores (BENNETT, 2003).

CONCLUSÃO

Como se pôde perceber o crescimento demográfico da população idosa brasileira exige uma adequada preparação do País para atender a demanda das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos. Essa preparação envolve diferentes aspectos, desde a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas.

No que tange a demência, é importante reconhecer que o envelhecimento

normal não cursa obrigatoriamente com distúrbios de memória. No processo de envelhecimento pode existir uma lentificação da condução nervosa, no entanto, as informações são recuperadas, possibilitando ao idoso um desempenho cognitivo normal. Caso haja alguma alteração cognitiva, deve o médico que atende o indivíduo idoso, ter a sensibilidade de suspeitar de um quadro demencial, mesmo em suas fases iniciais, para que assim possam ser tomadas condutas mais adequadas, visando a preservação da capacidade funcional e da autonomia por mais tempo.

O idoso demenciado provoca um grande impacto na Saúde Pública, pois os profissionais, na sua maioria, não possuem uma visão ampla da abordagem geriátrica, não estando preparados para o atendimento integral ao idoso doente. Além disso, sendo a demência uma doença que gera grandes incapacidades funcionais, os serviços de saúde devem se adequar ao atendimento e ao acompanhamento destes pacientes, através de consulta geriátrica fundamentada na coleta e registro de informações que possam orientar o correto diagnóstico, e, a utilização rotineira de escalas de rastreamento de depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional. Desta forma, o profissional que atende o idoso deve ser devidamente capacitado e ter a sensibilidade para questões sociais eventualmente envolvidas no bem-estar do paciente.

Os pacientes totalmente dependentes devem ser classificados na Saúde Pública como uma população de maior risco e vulnerabilidade, sendo, portanto, alvo de uma assistência diferenciada, envolvendo um atendimento multiprofissional na tentativa de se estabelecer meios de reabilitação ou de manutenção do quadro patológico, e, conseqüentemente, diminuindo as internações hospitalares.

É importante ressaltar que a assistência domiciliar constitui uma importante estratégia para diminuir os custos com internações e diminuir a morbimortalidade na população idosa. Portanto, esta assistência deve ser estimulada pelos serviços de saúde, que não simplesmente repassam a responsabilidade do idoso doente para a família, mas garantem a articulação da família com o próprio serviço, ganhando, desta forma, um grande aliado no tratamento e na preservação do bem-estar do idoso. Este aliado – a família – deve, também, receber apoio formal e informal, principalmente quando se tem nesta família um idoso demenciado, motivo, muitas vezes, de grande sofrimento generalizado. Estes apoios devem ocorrer através de orientações e de suporte psicológico para que os membros da família possam criar

formas de enfrentamento das dificuldades e desafios que a doença lhes impõe.

Deve-se ter em mente, a necessidade da sociedade de entender que o envelhecimento de sua população é uma questão que ultrapassa a esfera familiar e a responsabilidade individual, devendo alcançar o âmbito público. Por este motivo, é de vital importância que se promova o envelhecimento saudável ou ativo, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que apresentam algum déficit de sua capacidade funcional, de modo a garantir-lhes permanência no meio que vivem, exercendo de forma independente sua autonomia e suas funções na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, I.D., FORLENZA, O.R., BARROS, H.L. Doença de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Revista Psiquiátrica Clínica, v.32 n.3; São Paulo; maio/jun., 2005.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 th editions, APS, 1994/1995.

BENNETT, D. A. Doença de Alzheimer e Outros Tipos de Demência. In: WEINER,

W.J.; GOETZ, C. G. (Orgs.). Neurologia para o não especialista – Fundamentos básicos da Neurologia Contemporânea. Editora Santos, São Paulo, ano 2003. p.233-234.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O mini exame do estado mental em uma população geral – impacto da escolaridade. Arq. Neuro-Psiquiátrico 1994; 52:1-7.

BUSSE, E.W.; BLAZER, D.G. Psiquiatria Geriátrica. 2.ed. Porto Alegre. Ed. Artmed, 1999. p.481.

CALDAS, C.P. (org). A saúde do idoso: a arte de cuidar. Editora da Universidade Estado do Rio de Janeiro/UnATI, Rio de Janeiro, R.J., 1998.

CANINEU, P.R. Demências: características clínicas gerais. GERP, 2003.

CARAMELLI, P. & BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? Rev. Bras. Psiquiatria, vol. 24, supl. 1. São Paulo, 2002.

ENGELHARDT, E.; LAKS, J.; ROZENTHAL, M.; VON POSER, N.A.S.; MENKES, C.; FANCO NETO, C.P.B; et al. Idosos velhos (“oldest old”): rastreamento cognitivo com o MMSE. Revista Brasileira de Neurologia. 1997; 33(4): 201-6.

FOLSTEIN, M.F; FOLSTEIN, S.E; MC HUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal Psychiathic Research; 1975;12:189-198.

FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo. Ed. Atheneu, 2000. p. 687.

GROISMAN, D. Oficinas terapêuticas para idosos com demência. Rio de Janeiro (RJ): IPUD, 2002.

GUIGOZ, Y. & VELLAS, B. A Mini Avaliação Nutricional (MAN) na classificação do Estado Nutricional do paciente idoso: Apresentação, história e validação da MAN. In: Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme. Nº 1; 1998; Verey, Suíça.

HERRERA, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Psiquiatria Clínica, 1998; 25:70-3.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Anuário Estatístico do Brasil 1981, Rio de Janeiro, 1981.

KALACHE A., VERAS, R.P., RAMOS L.R. “Envelhecimento da população mundial: Um desafio novo”. Ver. Saúde Pública. 1987, 21(3): 200-10, São Paulo, SP.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 2002. p. 133-147.

McCANN, R. M.; HALL, W. J.; GROTH-JUNCKER, A. Comfort care for terminally patients. The appropriate use of nutrition and hidration. JAMA 1994; 272: 1263-6.

NAJAS, M.; PEREIRA, F.A.I. Nutrição. In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 2002. p. 838 – 845.

NERI, A.L.; CARVALHO, V.A.M.L. O bem-estar do cuidador. Aspectos Psicossociais. In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 2002. p. 778-789.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Saúde das pessoas idosas. Resolução CE 122.R9, 1998.

PARECER N° 1301, SENADO FEDERAL. Estatuto do Idoso. Projeto de Lei da Câmara n° 57. Brasília (DF): 2003.

PORTARIA MS n° 1395/99 – “Política Nacional de Saúde do Idoso”. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 1999.

RADIS. “Mortalidade nas capitais brasileiras, 1930-1980”. Dados (7): 1-8, 1984.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 2002. p. 72-78.

RAMOS, L.R., PINACINI M., ROSA T.E., KALACHE A. “Significance and management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil”, Journal of Cross-Cultural Gerontology, 8:313-323, 1993.

SANTANA, R. F. Grupo de orientação em cuidados na demência: relato de experiência. Textos Envelhecimento, vol.6, n.1, Rio de Janeiro, 2003.

SAVONITTI, B.H.R.A. Cuidado do idoso com demência. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D.E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo. Ed. Atheneu, 2000. p. 421-438.

VOLLMANN, J.; BURKE, W. J.; KUPFER, R. Y.; TESSLER, S.; FRIEDEL, D. M.; OZICK, L. A.; GILLICK, M. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. NEJM, 342:206-10, 2000.

WHO – World Health Organization – Organization of care in psychiatry of the elderly – a technical consensus statement – Programme on mental health, World Psychiatric Association, Geneva, 1997.



ANEXOS

Anexo 1

Atividades básicas da vida diária (ABVD)

Atividade	Dependência
-----------	-------------

Banho	I = Não recebe nenhuma assistência, entra e sai do box sozinho A= Recebe assistência para lavar apenas uma parte do corpo D= Recebe assistência para banhar mais de uma parte do corpo ou não é banhado
Vestimenta	I = Tira as roupas do armário e se veste completamente sem assistência A= Tira as roupas do armário e se veste, com exceção de assistência para amarrar os sapatos D= Recebe assistência para apanhar as roupas ou vestir-se ou fica parcialmente ou totalmente desnudo
Toalete	I= Vai ao banheiro, limpa-se e arruma as roupas sem assistência (pode usar um urinol ou comadre à noite e esvaziá-lo pela manhã) A= Recebe assistência para ir ao banheiro, limpar-se ou arrumar-se ou no uso do urinol/comadre durante a noite D= Não vai ao banheiro para o processo de eliminação
Transferência	I= Movimenta-se para e da cama, bem como para e da cadeira de rodas sem assistência A= Movimenta-se na cama ou cadeira com assistência D= Não sai da cama
Continência	I= Tem total controle urinário e fecal A= Tem acidentes ocasionais D= A supervisão ajuda a manter a urina e intestino sob controle. A sonda é usada ou paciente é incontinente
Alimentação	I= Alimenta-se sem assistência A= Alimenta-se sozinho, com exceção da assistência para cortar carne ou passar manteiga no pão D= Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcialmente ou completamente com uso de sondas
<i>Número de AVDS comprometidas</i>	


Anexo 2

Atividades Instrumentais da Vida Diária:

I independente A necessita assistência D dependente

Atividade	Dependência
Usar o telefone	I = Sem ajuda A = Atende o telefone ou disca o número de emergência, mas necessita ajuda para encontrar números ou discar D= Incapaz de usar o telefone
Transporte	I = Dirige o próprio carro ou usa ônibus/táxi sozinho A= Capaz de se transportar, mas exclusivamente acompanhado D= Incapaz de se transportar
Compras	I= Capaz de comprar tudo o que é necessário para alimentação e vestuário, sozinho A= Capaz de fazer compras, mas necessita companhia D= Incapaz de fazer compras
Preparo de refeições	I= Capaz de planejar e cozinhar refeições elaboradas, completas A= Capaz de preparar refeições simples, mas incapaz de fazer refeições elaboradas (completas) sozinho D= Incapaz de preparar refeições
Tarefas Domésticas	I= Capaz de realizar tarefas pesadas como lavar escadas A= Faz tarefas simples mas necessita ajuda nas tarefas mais pesadas D= Incapaz de realizar qualquer tarefa doméstica
Medicação	I= Capaz de preparar e tomar medicamentos na dose e hora corretos A= Capaz de tomar medicamentos, mas necessita ser lembrado ou precisa de alguém para prepará-los D= Incapaz de tomar os medicamentos
Manejo de dinheiro	I= Capaz de manipular o dinheiro necessário no dia a dia, usar cheques, pagar contas A= Capaz de manipular o dinheiro necessário no dia a dia, mas necessita ajuda com o orçamento e pagamento de contas D= Incapaz de manejar dinheiro
<i>Número de AiVDS comprometidas</i>	

Anexo 3

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL	p o n t o s
<p>1. Orientação temporal (0-5): ANO – ESTAÇÃO - MÊS – DIA - DIA DA SEMANA</p> <p>2. Orientação espacial (0-5): ESTADO – RUA - CIDADE - LOCAL – ANDAR</p> <p>3. Registro (0-3): nomear: PENTE - RUA – CANETA</p> <p>4. Cálculo- tirar 7 (0-5): 100-93-86-79-65</p> <p>5. Evocação (0-3): três palavras anteriores: PENTE – RUA - CANETA</p> <p>6. Linguagem 1 (0-2): nomear um RELÓGIO e uma CANETA</p> <p>7. Linguagem 2 (0-1): repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ</p> <p>8. Linguagem 3 (0-3): siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa.</p> <p>9. Linguagem 4 (0-1): ler e obedecer: FECHÉ OS OLHOS</p> <p>10. Linguagem 5 (0-1): escreva uma frase completa</p> <p>.....</p> <p>11. Linguagem 6 (0-1): copiar o desenho.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	
TOTAL	

Adaptações de Lawton,1969 (AIVD); e Katz,1963 (AVD)

Anexo 4

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA

A1 – Comprometimento da Memória
A2 – Comprometimento de, pelo menos, uma outra função cognitiva: <ul style="list-style-type: none">- Linguagem- Praxias- Gnosias- Funções executivas
B – Os déficits cognitivos causam significativo comprometimento social e ocupacional, e representam declínio significativo no nível de funcionamento anterior.
C – Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente durante episódios de delírio.
D – O quadro pode estar relacionado a uma condição médica geral, aos efeitos persistentes de alguma substância (incluindo toxinas), ou a uma combinação destes dois fatores.

Extraído do DSM IV.

Anexo 5

AVALIAÇÃO MINUCIOSA DIAGNÓSTICA PROPOSTA PARA DEMÊNCIA:

Entrevista diagnóstica

- | |
|--------------------------------------|
| - paciente e um informante confiável |
|--------------------------------------|

Avaliação clínica realizada no consultório:
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- exame físico abrangente- avaliação resumida da condição neurológica e mental- avaliação da função cognitiva quantificada resumida (MMSE)- avaliação laboratorial (hemograma completo; bioquímica; função hepática; função tireoidiana; vitamina B12, ácido fólico)- estudos de imagem opcionais (CT de crânio, MRI, SPECT) |
|--|

Avaliação neuropsicológica completa, se diagnóstico duvidoso.
--

Extraído de CANINEU, 2003.