



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

GRACIVALDO CASTRO PINHEIRO
JAMILE ALVES DE SOUZA
MÁRCIA SOCORRO SILVA LIMA

**ESTUDO DESCRITIVO SOBRE OS PACIENTES ATENDIDOS
NO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB, NO
PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.**

Belém

2007

GRACIVALDO CASTRO PINHEIRO
JAMILE ALVES DE SOUZA
MÁRCIA SOCORRO SILVA LIMA

**ESTUDO DESCRITIVO SOBRE OS PACIENTES ATENDIDOS
NO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB, NO
PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.**

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do grau em
Medicina pela Universidade Federal do Pará sob orientação do
Prof. Dr. Karlo Edson Carneiro Santana Moreira.

Belém

2007

GRACIVALDO CASTRO PINHEIRO
JAMILE ALVES DE SOUZA
MÁRCIA SOCORRO SILVA LIMA

**ESTUDO DESCRITIVO SOBRE OS PACIENTES ATENDIDOS NO
AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB, NO PERÍODO DE
MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.**

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará sob orientação do Prof. Dr. Karlo Edson Carneiro Santana Moreira.

BANCA EXAMINADORA

Karlo Edson Carneiro Santana Moreira

Orientador

Julgado em: ____/____/____

Conceito: _____

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que participaram da nossa longa jornada e aquelas que ainda continuarão conosco nos apoiando. Em especial, aos nossos pais pela presença constante e amor incondicional; aos irmãos de sangue por fazerem parte de nossa existência; aos nossos tios e primos pelo carinho ofertado; aos nossos irmãos de alma e de coração pelo incentivo e apoio em todos os momentos; e aos nossos amores pela compreensão, cumplicidade e companheirismo ao longo dessa trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas as pessoas que caminharam conosco na concretização deste trabalho.
Em especial:

Ao nosso orientador Prof. Karlo Edson Carneiro Santana Moreira, por acreditar nesta pesquisa;

Aos idosos participantes do estudo;

A enfermeira Maria Gorete Bentes pela ajuda inestimável;

A Maria de Fátima Nascimento Mota, da divisão de arquivo médico estatístico do HUIBB, pelo apoio disponibilizado;

A bibliotecária Vilma Costa Bastos, pela colaboração nos acertos finais deste trabalho.

“Para se alcançar uma meta é necessário ter, além de força de vontade, mãos estendidas sempre dispostas a prestar auxílio... Obrigado por tudo”.

“[...] Envelhecer não é só decair fisicamente. É crescer. É mais do que o fato negativo de que se vai morrer, é também o fato positivo de que se compreende que se vai morrer e que se pode viver melhor por causa disso [...] Quem encontra um sentido para a vida não deseja voltar atrás. Deseja ir em frente. Quer ver mais, fazer mais [...] Todas as pessoas mais jovens precisam saber disso. Quem passa o tempo batalhando contra o envelhecimento sempre será infeliz, porque o envelhecimento é inexorável.”

Mitch Albom

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, sendo um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. No Brasil, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, ocorrerá uma mudança no quadro epidemiológico relativo à morbimortalidade da população, passando a predominar o quadro de doenças crônicas não transmissíveis, peculiares da população idosa, ao invés de doenças infecto-contagiosas prevalentes em populações jovens. Assim, enfermidades demenciais como a Doença de Alzheimer (DA) passarão a assumir dimensões epidêmicas com o envelhecimento populacional. A finalidade da presente pesquisa é descrever o perfil clínico epidemiológico da população idosa atendida no ambulatório de geriatria do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), dando ênfase aos achados cognitivos funcionais. O hospital, referência na região Norte na área de psiquiatria, realiza significativo trabalho em pessoas portadoras daquela enfermidade. Foi realizado um estudo descritivo através de coleta de dados de prontuários associado à aplicação de protocolo de pesquisa de pacientes matriculados no período de março de 2003 a agosto de 2006. O anteprojeto desta pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética do hospital. A população atendida foi, majoritariamente, do sexo feminino (67%); na faixa etária de 71 a 80 anos (44,3%); e, apresentando média escolaridade (28,9%). Em relação aos exames de imagem, 58,8% realizaram TC de crânio e 6,2%, RM de crânio. Quanto ao diagnóstico, 60,8% dos pacientes apresentaram diagnóstico de demência, 16,5% transtorno cognitivo leve e 30,9% tinham depressão associada ou não aos quadros de transtorno cognitivo. Dos pacientes demenciados, 59,3% apresentavam como provável etiologia a Doença de Alzheimer em fase moderada. Conclui-se que, embora, o conceito de que as demências como consequência inevitável do envelhecimento esteja ultrapassado, as dificuldades para o seu diagnóstico persistem, particularmente, na fase inicial do processo, quando, não raro, o paciente está alheio aos seus déficits cognitivos ou tenta minimizá-los e disfarçá-los para não serem notados. Apesar disso, é notória a negligência da avaliação rotineira da função cognitiva como exame compulsório durante as consultas médicas.

Palavras-chaves: Demência, doença de Alzheimer, Envelhecimento.

ABSTRACT

Population aging is a worldwide phenomenon and one of the biggest challenges to contemporary public health systems. According to statistical forecasts from the World Health Organization, the epidemiological scenario in Brazil (in relation to mortality caused by diseases) indicates a shift from the currently prevailing contagious diseases of younger people towards typical noninfectious chronic diseases of the elderly ones. Thus, dementia-like illnesses such as Alzheimer's disease will get epidemic proportions in consequence of population aging. The aim of this research is to describe the clinical and epidemiological profile of the elderly population treated at the geriatric clinic of Hospital Universitario Joao de Barros Barreto (HUIBB, a hospital affiliated to the School of Medicine of the Federal University of the State of Para, Brazil), emphasizing functional cognitive findings. HUIBB is a well-known hospital in northern Brazil for its psychiatric department, especially concerning Alzheimer's disease. A descriptive survey was carried out through data collection from patients' medical records in association with the use of research protocol of patients registered from March/2003 to August/2006. The hospital's Ethics Committee approved the research project. Most patients were women (67%), between 71 and 80 years old (44.3%), with secondary education (28.9%). Regarding image examination (neuroimaging), 58.8% underwent brain scan through computed tomography (CT) and 6.2% through functional magnetic resonance imaging (fMRI). As for the diagnosis, 60.8% were diagnosed with dementia, 16.5% as having light cognition disorder and 30.9% with depression associated or not with symptoms of cognition disorder. The probable cause (etiology) for 59.3% of the patients diagnosed with dementia was Alzheimer's disease in a moderate stage. Therefore, although the concept of dementia as unavoidable consequence of aging is rather outdated, difficulties concerning its diagnosis (etiology) continue to exist, especially in its early stages when, commonly, the patient is not aware of his cognition problems or tries to minimize or disguise them. Even so, routine evaluation of cognitive functions continues to be notoriously neglected as a compulsory examination in medical consultations.

Keywords: Dementia, Alzheimer's disease, Aging.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos 97 pacientes com transtorno cognitivo e/ou de humor do ambulatório de geriatria do HUIBB de acordo com a faixa etária e sexo, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	40
TABELA 2 - Distribuição dos 97 pacientes com transtorno cognitivo e/ou de humor do ambulatório de geriatria do HUIBB de acordo com a procedência, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	40
TABELA 3 - Distribuição dos 97 pacientes com transtorno cognitivo e/ou de humor do ambulatório de geriatria do HUIBB de acordo com o motivo da consulta, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	41
TABELA 4 - Distribuição dos 97 pacientes com transtorno cognitivo e/ou de humor do ambulatório de geriatria do HUIBB de acordo com o resultado do MEEM da primeira consulta, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	42
TABELA 5 - Distribuição dos 97 pacientes com transtorno cognitivo e/ou de humor do ambulatório de geriatria do HUIBB de acordo com a escolaridade e o MEEM inicial, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	43
TABELA 6 – Distribuição dos exames laboratoriais e de imagem realizados nos 97 pacientes do ambulatório de geriatria do HUIBB com transtorno cognitivo e/ou de humor, período de março de 2003 a agosto de 2006.....	43
TABELA 7 – Distribuição dos distúrbios cognitivos e de humor encontrados nos 97 pacientes do ambulatório de geriatria do HUIBB, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	44
TABELA 8 - Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de geriatria do HUIBB de acordo com o diagnóstico de demência, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	45
TABELA 9 - Distribuição dos pacientes com demência do ambulatório de geriatria do HUIBB de acordo com a faixa etária, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	46
TABELA10 - Distribuição dos pacientes com demência do ambulatório de geriatria do HUIBB de acordo com o sexo, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	47
TABELA 11 - Distribuição dos pacientes do ambulatório de geriatria do HUIBB que apresentam demência de acordo com a escolaridade, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	47
TABELA 12 - Distribuição dos pacientes do ambulatório de geriatria do HUIBB que apresentam demência de acordo com o tempo de queixa de esquecimento, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....	48

TABELA 13 - Distribuição dos pacientes do ambulatório de geriatria do HUIBB que apresentam demência de acordo com a etiologia, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....49

TABELA 14 – Distribuição da medicação utilizada inicialmente nos pacientes com diagnóstico de demência e/ou distúrbios de humor associado do ambulatório de geriatria do HUIBB, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....50

TABELA 15 - Evolução dos pacientes com demência do ambulatório de geriatria do HUIBB após seis meses de terapêutica com IACHE, no período de março de 2003 a agosto de 2006.....51

LISTA DE ABREVIATURAS

AchE – Acetilcolinesterase

BChE – Butirilcolinesterase

CDR – Clinical Dementia Rating

DIC – Doenças iinfecto-contagiosas

EEC – Eletroencefalograma

EPM – Escola Paulista de Medicina

HUJBB - Hospital Universitário João de Barros Barreto

IACHE – Inibidores da acetil colinesterase

IChEs – Inibidores da Colinesterase

DA - Doença de Alzheimer

DCL – Demência com corpúsculos de lewy

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DIC - Doenças Infecto-Contagiosas

DP – Doença de Parkinson

DV – Demência vascular

MAO - Monoaminoxidase

MEEM – Mini-exame do estado mental

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

RM – Ressonância magnética

SNC - Sistema Nervoso Central

TCC – Tomografia computadorizada de crânio

TCL – Transtorno cognitivo leve

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS	16
3.2. COGNIÇÃO E ENVELHECIMENTO	18
3.3. SÍNDROMES DEMENCIAIS	20
3.4. DOENÇA DE ALZHEIMER	22
3.4.1. Epidemiologia	22
3.4.2. Neuropatologia	24
3.4.3. Manifestações clínicas	26
3.4.4. Diagnóstico	27
3.4.4.1 Diagnóstico clínico e laboratorial	27
3.4.5. Diagnóstico diferencial	29
3.4.5.1. Depressão	30
3.4.5.2. Delirium	32
3.4.6. Terapêutica	33
4. METODOLOGIA	37
5. RESULTADOS	39
6. DISCUSSÃO	53
7. CONCLUSÃO	58
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE	63
ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, sendo um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Esse processo ocorreu inicialmente nos países desenvolvidos, acontecendo lentamente, em uma situação de evolução econômica, de crescimento do nível de bem-estar e redução das desigualdades sociais (MOREIRA, 1998 apud GIATTI; BARRETOS, 2003, p. 2).

Atualmente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada, diferentemente do que aconteceu na Europa. As mudanças da pirâmide etária não acontecem como fruto do desenvolvimento social, e sim, como conseqüência de um processo maciço de urbanização, sem alterações marcantes na distribuição de renda e na estrutura do poder social. Aumentos de até 300% da população idosa são esperados nesses países, especialmente na América Latina. (RAMOS, 2002, p. 73; COSTA; VERAS, 2003, p.1; GIATTI; BARRETOS, 2003, p. 2).

O Brasil apresenta um dos mais agudos processos de envelhecimento populacional entre os países mais populosos. O número de idosos maiores de 60 anos ultrapassou de 3 milhões, em 1960; para 7 milhões, em 1975; e 14 milhões, em 2002, e estima-se que alcançará 32 milhões, em 2020. (COSTA; VERAS, 2003, p.1; GIATTI; BARRETOS, 2003, p.2).

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. A incidência de doenças infecto-contagiosas (DIC), prevalentes na população jovem, tende a diminuir, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumentam sua prevalência. Assim, enfermidades como a Doença de Alzheimer (DA) passarão a assumir dimensões epidêmicas com o envelhecimento populacional. (RAMOS, 2002, p. 73).

Nesse sentido, fazem-se necessários investimentos e modificações no setor da saúde pública e nos demais setores correlatos (como Assistência Social) para a adequação desses a atual composição demográfica, visando uma boa qualidade de vida para a população

geriátrica do Brasil através do controle da progressão das DCNT, de suas complicações e agravamentos.

2 OBJETIVOS

Geral:

Descrever o perfil clínico epidemiológico da população idosa encaminhada ao ambulatório de geriatria do HUIBB por suspeita de transtorno cognitivo e/ou de humor.

Específicos:

- a) Verificar características clínicas e epidemiológicas;
- b) Descrever a maneira como se realizou a investigação desses pacientes e os diagnósticos observados;
- c) Verificar qual a conduta terapêutica adotada para os portadores de Doença de Alzheimer e posterior evolução clínica após seis meses de tratamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O envelhecimento populacional, isto é, a transição demográfica deu-se originalmente na Europa, fruto do desenvolvimento social gerado pela revolução industrial. Tal fato gerou uma queda gradual da mortalidade que em longo prazo permitiu uma queda na fecundidade e, conseqüentemente, no envelhecimento da população. Atualmente, na América Latina e nos países em desenvolvimento, observa-se uma transição demográfica conceitualmente idêntica a verificada na Europa no início do século, porém, esta transição ocorreu devido a um processo maciço de urbanização, sem alteração marcante na distribuição de renda e na estrutura do poder social (RAMOS, 2002, p. 72).

O envelhecimento da população brasileira tem uma influência importante na redução da taxa de fecundidade. Esta declinou de 5,8 filhos por mulher em 1960, para 2,5 em 1996. Entre 1960 e 1991, a taxa de fecundidade brasileira experimentou uma redução da ordem de 60%. Até os anos de 1960, todos os grupos etários registraram um crescimento praticamente idêntico; a partir daí, o grupo de idosos passa a apresentar uma tendência de aumento, passando de 6,4 para 13% em 2020. (RAMOS, 2002, p.106).

No Brasil em 1890, a expectativa de vida para a população, por ocasião do nascimento, era por volta de 34 anos; em 1940, era de 39 anos; em 1960, de 41; em 1970, de 59; em 1980 e 1990, de 61. Projeta-se uma expectativa de vida para a população da ordem de 71 anos em 2010 e de 75 em 2020. (RAMOS, 2002, p.106).

Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra cinco vezes a população total, o que nos colocará em termos absolutos como a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Dessa maneira, ocorrerá uma mudança no panorama epidemiológico relativo à morbimortalidade da população, passando a predominar o quadro de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

peculiares da população idosa, ao invés de doenças infecto-contagiosas prevalentes em populações jovens.

O grupo das DCNT compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população. (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004, p. 3).

Em reunião realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2003, com representantes do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação, foi dito que este conjunto de doenças é responsável por 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, numa escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020. Em 2001, no Brasil, as DCNT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde. (OPAS/OMS, 2004; ACHUTTI AZAMBUJA, 2004, p. 3).

A fim de se combater a evolução dessas patologias e garantir melhorias na qualidade de vida dos idosos, depois de sete anos de discussão no Congresso Nacional, entrou em vigor no dia 1º de janeiro de 2004 o estatuto do idoso, regimento que garante direitos e estipula deveres para melhorar a vida de pessoas com mais de 60 anos no país.

Especificamente sobre as medidas adotadas em relação aos pacientes portadores da Doença de Alzheimer, em abril de 2002, foram assinadas e publicadas no Diário Oficial as portarias 249, 255, 702 e 703, autorizando o tratamento dessa enfermidade na rede pública. O atendimento ao portador envolve diagnóstico, tratamento e outras atenções. De acordo com a determinação do Ministério da Saúde, a rede de atendimento à DA prevê o cadastramento de 74 centros de Referência em todo o país, dentre estes o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). (BRASIL, 2002, p.94).

Para que o paciente ingresse no programa, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios de inclusão e exclusão, que são os seguintes:

1. Inclusão: Ter sido avaliado por um neurologista e/ou psiquiatra e/ou geriatra; preencher os critérios clínicos de demência por doença de Alzheimer possível ou provável; apresentar Mini-exame do Estado Mental com escore entre 12 e 24 pontos para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade e, entre 8 e 17 para pacientes com até 4 anos de escolaridade e Escala CDR 1 ou 2 (demência leve ou moderada).

2.Exclusão: avaliação, por parte do médico assistente e/ou comitê de especialistas, que o paciente apresentará má aderência ao tratamento; doença péptica sem resposta ao tratamento; insuficiência cardíaca grave ou arritmia cardíaca; síndrome parkinsoniana (Doença de Parkinson ou parkinsonismo); diarreia; evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultâneas.

3.2 COGNIÇÃO E ENVELHECIMENTO

O termo cognição inclui a esfera de funcionamento intelectual humano, compreende o processo ativo de armazenamento, alteração, processamento ou evocação de informações pelo cérebro. (GURIAN, 2002, p.15).

O envelhecimento normal engloba um declínio das funções cognitivas dependentes de processos neurológicos que se alteram com a idade. Este declínio cognitivo tem início e progressão extremamente variáveis, dependendo de fatores educacionais, de saúde, de personalidade, bem como, do nível intelectual global e capacidades mentais específicas do indivíduo. (BASTOS; CANINEU, 2002, p. 128).

“As perdas de memória, principalmente as que se refletem em dificuldades para recordar nomes, números de telefones e objetos guardados, são as que mais chamam atenção das pessoas”. (BASTOS; CANINEU, 2002, p. 128). Essa diminuição do rendimento da memória associa-se com o declínio das energias vitais, pela diminuição do interesse em fixar informações, atitudes pessoais, decréscimo da capacidade de concentração e atenção, bem como pela própria deterioração neurofisiológica. (GURIAN, 2002, p.14-15).

Com o envelhecimento, parece que a inteligência que abrange a capacidade para a criação de conceitos, raciocínio e para abstração diminui; enquanto que a inteligência associada à experiência de vida e a herança intelectual e cultural da sociedade se mantém praticamente estável ao longo da vida.

No que diz respeito à linguagem, houve relatos de que certos problemas discretos tais como a designação de objetos, quadros e pessoas (anomia), podem surgir com o avançar da idade, sendo atribuídos ao acesso e a recuperação mais lenta dos itens constantes do vocabulário. A diminuição da capacidade para entender o material falado ou escrito é um fator preponderante relacionado ao idoso. O que parece ser devido a uma combinação de problemas no sistema motor e cognitivo e no processo relacionado com a linguagem. (PICKLES *et al*, 1998 apud GURIAN, 2002, p.16).

Os processos que condicionam a aprendizagem associam-se a iniciativa e a facilidade para aprender a relembrar, a sensibilidade frente ao estímulo da aprendizagem, o esforço de aprender e a intensidade de tal aprendizagem. Quando existe déficit de codificação e registro de informações, pode aumentar a ansiedade e dificultar ainda mais a aprendizagem. (SILVA, 2000 apud GURIAN, 2002, p.17).

Somado a tudo isso, ainda há fatores associados que afetam a cognição na população da terceira idade, tais como: idade, sexo, nível socioeconômico e escolaridade.

Em relação à idade, vários estudiosos relataram que o déficit cognitivo aparece principalmente após os 65 anos, aumentando com o avançar dos anos. (CARAMELLI *et al*, 1998; ENGELHARDT *et al*, 1997; O'CONNOR *et al*, 1989 apud GURIAN, 2002, p. 17).

Quanto ao gênero, o déficit cognitivo, segundo O'Connor *et al* (1989), mostrou um escore menor em mulheres do que em homens. Para Frati Glioni *et al* (1988), o déficit cognitivo alto é presente entre mulheres, mais do que em homens.

“Os idosos pertencentes à categoria socioeconômica mais baixa demonstraram escores de teste cognitivo diferentes, com maior prevalência da síndrome demencial”. (CARAMELLI *et al*, 1998; O’CONNOR *et al*, 1989; SILBERMAN *et al*, 1995).

No que se refere à escolaridade grande parte dos estudos sugere que uma maior escolaridade está associada de forma significativa a escores mais altos em testes de avaliação das funções intelectuais e de memória. (GERMANO NETO, 1997 apud GURIAN, 2002, p.17).

Ademais, uma inteligência produtiva, hábitos bem organizados, um modo de vida sadio, compensam as deficiências progressivas do envelhecimento. Privilegiar o envelhecimento bem-sucedido requer também avaliar e antecipar fatores de risco para o declínio cognitivo, bem como diagnosticar precocemente desvios que possam resultar num envelhecimento cognitivo patológico. (BASTOS; CANINEU, 2002, p.128).

3.3 SÍNDROMES DEMENCIAIS

A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, usualmente de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento, produzindo também um declínio apreciável no funcionamento intelectual dos seus portadores e interferindo em atividades rotineiras.

As Demências são um grupo de doenças associadas à velhice, mas que não fazem parte de um envelhecer normal. A demência encurta a probabilidade de vida. Dependendo do tipo, existe uma larga variabilidade nas taxas de declínio cognitivo de pessoa para pessoa e na rapidez com que se processam. Não obstante, são sempre progressivas. (ALVA; POTKIN, 2003, p.763).

Aspectos epidemiológicos sobre as demências, assim como seus principais tipos, fatores de risco e frequência, estão sendo cada vez mais pesquisados. Vários estudos de prevalência demonstram maiores coeficientes entre as mulheres, mas este não é o achado de incidência nos estudos de Framingham. Em estudos europeus de prevalência, essas diferenças não foram marcantes, no entanto, parece haver predominância masculina até 75 anos, e após, maior nas mulheres. Independente do gênero, é evidente o incremento com a idade, em média

o dobro a cada quinquênio de vida a partir dos 60 anos, como demonstrado em estudos de prevalência. (GOMES, 1995, p.351).

Inúmeras são as causas de demência, sendo as quatro causas mais freqüentes: Doença de Alzheimer (DA), Demência Vascular (DV), Demência com Corpos de Lewy (DCL) e Demência Frontotemporal. (CARAMELI; BARBOSA, 2002, p.1).

Todas as formas de demência apresentam em comum o declínio da memória e das habilidades intelectuais, com deterioração cognitiva e funcional, produzindo prejuízos nas esferas social, ocupacional e na realização de atividades da vida diária (APA, 1994). Além dessas alterações podem apresentar pelo menos um dos seguintes prejuízos cognitivos: apraxia, agnosia, afasia e deterioração das funções executivas (planejamento, abstração, seqüenciamento, orientação espacial). (FREIRIAS; MENON, 2002, p.179).

A complexidade da doença e suas seqüelas requerem um diagnóstico precoce e intervenção incisiva. Recomendações atuais sugerem uma história clínica minuciosa, envolvendo o indivíduo com déficit cognitivo e um informante seguro que provê uma base prévia de educação e evidências de mudanças no papel funcional e profissional do enfermo. Ademais, um exame físico detalhado incluindo um exame neurológico completo com quantificação objetiva do déficit cognitivo se faz necessário. (ALVA; POTKIN, 2003, p.763).

Recentemente, a Academia Americana de Neurologia recomendou conter na avaliação do paciente com demência, exames laboratoriais e de neuroimagem com a finalidade de correlacionar com os achados clínicos. Uma vez que, em casos de características atípicas ou de detecção inicial da demência uma seqüência de exames seria benéfica no auxílio ao diagnóstico. (ALVA; POTKIN, 2003, p.765).

A presente pesquisa abordará com mais detalhes a demência por DA, como se segue.

3.4 DOENÇA DE ALZHEIMER

O Mal de Alzheimer, como também é conhecida, foi descrita originalmente em 1906 pelo psiquiatra e neurologista alemão Alois Alzheimer, em uma paciente de 51 anos

com quadro de demência que se iniciou com idéias delirantes seguidas de declínio cognitivo e que faleceu após quatro anos do início dos sintomas. Por esse motivo, durante diversas décadas, o termo DA ficou reservado para a forma de demência degenerativa que incidia na faixa etária pré-senil (antes do 65 anos). A partir da década de 1970, com o avanço dos conhecimentos na área, verificou-se que a então denominada DA era semelhante, tanto do ponto de vista clínico quanto histopatológico, a chamada demência senil, e o epônimo doença de Alzheimer passou a ser utilizado independentemente da faixa etária do paciente. (NITRINI, 2005, p.327).

3.4.1 Epidemiologia

“A DA responde por cerca de 60% dos casos de todas as demências, o que a torna a causa principal de demência”. (LOGIUDICE, 2002 apud FORLENZA, GERMANO NETO; TANULINI, 2005, p.2). Estima-se que 2 a 4% da população com mais de 65 anos apresentem Demência do Tipo Alzheimer. A prevalência aumenta com a idade, particularmente após os 75 anos.

A idade é o principal fator de risco: sua prevalência passa de 0,7% aos 60 a 64 anos de idade para cerca de 40% nos grupos etários de 90 a 95 anos. Isso revela a magnitude do problema no Brasil, onde já vivem cerca de 15 milhões de indivíduos com mais de 60 anos. (FORLENZA, 2005.).

Além da idade, outros fatores de risco são considerados: sexo, história familiar, síndrome de Down, depressão, traumatismo crânio-encefálico com perda de consciência e baixa escolaridade.

Em relação ao sexo, alguns estudos que usaram dados hospitalares e institucionais de assistência em longo prazo mostram uma predominância da DA em mulheres e pessoas de condição socioeconômica baixa. Outros mostram a mesma prevalência entre homens e mulheres e criticam o uso de dados na maioria coletados em amostragens hospitalares. (GELLER; REICHEL, 2001, p.176). Entretanto, a maior prevalência de DA entre as mulheres pode ser explicada pelo fato destas apresentarem sobrevida mais longa com essa enfermidade do que os homens. Em alguns estudos brasileiros, a DA é mais comumente

encontrada entre as mulheres, mesmo após a correlação com a idade, escolaridade e nível socioeconômico. (MACHADO, 2002, p. 134).

Comparados com a população em geral, os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Demência do Tipo Alzheimer, com início precoce, estão mais propensos a desenvolver o transtorno. Os casos de início tardio também podem ter um componente genético. A Demência do Tipo Alzheimer é herdada, em algumas famílias, como um traço dominante com ligação a vários cromossomos, incluindo os cromossomos 21, 14 e 19. Entretanto, a proporção de casos relacionados a anormalidades específicas herdadas é desconhecida.

A prevalência da Demência do Tipo Alzheimer é aumentada em indivíduos com síndrome de Down. Alterações patológicas características da DA estão presentes no cérebro de indivíduos com síndrome de Down quando estes ingressam na casa dos 40 anos, embora os sintomas clínicos de demência em geral se manifestem apenas mais tarde.

Pacientes com história de traumatismo craniano podem evoluir para demência, provavelmente devido à tensão celular desencadeada pelo trauma. A elucidação dos mecanismos envolvidos na contribuição do desenvolvimento da DA necessitam de mais pesquisas para sua melhor compreensão.

Uma das hipóteses para explicar a associação entre demência e baixa escolaridade é a menor capacidade de compensação para qualquer déficit cognitivo. Caramelli *et al* demonstraram que o padrão neuropsicológico de comprometimento cognitivo pode ser diferente em indivíduos com escolaridade alta, estando algumas áreas preservadas do que outras. Como a baixa escolaridade, incluindo o analfabetismo, é freqüente em nossa população, sobretudo em indivíduos idosos, esse fator de risco se reveste de grande interesse para países como o Brasil. (MACHADO, 2002, p. 135).

A etiologia da doença de Alzheimer ainda é indefinida, mas o papel do fator de risco vascular é cada vez mais presente em sua fisiopatologia. Acredita-se que a prevenção ou a cura dos fatores de riscos vasculares poderiam diminuir a incidência da DA. Entre estes fatores, estão: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e consumo de tabaco. Todos estes fatores de risco vascular têm interação variável com a presença de doenças cerebrovasculares. (COWPLI-BONY; DARTIGUES; ORGOGOZO, 2006, p. 47).

3.4.2 Neuropatologia

A DA caracteriza-se do ponto de vista anatomopatológico por atrofia cortical que acomete, sobretudo, a formação hipocampal e as áreas corticais associativas. O exame microscópico revela perda neuronal e alterações histológicas características, os emaranhados neurofibrilares e placas senis. (NITRINI, 2005, p.327.).

A proteína tau é um constituinte normal dos microtúbulos e está presente no interior da célula neuronal. Na DA, esta proteína sofre processo de hiperfosforilação e se acumula sob forma de emaranhados neurofibrilares, uma das duas lesões neuropatológicas que constituem o selo do diagnóstico anatomopatológico da doença. Os emaranhados neurofibrilares prejudicam a homeostase neuronal, por interferirem com os mecanismos de transporte axonal de substâncias no interior dos neurônios. O peptídeo beta-amilóide é formado a partir da clivagem anormal da proteína precursora do amilóide, presente normalmente nas células nervosas. Esta proteína precursora é usualmente metabolizada (ou clivada) por uma enzima (alfa-secretase) que libera um fragmento que não apresenta efeitos neurotóxicos. Na DA, a proteína precursora é clivada em dois pontos diferentes de sua estrutura por duas enzimas: beta e gama-secretases. Forma-se, assim, o peptídeo beta-amilóide que possui efeitos neurotóxicos intrínsecos e que vai se depositar no espaço extracelular sob a forma de placas senis, a segunda lesão neuropatológica característica da doença. Não são ainda conhecidas as causas relacionadas a estas duas seqüências de eventos fisiopatológicos, embora se saiba que a indução genética ocorra em uma minoria de casos de DA familiar. O acúmulo de emaranhados neurofibrilares no espaço intracelular e de placas senis no meio extracelular acarreta disfunção/degeneração sináptica e morte neuronal, conseqüentemente, o aparecimento de demência. (CARAMELLI, 2006, p.13.).

Mutações genéticas foram identificadas em menos de 2% dos pacientes com DA, relacionadas principalmente às formas de DA familiar e de início pré-senil (habitualmente, antes dos 55 anos). Anormalidades nos cromossomos 1 (gene da pré-senilina 2), 14 (gene da pré-senilina 1) e 21 (gene da proteína precursora do amilóide) são as identificadas até o momento, acarretando formas autossômicas dominantes da doença. Outro fator genético é o polimorfismo do gene da apolipoproteína E, localizado no cromossomo 19 e que apresenta três alelos: £2, £3 e £4. O alelo £3 é o mais comum na população caucasiana. A

presença de um ou dois alelos $\epsilon 4$ aumenta de forma significativa o risco de desenvolvimento de DA, enquanto o alelo $\epsilon 2$ parece ter um efeito protetor. (CARAMELLI, 2006, p.14.).

Quanto às alterações neuroquímicas, é bastante conhecida a redução dos níveis de diversos neurotransmissores ao longo do curso da doença, secundariamente a perda neuronal que ocorre em diferentes vias ou em sistemas de neurotransmissão. Particular atenção vem sendo dada, há muitos anos, pelos pesquisadores à disfunção colinérgica, secundária ao acometimento, já em fases iniciais da DA- de núcleos colinérgicos localizados na base do cérebro, especialmente do núcleo basal de Meynert. Estes núcleos colinérgicos se projetam para amplas áreas do córtex cerebral e também para a formação hipocampal, relacionados às funções como aprendizado e memória. Parte racional do tratamento farmacológico disponível atualmente consiste exatamente no emprego de drogas de ação colinérgica, os inibidores da colinesterase.

Outra alteração neuroquímica que ocorre na doença diz respeito à atividade glutamatérgica, em que o glutamato é o principal neurotransmissor excitatório, encontrado no córtex cerebral, e também no hipocampo (além da medula espinhal), e relacionado à atividade de interneurônios. Sua ação é mediada por dois tipos de receptores: metabotrópicos e ionotrópicos. Os receptores metabotrópicos são ligados à proteína G e medeiam efeitos sinápticos lentos. Os receptores ionotrópicos, por sua vez, estão relacionados a efeitos sinápticos rápidos e pertencem a três famílias: AMPA, cainato e NMDA. Os receptores NMDA são canais iônicos permeáveis aos íons Na^+ , K^+ e Ca^{2+} e bloqueados pelo íon Mg^{2+} . O papel dos receptores NMDA se dá, sobretudo, em situações de estimulação sináptica mais intensa ou repetida, promovendo o influxo de íons Ca^{2+} para dentro do neurônio pós-sináptico e desencadeando o fenômeno de potencialização de longo prazo, intimamente ligado a processos de aprendizado e à memória. Tais eventos patológicos que ocorrem na DA acarretam hiperestimulação glutamatérgica, resultando em influxo anormalmente elevado de Ca^{2+} para o interior do neurônio pós-sináptico via-receptores NMDA. Este processo é denominado de excitotoxicidade e ocorre em diversas doenças neurodegenerativas. Há prejuízo da qualidade da transmissão sináptica, comprometendo os mecanismos de potencialização de longo prazo e os processos cognitivos relacionados. (CARAMELLI, 2006, p.16-17).

3.4.3 Manifestações Clínicas

O quadro clínico se inicia de modo insidioso caracterizando-se principalmente por distúrbios de memória para fatos recentes (memória episódica) e desorientação têmporo-espacial. Por vezes, o início é mais agudo, com episódio de agitação ou *delirium* que se segue a uma intervenção cirúrgica ou outro evento traumático. De modo progressivo, vão-se evidenciando distúrbios de raciocínio lógico e de planejamento, alterações de linguagem (sobretudo anomia), disfunção visuo-espacial e desinteresse por atividades habituais. (NITRINI, 2005, p.327).

Vários padrões deficitários são vistos, sendo um dos mais comuns o início insidioso, com déficits precoces na memória recente seguidos pelo desenvolvimento de afasia, apraxia e agnosia, após vários anos. Alguns indivíduos podem apresentar alterações da personalidade ou maior irritabilidade nos primeiros estágios. Nos estágios posteriores da doença, os indivíduos podem desenvolver perturbações motoras e da marcha, podendo por fim ficar mudos e confinados ao leito. A duração média da doença a partir do início dos sintomas até a morte é de 8-10 anos.

Além da ideação delirante, apatia, agressividade, irritabilidade, alterações do sono e alucinações visuais são algumas alterações neuropsiquiátricas que podem ocorrer na DA, particularmente nas fases intermediária e avançada da doença. Estudos revelam que, isoladamente, a apatia é o sintoma mais freqüente, podendo mesmo preceder, em alguns casos, as alterações cognitivas. Quanto ao sono, inversões no ciclo vigília-sono e insônia noturna podem ocorrer em alguns casos e ainda perambulação noturna pela casa, ambos especialmente nas fases intermediária e avançada da doença. (CARAMELLI, 2006, p.5-8).

3.4.4 Diagnóstico

Requisito primário para o diagnóstico de demência é a evidência de um declínio tanto na memória quanto no pensamento, o qual é suficiente para comprometer atividades pessoais da vida diária, devendo a sintomatologia estar evidente por pelo menos

seis meses para um diagnóstico clínico confiável de demência. O diagnóstico de doença de Alzheimer é um processo de exclusão.

3.4.4.1 Diagnóstico clínico e laboratorial

Clínico:

A. Critérios para o diagnóstico clínico de provável doença de Alzheimer:

- presença de demência estabelecida por teste objetivo;
- prejuízo da memória e de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem ou percepção, por exemplo);
- piora progressiva da sintomatologia;
- ausência de distúrbio do nível de consciência;
- início entre 40 e 90 anos de idade, porém mais frequentemente após os 65 anos;
- ausência de distúrbios sistêmicos e/ou outra doença do sistema nervoso central (SNC) que poderiam acarretar déficit cognitivo progressivo (demência), como por exemplo, hipotireoidismo.

- O diagnóstico provável é apoiado por: deterioração progressiva de funções cognitivas como linguagem (afasia), habilidades motoras (apraxias) e percepção (agnosias); atividades do dia-a-dia prejudicadas e padrão de comportamento alterado; história familiar de “demência”, particularmente se confirmada por exame anatomo-patológico; exames complementares normais (EEG, TCC, RM) ou com alterações inespecíficas (ex. EEG com lentificação, TCC com atrofia difusa); evidência documentada de progressão da atrofia cerebral.

- Outros achados clínicos consistentes com provável DA, após exclusão de outras causas de demência são: platô no curso da doença; sintomas associados de depressão, insônia, incontinência, ilusões, surtos de descontrole (verbal, emocional ou física), mudanças no comportamento sexual, e perda de peso;

Aparecimento de outras alterações neurológicas em fase avançada da doença (alterações motoras como aumento do tônus muscular, alterações da marcha, entre outras.).

B. Critérios para diagnóstico de possível DA

- Feito com base na síndrome demencial, na ausência de outras alterações neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas, suficientes para produzir demência mesmo que em presença de variações de apresentação do início ou do curso clínico;

- Pode ser feito na presença de uma segunda alteração sistêmica ou cerebral suficiente para produzir demência, mas não considerada causa do quadro demencial presente;

- Pode ser usado em investigações, quando um único e gradual déficit cognitivo severo é documentado na ausência de outras causas identificáveis.

C. Critérios para diagnóstico de doença de Alzheimer definitiva

- Preenchimento dos critérios de provável DA com comprovação por histopatologia de tecido cerebral por biópsia ou autópsia.

Achados que tornam o diagnóstico de DA improvável ou incerto: início súbito; achados neurológicos focais como hemiparesia, alterações de sensibilidade e dos campos visuais, sinais cerebelares, crises convulsivas, entre outras, no início da doença ou muito precoces no curso da doença.

Em até 10 a 15% dos casos, a demência da doença de Alzheimer pode coexistir com demência vascular.

Diagnóstico Laboratorial:

Não existem exames que confirmem o diagnóstico de doença de Alzheimer, pois até agora isso só ocorre por biópsia cerebral ou necrópsia (autópsia).

Os exames complementares servem para a exclusão de condições que poderiam provocar demência que não a doença de Alzheimer. Esses exames devem ser solicitados para descartar causas de demência de origem metabólica e potencialmente reversível ou, mais comumente, comorbidades (ex.: hipotireoidismo, carência de vitamina B12, anemia, insuficiência hepática ou renal, entre outras). A sorologia para Sífilis também é um exame obrigatório.

Tomografia computadorizada ou ressonância magnética são exames indicados basicamente para descartar lesões estruturais focais no sistema nervoso central, como doença vascular cerebral, tumores ou hidrocefalia. Na DA, os exames de neuroimagem costumam revelar atrofia cortical global, mais proeminente nos lobos temporais e parietais posteriores, embora possam ser normais nas fases iniciais da doença. (BRASIL, 2002, p.99; CARAMELLI, 2006, p.9).

Instrumentos padronizados são de auxílio fundamental para o diagnóstico de Demência, como o Mini-exame do Estado Mental(MEEM) e a Escala Clínica de Avaliação de Demência (*Clinical Dementia Rating Scale – CDR*). Observar anexos A e B, respectivamente.

O emprego de testes de rastreio ou de avaliação cognitiva breve, como o Mini-exame do Estado Mental (onde se observa prejuízo nos subitens de orientação temporal e na evocação das três palavras) e testes de memória de listas de palavras ou de figuras (nos quais ocorre mau desempenho na evocação após intervalo) são de grande valia na avaliação clínica. Outros testes, como fluência verbal (número de animais em um minuto) e o desenho do relógio, também são úteis na avaliação. (CARAMELLI, 2006, p.9). O curso da Demência do Tipo Alzheimer tende a ser lentamente progressivo, com uma perda anual de 3-4 pontos em um instrumento padronizado de avaliação como o MEEM.

3.4.5 Diagnóstico diferencial

Os transtornos comportamentais da demência possuem considerável importância, na medida em que aumentam a morbimortalidade do paciente. Além disso, esses transtornos afetam adversamente aqueles em torno do paciente, especialmente os seus cuidadores.(CONSTANTINE, 2001, p.165).

Para o diagnóstico diferencial, é importante considerarmos várias outras condições que podem apresentar-se, de início, com quadro clínico semelhante às demências, entre as quais se incluem as desordens amnésticas, o retardo mental, as desordens fictícias, o estado confusional (delirium), as desordens psiquiátricas funcionais (depressão maior, esquizofrenia) e o declínio cognitivo leve ou transtorno cognitivo leve (TCL).

Abordaremos neste trabalho, de forma breve, duas dessas condições: depressão e delirium.

3.4.5.1 Depressão

A organização Mundial de Saúde estima que em 2020 os transtornos depressivos serão a segunda maior causa de comprometimento funcional, perdendo apenas para as doenças coronarianas. Esta projeção, associada à prevalência de sintomas depressivos na população em acompanhamento por qualquer problema clínico, reforça a necessidade de familiarização dos médicos de todas as especialidades com seu diagnóstico e tratamento. Estima-se que 80% dos indivíduos portadores de depressão sejam tratados por não psiquiatras ou não são tratados. É claro que na literatura e na prática, que a maioria dos portadores de quadros depressivos procura inicialmente um clínico geral ou neurologista. (MICHELON, L, 2006, p.123).

Desta forma a depressão vem sendo reconhecida como um problema de saúde pública. As repercussões sobre o indivíduo portador podem ser avassaladoras e as influências negativas de sintomas depressivos na evolução de outras condições médicas refletem a importância do correto diagnóstico e tratamento adequado. A ausência de diagnóstico também contribui para aumento da demanda por serviços de saúde, persistência de sofrimento individual e familiar, incapacitação profissional e social e elevação de custos diretos e indiretos, privados e públicos. (LECRUBIER, 2001; MICHELON, 2006, p.123).

Embora a depressão possa apresentar-se através de diferentes associações de sintomas, tipicamente a síndrome depressiva se manifesta por um humor deprimido na maior parte do tempo, o que é identificado, muitas vezes, pela sensação de tristeza e tendência ao choro. Outras funções mentais também são afetadas. O interesse por atividades antes prazerosas se perde; há redução no tempo destinado ao trabalho ou atividades rotineiras por desinteresse e/ou devido sensação de fraqueza muscular, cansaço, falta de energia; o pensamento se lentifica e a capacidade de concentração e atenção fica prejudicada; o apetite pode estar reduzido ou aumentado; a qualidade do sono fica prejudicada, ocorrendo insônia ou hiperinsônia; pode haver diminuição da atividade motora com prostração ou movimentos de inquietação associados a ansiedade; o conteúdo do pensamento se modifica, ocorrendo

idéias de menosvalia, inutilidade, culpa, pessimismo; idéias de suicídio; entre outros. (MICHELON, 2006, p.123).

Desta forma, percebe-se que alguns sintomas depressivos podem surgir em função de diversas condições clínicas, entre elas a DA. Ademais, sintomas como: pensamento lentificado e a capacidade de concentração e atenção prejudicada e a diminuição da atividade motora assemelham-se à clínica dos transtornos degenerativos.

Vê-se ainda que o início tardiamente na vida de depressão está mais associado à presença de patologias cerebrais, principalmente degenerativas e doenças cerebrovasculares. (LAPID; RUMMANS, 2003 apud MICHELON, 2006, p.124).

Na avaliação inicial de qualquer paciente com DA, as queixas somáticas devem ser consideradas e a investigação de alterações físicas realizada através de questionamento direto sobre o funcionamento dos diversos sistemas e através de exames físico e neurológico, pois, a recorrência de problemas físicos e a baixa expectativa sobre o funcionamento social relacionadas ao envelhecimento prejudicam o reconhecimento da depressão em idosos.

Sintomas depressivos são comuns dentro da DA, mas a prevalência deles diminuiu com o passar do tempo. Um exame da relação temporal entre os sintomas depressivos e seus fatores de risco, sugere que o declínio da função, e não da cognição, precede o primeiro episódio de sintoma depressivo em pacientes com provável DA. (HOLTZER, 2005).

A presença de depressão em comorbidade indica pior prognóstico relacionado a outras doenças orgânicas crônicas, como a DA. Portanto, a abordagem farmacológica é essencial na imensa maioria dos casos. Os pacientes devem ser orientados quanto à natureza médica da doença, sobre as possibilidades de tratamento e os aspectos envolvidos, como tempo de latência para início da resposta, possíveis efeitos colaterais, sobre os riscos envolvidos na falta de tratamento. A informação melhora a aderência e ajuda a suportar o período inicial até que os benefícios surjam.

A escolha do antidepressivo a ser prescrito deve considerar o subtipo depressivo, presença de comorbidades clínicas, psiquiátricas e histórico de resposta a tratamentos prévios. O maior fator limitante de adaptação individual a um antidepressivo continua sendo o perfil de efeitos colaterais e o seu potencial de interação com outras drogas utilizadas pelos pacientes. (MICHELON, 2006, p.123).

3.4.5.2 Delirium

“O delirium é uma síndrome adquirida, com redução do estado de alerta, de percepção e da habilidade de manter e de desviar a atenção de forma apropriada”. (MACHADO, 2002, p. 138). Este é visto como uma perturbação das funções neurais decorrente de distúrbios sistêmicos, entretanto apresenta reversibilidade.

O delirium é uma síndrome multifatorial podendo ser desencadeada por vários fatores, tais como: idade avançada, presença de doença clínica com comprometimento do estado geral de saúde, tempo de permanência hospitalar, presença de demência ou outros acometimentos do sistema nervoso central (SNC), polifármacos, dentre outros fatores.

Doenças psiquiátricas conferem maior risco para o desenvolvimento do quadro, possivelmente em parte pela utilização de medicamentos com ação central. (MORSE; LIRIN, 1969; GUSTAFSON *et al*, 1988; FOLKS *et al* apud FORENZA; NUNES; WACKES, 2005).

O delirium e a DA têm na disfunção colinérgica mecanismo comum, hipotetiza-se que os indivíduos com demência são particularmente suscetíveis ao delirium. Estudos corroboram para este fato, mostrando que a constatação de episódio de delirium aumenta a sensibilidade para o diagnóstico de demência já existente. (FORENZA, NUNES; WACKES, 2005, p.4).

Assim como as demências, o delirium é caracterizado por comprometimento cognitivo global. Apresentando, contudo, início súbito com flutuações marcantes do déficit cognitivo ao longo do dia, alternância do estado de consciência, alterações do ciclo do sono e alucinações visuais e idéias delirantes. (MACHADO, 2002, p. 138). “Por tudo isso, a presença

do delirium no idoso impõe a necessidade de uma reavaliação rigorosa das funções cognitivas, após o término de um episódio de delirium”. (MACHADO, 2002, p. 138).

3.4.6 Terapêutica

Várias abordagens terapêuticas foram desenvolvidas ao longo dos últimos 20 anos com o objetivo de otimizar o funcionamento do sistema colinérgico dos portadores de DA. A estratégia que se mostrou mais eficaz até o momento foi a da inibição da acetilcolinesterase, enzima responsável pela degradação da acetilcolina. (ALMEIDA, 1998, p. 2).

As estratégias colinérgicas têm sido há muito preconizadas para o tratamento da DA, porém somente com a introdução dos inibidores das colinesterases (IChEs) é que foi demonstrada eficácia comprovada, desde os estudos iniciais. Os efeitos do tratamento foram demonstrados para os diversos IChEs, indicando de modo consistente que esses fármacos são melhores que placebo de forma significativa. Entretanto, a doença apresenta progressão apesar do tratamento. Os diversos instrumentos utilizados para verificar o desempenho dos pacientes diante da medicação mostram benefício em relação à cognição, função e comportamento, verificado pelos médicos e pelos cuidadores, indicando que mesmo melhoras mensuráveis reduzidas podem apresentar significado clínico. Os IChEs, através do aumento da oferta de acetilcolina, parecem também interferir nos processos básicos, com possível modificação do curso da doença.(ELIASZ *et al*, 2005, p. 4).

O mercado brasileiro dispõe atualmente, licenciado pela ANVISA, quatro medicamentos com essas características: tacrina, rivastigmina, donepezil e galantamina.

A tacrina foi o primeiro IChE aprovado para tratamento da DA. Apesar de sua eficácia, apenas um percentual baixo dos pacientes foi capaz de tolerar doses elevadas mais eficazes devido, sobretudo a hepatotoxicidade e com a entrada dos novos IChEs no mercado, tornaram sua prescrição atualmente muito restrita. .(ELIASZ *et al*, 2005, p. 5).

A rivastigmina é um inibidor pseudo-irreversível da AChE e da BChE. A inibição simultânea da BChE, aumentada nos pacientes em fases mais avançadas da doença, é um fator que pode eventualmente prolongar o benefício do tratamento. A meia vida é 1-2 horas, porém apresenta uma atividade prolongada (8-10 h). O tratamento deve ser iniciado com 1,5 mg duas vezes por dia, com escalonamento da dose até 6 mg duas vezes ao dia. A eliminação é principalmente renal e não envolve o sistema citocromo P450, não ocorrendo praticamente interações medicamentosas. (ELIASZ *et al*, 2005, p. 4).

Além disso, a rivastigmina parece atuar de forma adequada no hipocampo e córtex cerebral, que são áreas significativamente comprometidas em pacientes com DA. Doses entre 6 e 12 mg diários produziram melhora clínica de acordo com o "Clinical Global Impression of Change" (CGIC) e em alguns subtestes cognitivos como a "Substituição de Dígitos por Símbolos". Os efeitos adversos mais comuns associados ao uso de rivastigmina foram: cefaléia, náusea, tontura e diarreia. (ALMEIDA, 1998, p. 7).

O donepezil é um inibidor reversível e seletivo da AChE, com meia-vida de aproximadamente 70 horas. O tratamento é iniciado com 5 mg por dia, aumentando-se a dose para 10 mg por dia na dependência de tolerabilidade e não resposta clínica esperada. Utiliza o sistema citocromo P450, de modo que seu uso simultâneo com outros fármacos que partilham do mesmo sistema enzimático deve ser feito com cautela. Os efeitos adversos observados entre os pacientes recebendo 10 mg/dia de donepezil são: diarreia, náusea, vômito e câibras. Porém, pacientes que utilizam a dose de 5mg diários de donepezil referem melhor balanço entre eficácia e tolerância (ALMEIDA, 1998, p.5-6).

A galantamina é um inibidor reversível da AChE e apresenta adicionalmente ação de modulação alostérica de receptores nicotínicos ('ligante potenciador alostérico'). Embora não esteja estabelecida com clareza a significação clínica dessa modulação, existe relação entre cognição e receptores nicotínicos. Tem meia vida de aproximadamente 7 horas, podendo ser administrada em duas doses diárias. A dose inicial é 4 mg 2 vezes/dia, escalonada para até 12 mg 2 vezes/dia¹²⁻¹⁴. Utiliza o sistema do citocromo P450 hepático na sua metabolização, o que suscita cuidados em relação à interação com alguns fármacos. (ELIASZ *et al*, 2005, p. 4-5).

Recentemente disponível no mercado, o cloridrato de memantina que é um antagonista não competitivo de moderada afinidade dos receptores NMDA, oferecendo neuroproteção em relação à excitotoxicidade do glutamato. O uso de memantina mostrou eficácia em pacientes com DA moderada a grave. (ELIASZ *et al*, 2005, p. 5).

Outros agentes propostos para melhora da cognição e para neuroproteção como: vitamina E, ginkobiloba, seleginina, anti-inflamatório não-hormonal, estatina e estrogênio; não tiveram eficácia comprovada até o momento.

Especialmente sobre as medicações disponibilizadas pelo protocolo de atendimento aos pacientes portadores de DA (anexo C), a Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Pará, através do Programa de Drogas Excepcionais, adquiriu as seguintes medicações anticolinesterásicas: 1. Rivastigmina (nas apresentações de comprimidos: 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg e 6 mg); 2. Donepesil(disponível na forma de comprimido).

“Para a manutenção e dispensação dos medicamentos, os pacientes incluídos no programa deverão ser reavaliados 3 a 4 meses após o início do tratamento e, depois disso, a cada 4 a 6 meses”. (BRASIL, 2002, p.100).

O tratamento deverá ser suspenso se: após 3 a 4 meses do início do tratamento o paciente não apresentar melhora ou estabilização do quadro; os pacientes com 4 anos de escolaridade apresentarem MEEM abaixo de 12 pontos; os pacientes apresentarem CDR igual ou inferior a dois; tiverem intolerância a medicação.

É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento de demência por DA (anexo D), o que deverá ser formalizado por meio de assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, de acordo com o medicamento utilizado (anexo E).

4 METODOLOGIA

Delineamento do estudo: Foi realizado um estudo descritivo através de coleta de dados de prontuários associado à aplicação de protocolo de pesquisa (apêndice A) de pacientes matriculados no ambulatório de Geriatria, no período de Março de 2003 a agosto de 2006.

Local do estudo: Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB).

População: todos os pacientes atendidos no ambulatório de Geriatria do HUJBB no período descrito acima.

Critérios de inclusão: pacientes matriculados no ambulatório de geriatria, dentro do período delineado, independente do sexo e que foram encaminhados por queixas de distúrbios cognitivos.

Critérios de exclusão: prontuários que estejam com dados incompletos ou que estejam fora do período delineado; bem como pacientes cujos prontuários não foram encontrados após três tentativas em meses consecutivos.

Definição das variáveis estudadas:

a) Critérios de escolaridade: - até 3 anos de estudo é considerado baixa escolaridade; o intervalo de 4 a 7 anos considerado de média escolaridade; a partir de 8 anos alta escolaridade.

b) Critério clínico de avaliação funcional de DA (FAST.):

- DA leve (MEEM: 19-20), requer auxílio para tarefas complexas;
- DA moderada (MEEM: 15-9), requer auxilia para a escolha do vestuário;
- DA grave (MEEM: menor ou igual 8), auxilio para as AVDS e comprometimento de habilidades.

Captação e processamento dos dados: todos os voluntários da presente pesquisa foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde. O anteprojeto desta pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Universitário João de Barros Barreto (anexo F).

Foi criado arquivo informatizado utilizando o programa Microsoft Office Excel 2003. A estatística teste utilizada foi o qui-quadrado, teste não paramétrico de proporções esperadas para efetuar a comparação entre os escores observados e os esperados, adotando-se como nível de significância 5%. Para o desenvolvimento do teste do qui-quadrado utilizamos o pacote BioEstat 3.0 e o SPSS. A construção dos gráficos foi feita com Microsoft Excel.

Para alcançar os objetivos foi imprescindível garantir a confidencialidade, liberdade de participação, privacidade, proteção da imagem, não-estigmatização, acesso aos dados do estudo e ao resultado da pesquisa; sendo que as informações foram utilizadas sem prejuízo às pessoas e com respeito à auto-estima e à situação econômica de cada paciente.

5 RESULTADOS

Inicialmente foi fornecida uma lista contendo o número de matrícula de 215 pacientes agendados para receber atendimento, no período de março de 2003 a agosto de 2006.

Durante a revisão dos prontuários, realizada do mês de outubro a dezembro de 2006, 21 prontuários não foram encontrados. Dos 194 prontuários revisados descobriu-se que: 24 prontuários não continham informação sobre o ambulatório de geriatria, 47 pacientes foram atendidos por doenças clínicas, 20 pacientes foram atendidos por Doença de Parkinson, seis pacientes foram a óbito e apenas 97 dos pacientes preenchiam os critérios de inclusão. Observar figura abaixo.

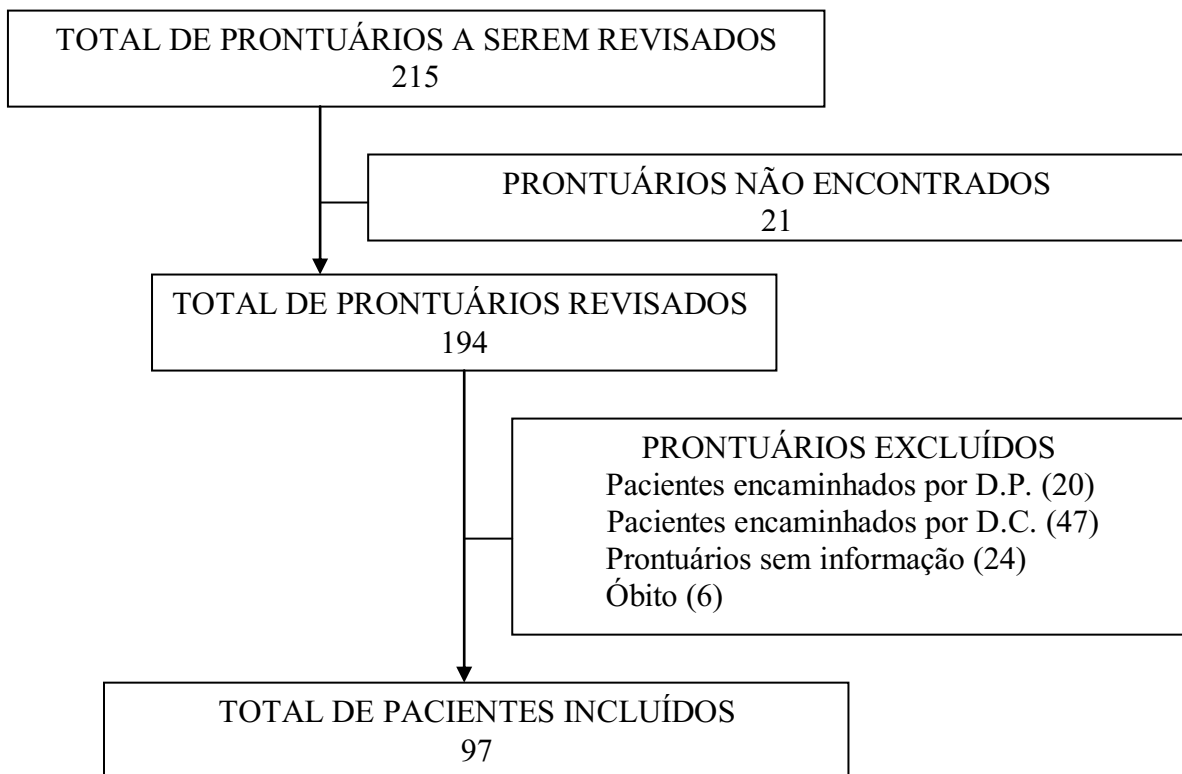


FIGURA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS COLETADOS NOS PRONTUÁRIOS REVISADOS DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HJBB, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

FONTE: Prontuários do HJBB

LEGENDA:

DP = Doença de Parkinson

DC = Doenças clínicas

Os resultados encontrados nos 97 prontuários serão apresentados, a seguir, sob a forma de tabelas.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS 97 PACIENTES COM TRANSTORNO COGNITIVO E/OU DE HUMOR DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA E SEXO, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

IDADE (ANOS)	HOMEM	MULHER	TOTAL	
	N	N	N	%
50 a 60	3	8	11	11,4
61 a 70	6	10	16	16,5
71 a 80	15	28	43	44,3
81 a 90	6	17	23	23,7
91 a 100	2	1	3	3,1
Sem Informação	0	1	1	1,0
TOTAL	32 (33%)	65 (67%)	97	100

FONTE: Prontuários do HUIBB

Variação: 54 a 96 anos

Média: 76 anos

(p) = 0.7144

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado corrigido de Yates, obtivemos (p=0,7144), sendo não significativo ao nível de 5%, parece não haver diferença significativa entre proporções de homens e mulheres segundo a idade. A diferença existente é, portanto, variação amostral.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS 97 PACIENTES COM TRANSTORNO COGNITIVO E/OU DE HUMOR DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM A PROCEDÊNCIA, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

PROCEDÊNCIA	N	%
ENCAMINHAMENTO	84	86,6
DEMANDA ESPONTÂNEA	13	13,4
TOTAL	97	100

FONTE: Prontuários do HUIBB

(p) = 0.0000

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos (p=0,0000), sendo altamente significativo ao nível de 5%. Há diferença significativa entre proporções de pacientes portadores de transtorno cognitivo e/ou de humor de acordo com a procedência. Portanto as variações encontradas podem ser reproduzidas em estudos futuros.

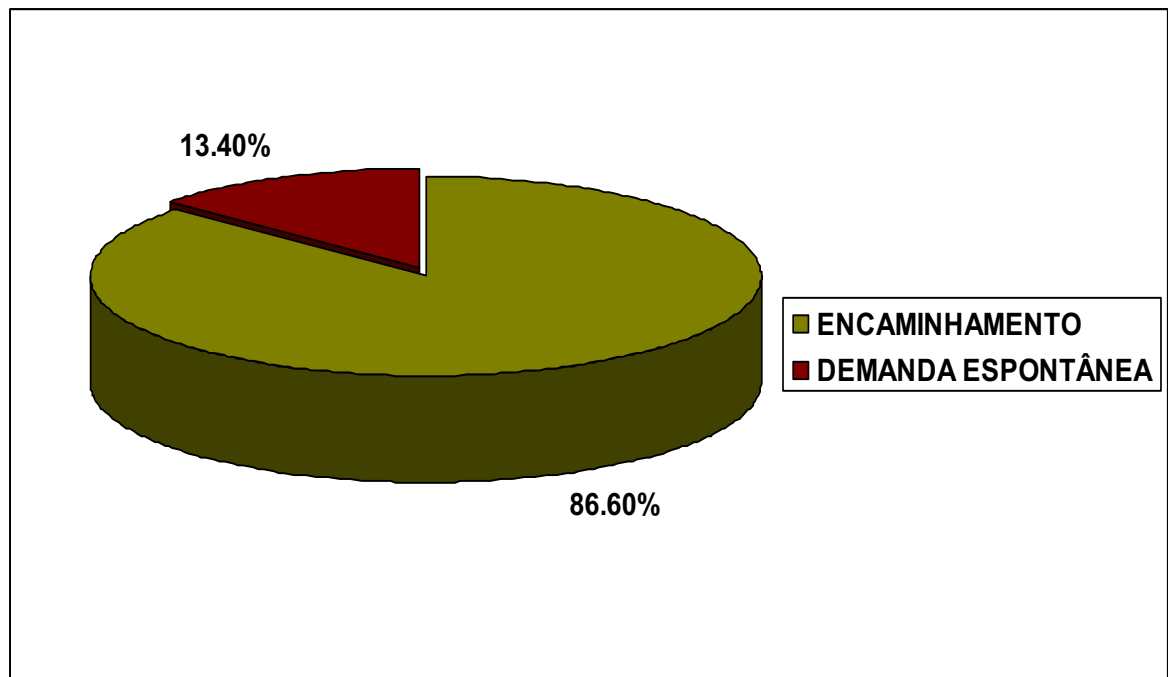


FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS 97 PACIENTES COM TRANSTORNO COGNITIVO E/OU DE HUMOR DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM A PROCEDÊNCIA, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

FONTE: Prontuários do HUIBB.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS 97 PACIENTES COM TRANSTORNO COGNITIVO E/OU DE HUMOR DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM O MOTIVO DA CONSULTA, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

MOTIVO	N	%
ESQUECIMENTO	78	80,4
RECEBER MEDICAÇÃO	17	17,5
OUTROS	2	2,1
TOTAL	97	100

FONTE: Prontuários do HUIBB

(p) = 0.0000

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos ($p=0,0000$), sendo altamente significativo ao nível de 5%. Há diferença significativa entre proporções de pacientes portadores de transtorno cognitivo e/ou de humor de acordo com o motivo da consulta. Portanto as variações encontradas não ocorreram ao acaso.

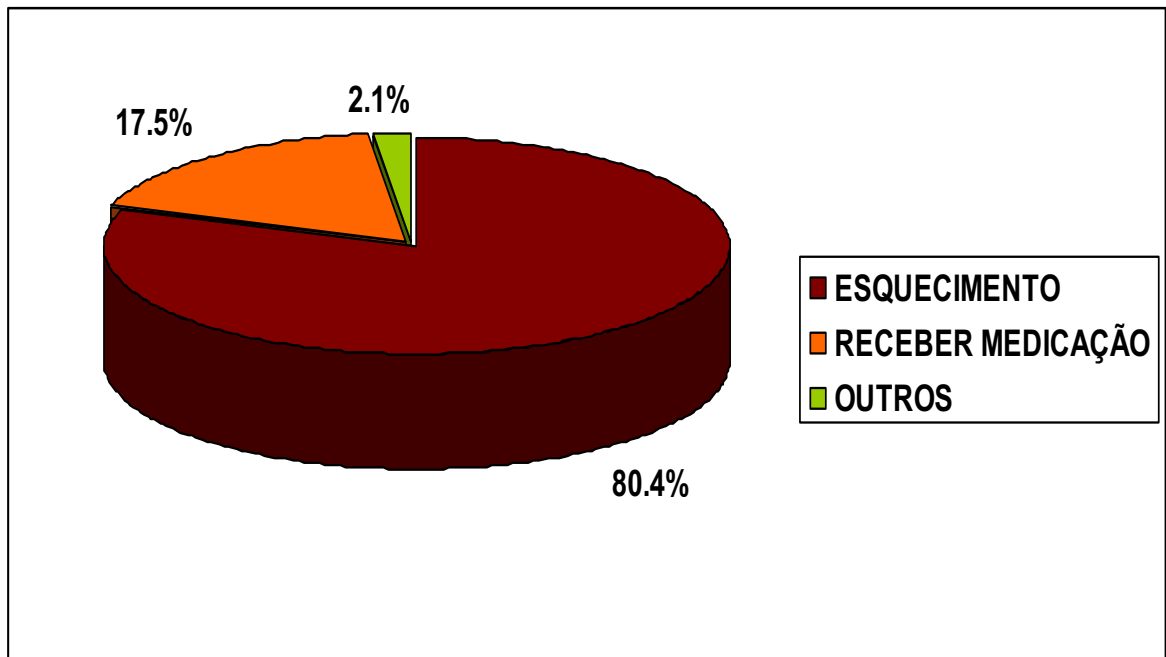


FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS 97 PACIENTES COM TRANSTORNO COGNITIVO E/OU DE HUMOR DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM O MOTIVO DA CONSULTA, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

FONTE: Prontuários do HUIBB.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS 97 PACIENTES COM TRANSTORNO COGNITIVO E/OU DE HUMOR DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM O RESULTADO DO MEEM DA PRIMEIRA CONSULTA, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

MEEM	N	%
< 8	11	11,3
8 a 13	21	21,6
14 a 17	14	14,4
18 a 25	29	30,0
26 a 30	6	6,2
SEM INFORMAÇÃO	16	16,5
TOTAL	97	100

FONTE: Prontuários do HUIBB

LEGENDA:

MEEM = Mini-exame do estado mental

(p) = 0.0005

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado corrigido de Yates, obtivemos (p=0,0005), sendo significativo ao nível de 5%. Há

diferença significativa entre proporções de pacientes portadores de transtorno cognitivo e/ou de humor de acordo com o resultado do MEEM. Portanto as variações encontradas não ocorreram ao acaso.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS 97 PACIENTES COM TRANSTORNO COGNITIVO E/OU DE HUMOR DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE E O MEEM INICIAL, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006

MEEM	ESCOLARIDADE					TOTAL
	ALTA	MÉDIA	BAIXA	ANALFABETO	SI	
< 8	1	3	1	1	5	11 (11,3%)
8 a 13	1	6	4	3	7	21 (21,6%)
14 a 17	0	3	6	1	4	14 (14,4%)
18 a 25	3	12	7	2	5	29 (30,0%)
26 a 30	2	1	1	0	2	6 (6,2%)
Sem Informação	0	3	1	2	10	16 (16,5%)
TOTAL	7 (7,2%)	28 (28,9%)	20 (20,6%)	9 (9,2%)	33 (34%)	97 (100%)

FONTE: Prontuários do HUIBB

LEGENDA:

MEEM = Mini-exame do estado mental

(p) = 0.1861

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado corrigido de Yates, obtivemos (p=0,1861) sendo não significativo ao nível de 5%, parece não haver diferença significativa entre as proporções de pacientes segundo a escolaridade e o nível do MEEM . A diferença existente foi ao acaso.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM REALIZADOS NOS 97 PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB COM TRANSTORNO COGNITIVO E/OU DE HUMOR, PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

EXAMES	N	%
HEMOGRAMA/BIOQUIMICA	53	54,6
TSH / T4Livre	44	45,4
VITAMINA B12	4	4,1
TC DE CRÂNIO	57	58,8
RM DE CRÂNIO	6	6,2
OUTROS	4	4,1

FONTE: Prontuários do HUIBB

(p) = 0.0000

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos (p=0,0000) sendo altamente significativo ao nível de 5%. Há diferença

significativa entre proporções de pacientes portadores de transtorno cognitivo e/ou de humor submetidos a exames laboratoriais e de imagem. Portanto as variações encontradas não ocorreram ao acaso.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS DISTÚRBIOS COGNITIVOS E DE HUMOR ENCONTRADOS NOS 97 PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

DISTÚRBIOS COGNITIVOS	DISTÚRBIOS DO HUMOR		TOTAL
	DEPRESSÃO	SEM DEPRESSÃO	
SEM DISTÚRBIOS	15	7	22 (22,7%)
TCL	7	9	16 (16,5%)
DEMÊNCIA	8	51	59 (60,8%)
TOTAL	30 (30,9%)	67 (69,1%)	97 (100%)

FONTE: Prontuários do HUIBB

LEGENDA:

TCL = Transtorno cognitivo leve

(p) = 0.0000

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos (p=0,0000) sendo altamente significativo ao nível de 5%. Há diferença significativa entre proporções de pacientes segundo o tipo de transtorno cognitivo e as categorias de transtorno de humor. As variações proporcionais encontradas não ocorreram ao acaso.

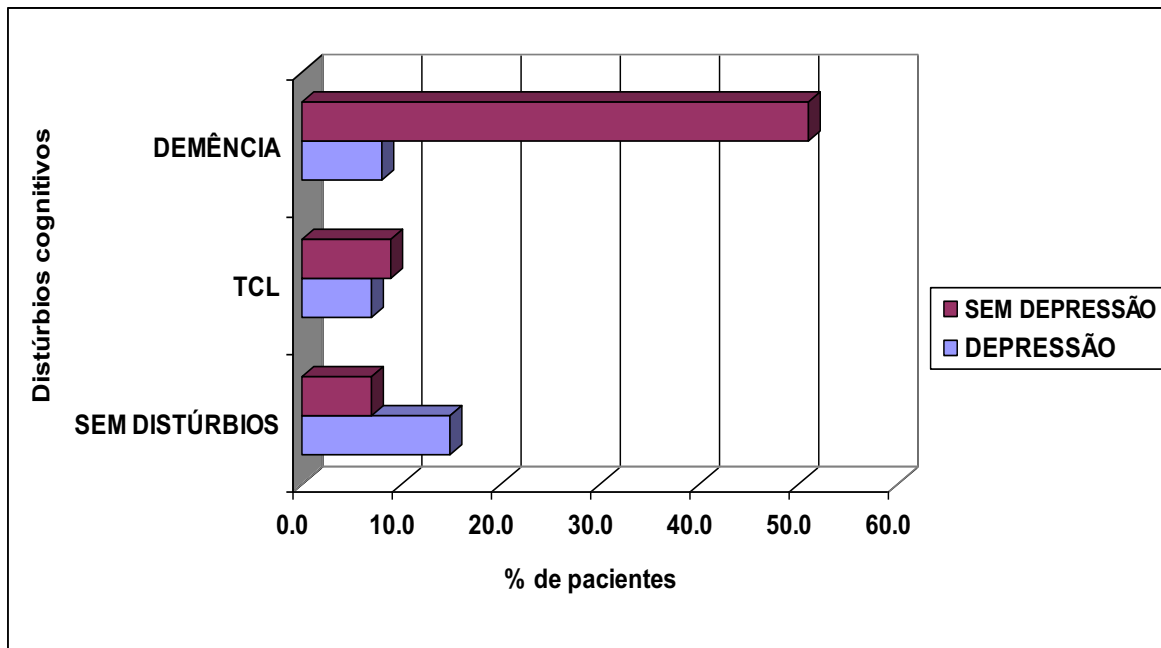


FIGURA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS DISTÚRBIOS COGNITIVOS E DE HUMOR ENCONTRADOS NOS 97 PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

FONTE: Prontuários do HUIBB.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM A PROCEDÊNCIA, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

PROCEDÊNCIA	N	%
ENCAMINHAMENTO	48	81,4
PROCURA ESPONTÂNEA	11	18,6
TOTAL	59	100

FONTE: Prontuários do HUIBB

(p) = 0.0000

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos (p=0,0000), sendo altamente significativo ao nível de 5%. Há diferença significativa entre proporções de pacientes portadores de demência, atendidos no ambulatório de geriatria do HUIBB, segundo o tipo de encaminhamento. As variações proporcionais encontradas não ocorreram ao acaso.

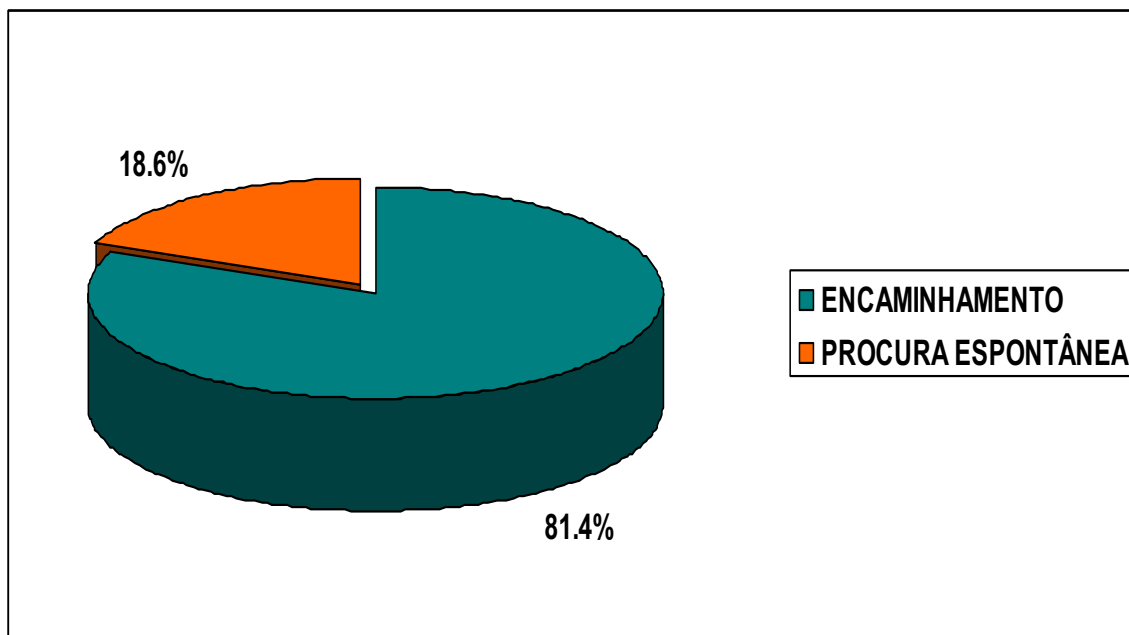


FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM A PROCEDÊNCIA, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

FONTE: Prontuários do HUIBB.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM DEMÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

IDADE (ANOS)	N	%
50 a 60	1	1,7
61 a 70	11	18,6
71 a 80	23	39,0
81 a 90	20	34,0
91 a 100	3	5,0
Sem Informação	1	1,7
TOTAL	59	100

FONTE: Prontuários do HUIBB

LEGENDA:

% = porcentagem em relação ao número total de pacientes com transtorno cognitivo e/ou de humor.

(p) = 0.0000

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos (p=0,0000), sendo altamente significativo ao nível de 5%. Há diferença significativa entre proporções de pacientes portadores de demência, atendidos no ambulatório de geriatria do HUIBB, segundo o tipo de encaminhamento. As variações proporcionais encontradas não ocorreram ao acaso.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM DEMÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB DE ACORDO COM O SEXO, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

SEXO	N	%
FEMININO	37	62,7
MASCULINO	22	37,3
TOTAL	59	100

FONTE: Prontuários do HUIBB

LEGENDA:

% = porcentagem em relação ao número total de pacientes com demência.

(p) = 0.0684

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado corrigido de Yates, obtivemos ($p=0,0684$), sendo não significativo ao nível de 5%, parece não haver diferença significativa entre as proporções de pacientes portadores de demência segundo o sexo. A diferença existente foi ao acaso.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB QUE APRESENTAM DEMÊNCIA DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

ESCOLARIDADE	N	%
ALTA	4	6,8
MÉDIA	20	34,0
BAIXA	9	15,2
ANALFABETO	5	8,4
SEM INFORMAÇÃO	21	35,6
TOTAL	59	100

FONTE: Prontuários do HUIBB

LEGENDA:

% = porcentagem em relação ao número total de pacientes com demência.

(p) = 0.0002

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos ($p=0,0002$), sendo significativo ao nível de 5%. Há diferença significativa entre proporções de pacientes portadores de demência segundo a escolaridade. As variações proporcionais encontradas não ocorreram ao acaso.

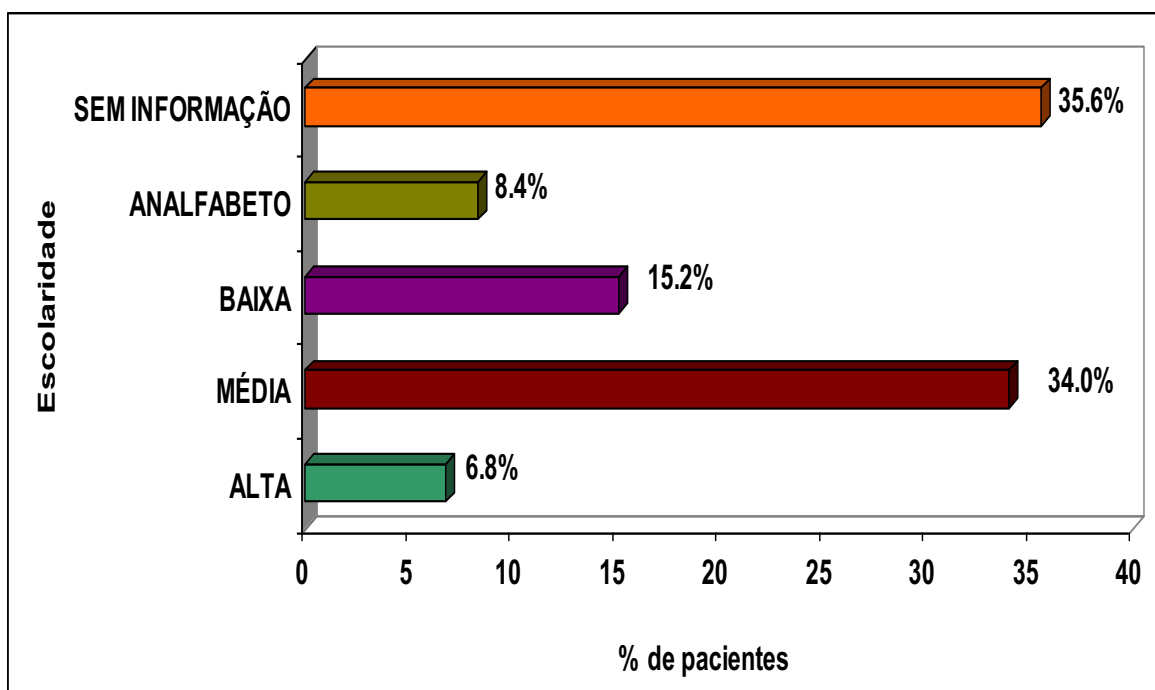


FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HJBB QUE APRESENTAM DEMÊNCIA DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

FONTE: Prontuários do HJBB.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HJBB QUE APRESENTAM DEMÊNCIA DE ACORDO COM O TEMPO DE QUEIXA DE ESQUECIMENTO, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

TEMPO DE QUEIXA	N	%
< 6 MESES	3	5,1
6 MESES A 1 ANO	13	22,0
> 1 ANO	40	67,8
SEM INFORMAÇÃO	3	5,1
TOTAL	59	100

FONTE: Prontuários do HJBB

LEGENDA:

% = porcentagem em relação ao número total de pacientes com demência.

(p) = 0.0000

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos (p=0,0000), sendo altamente significativo ao nível de 5%. Há diferença

significativa entre proporções de pacientes portadores de demência, segundo o tempo de queixa de esquecimento. As variações proporcionais encontradas não ocorreram ao acaso.

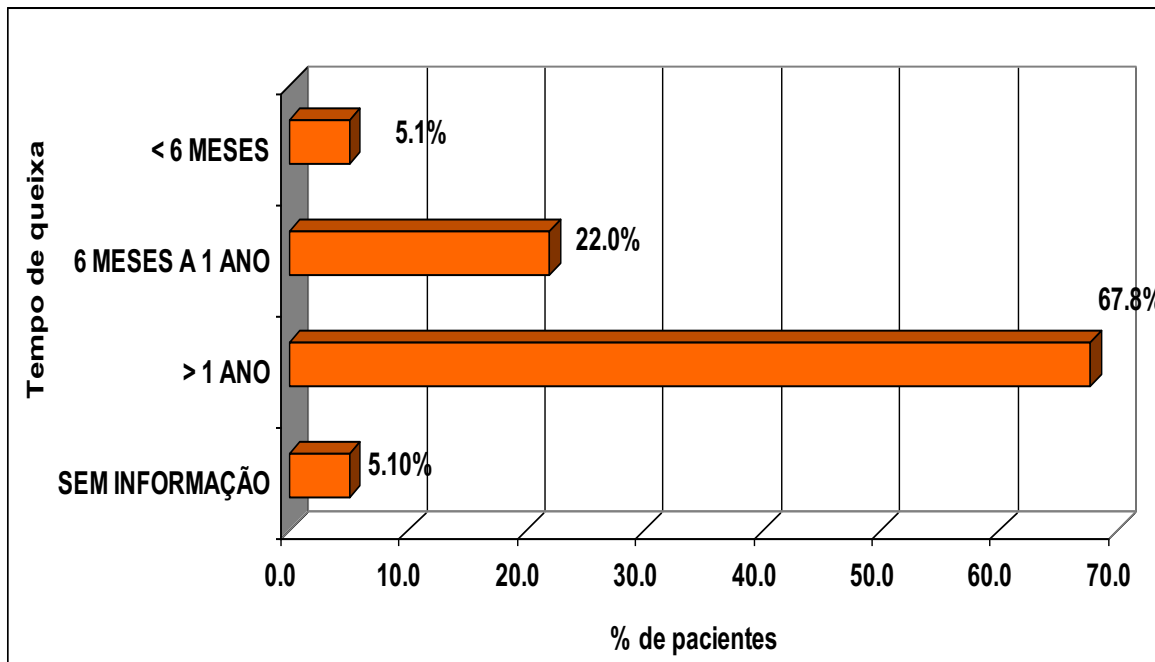


FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB QUE APRESENTAM DEMÊNCIA DE ACORDO COM O TEMPO DE QUEIXA DE ESQUECIMENTO, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

FONTE: Prontuários do HUIBB.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB QUE APRESENTAM DEMÊNCIA DE ACORDO COM A ETIOLOGIA, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

ETIOLOGIA	N	%
ALZHEIMER	35	59,3
MISTO	7	11,9
VASCULAR	5	8,5
NÃO DEFINIDO	12	20,3
TOTAL	59	100

FONTE: Prontuários do HUIBB

(p) = 0.0000

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos (p=0,0000), sendo altamente significativo ao nível de 5%. Há diferença significativa entre proporções de pacientes portadores de demência, segundo a etiologia. As variações proporcionais encontradas não ocorreram ao acaso.

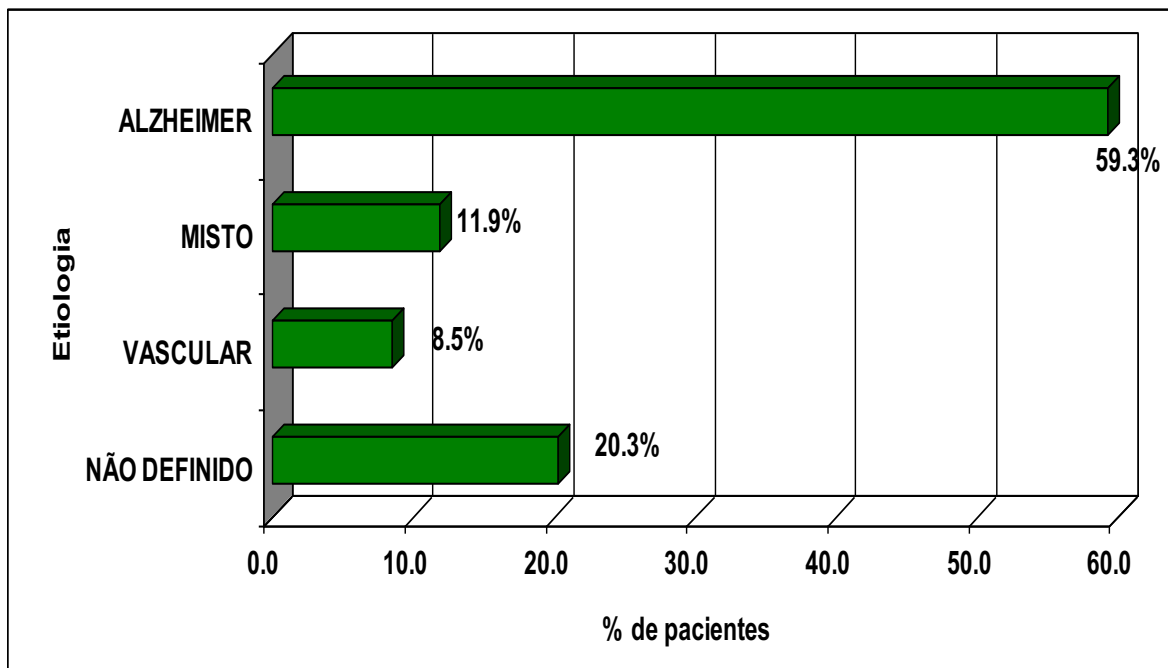


FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB QUE APRESENTAM DEMÊNCIA DE ACORDO COM A ETIOLOGIA, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

FONTE: Prontuários do HUIBB.

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DA MEDICAÇÃO UTILIZADA INICIALMENTE NOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA E/OU DISTÚRBIOS DE HUMOR ASSOCIADO DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

FASE	IACHE		TOTAL
	SEM MEDICAÇÃO	DONEPESIL RIVASTIGMINA	
LEVE	3	13	17 (28,8%)
MODERADA	5	24	30 (58,9%)
GRAVE	9	3	12 (20,3%)
TOTAL	17 (28,8%)	40 (67,8%)	59 (100%)

FONTE: Prontuários do HUIBB

LEGENDA:

IACHE = Inibidores da Acetil Colinesterase

% = porcentagem em relação ao número total de pacientes com diagnóstico de demência.

(p) = 0.0031

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos (p=0,0031), sendo significativo ao nível de 5%. Há diferença significativa entre proporções de pacientes segundo a fase de demência e distúrbio de humor, e o medicamento inicialmente utilizado. As variações proporcionais encontradas não ocorreram ao acaso.

TABELA 15 - EVOLUÇÃO DOS PACIENTES COM DEMÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB APÓS SEIS MESES DE TERAPÊUTICA COM IACHE, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

EVOLUÇÃO	N	%
PIOROU	9	21,4
INALTERADA	20	47,6
MELHOROU	7	16,7
SEM INFORMAÇÃO	6	14,3
TOTAL	42	100

FONTE: Prontuários do HUIBB

(p) = 0.0077

Testando as proporções encontradas com o teste não-paramétrico do Qui-quadrado obtivemos ($p=0,0077$), sendo significativo ao nível de 5%. Há diferença significativa entre as proporções encontradas de pacientes com demência de acordo com evolução apresentada após a terapêutica de seis meses com IACHE. As variações proporcionais encontradas não ocorreram ao acaso.

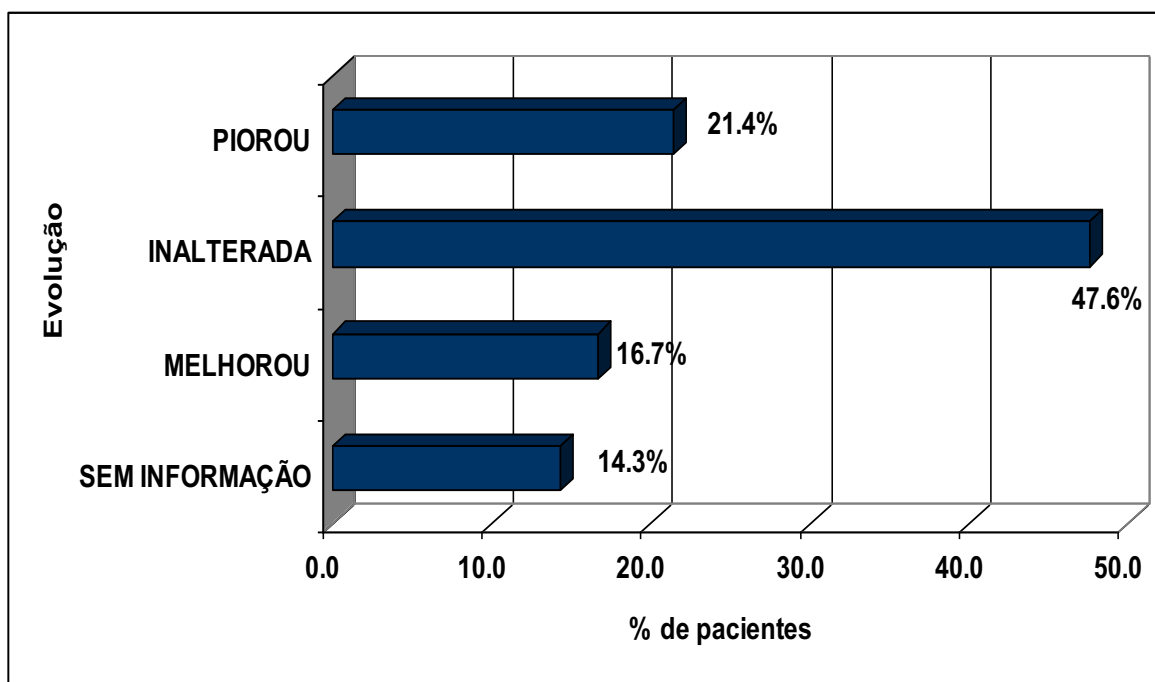


FIGURA 9 - EVOLUÇÃO DOS PACIENTES COM DEMÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE GERIATRIA DO HUIBB APÓS SEIS MESES DE TERAPÊUTICA COM IACHE, NO PERÍODO DE MARÇO DE 2003 A AGOSTO DE 2006.

FONTE: Prontuários do HUIBB.

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi desenvolvida com a finalidade de descrever o perfil clínico epidemiológico da população idosa encaminhada ao ambulatório de geriatria do HUIBB, por suspeita de transtorno cognitivo e/ou de humor dando ênfase aos seguintes aspectos: procedência, sexo, idade, escolaridade, abordagem diagnóstica e terapêutica para os portadores de Doença de Alzheimer, assim como sua evolução clínica.

Dos 194 prontuários revisados, apenas 97 pacientes foram encaminhados ao ambulatório com suspeita ou diagnóstico de transtornos cognitivos e/ou de humor, sendo assim incluídos na pesquisa. Apesar de ser um ambulatório criado para o atendimento exclusivo de pacientes com Doença de Alzheimer ou Doença de Parkinson, ainda é pequeno o número de casos novos atendidos por mês (média de 7,2). Dessa maneira faz-se pensar no desconhecimento da existência do ambulatório, assim como o seu real objetivo, visto que grande parte dos pacientes foi encaminhada por outros problemas clínicos que não a suspeita de insuficiência cognitiva ou Doença de Parkinson. (ver figura 1)

De acordo com os resultados encontrados, há uma diferença significativa entre as proporções de pacientes portadores de transtorno cognitivo e/ou de humor de acordo com a procedência e o motivo da consulta. Cerca de 86% dos pacientes incluídos na pesquisa vieram encaminhados por um profissional médico para avaliação especializada, sendo a queixa de esquecimento o principal motivo dos atendimentos (80,4%). Visualizar figuras 2 e 3.

Fazendo-se uma comparação entre a prevalência de demência no ambulatório e a procedência desses pacientes, nota-se que dos 13 pacientes que procuraram atendimento por demanda espontânea, 11 (84,6%) receberam o diagnóstico de demência; enquanto que isto aconteceu em apenas 48 (57,1%) dos pacientes encaminhados por outro profissional (ver tabelas 2 e 8). O que se pode depreender deste achado é que parte da clientela vem só em busca de medicação, tendo em vista já terem recebido diagnóstico de possível ou provável DA realizado em outros serviços médicos. Em contrapartida, os pacientes apenas encaminhados por outros profissionais ainda realizarão investigação clínica para confirmação diagnóstica, o que explicaria o reduzido número de novos casos de possível ou provável DA nesse grupo.

A população atendida no ambulatório apresenta uma tendência ao sexo feminino (67%); na faixa etária de 71 a 80 anos (44,3%). Ver tabela 1. No entanto, parece não haver diferença significativa entre proporções de homens e mulheres segundo a idade para os resultados encontrados ($p=0,7144$). Vale-se ressaltar que no Brasil, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens o que pode propiciar o maior aparecimento de distúrbios cognitivos neste gênero. Fratiglioni *et al* (1988) relataram em seus estudos a prevalência no sexo feminino (GURIAN, 2002, p.17). Almeida-Filho *et al.* (1997) documentaram que os transtornos mentais são mais freqüentes no gênero feminino, aumentando com a idade (JORGE; MARI, 2002, p.1). Entretanto, o estudo de O'Connor *et al* (1989) evidenciou que o déficit cognitivo mostrou-se mais evidente entre os homens. Em relação à idade, o déficit cognitivo surge principalmente acima da faixa etária dos 65 anos, progredindo com o avançar da idade. (O'CONNOR *et al*, 89 apud GURIAN, 2002, p. 17; HERRERA JÚNIOR, CAMELI ;NITRINI, 1998; ENGELLARDZ *et al*, 1997).

Analisando-se somente o grupo de pacientes com diagnóstico definitivo de demência se observa o mesmo resultado para o sexo; em contra partida a faixa etária apresenta diferença significativa em relação a idades mais avançadas. Este achado corrobora com a literatura que mostra o surgimento de quadros demenciais, principalmente, acima da faixa etária de 65 anos de idade (tabelas 9 e 10).

O resultado isolado do MEEM mostrou-se significativo ($p = 0.0005$) entre os pacientes portadores de distúrbios cognitivo e/ou de humor; 30% deles apresentaram pontuação entre 18 a 25 pontos (tabela 4). Quando analisamos o MEEM associado à escolaridade percebemos que não há diferença significativa entre esses mesmos pacientes (tabela 5). Apesar desses resultados, a maior escolaridade está associada de forma expressiva com escores mais altos em testes de avaliação das funções intelectuais e de memória, como é o caso do MEEM. (GERMANO NETO, 1997 apud GURIAN, 2002, p.17). De um modo geral a educação e a idade influenciam nos seus resultados significativamente, isto é, quanto mais jovem o paciente for e maior for a sua escolaridade, melhor será seu desempenho. Ademais, é sabido que o baixo nível educacional é um fator de risco para perdas cognitivas e quadros demenciais. (ALMEIDA, 1998, p.6; RAMOS, 2002, p.74).

Os resultados para a escolaridade dentre os pacientes demenciados, apresentaram-se significativos ($p=0,0002$), em que 34% dos pacientes tinham média escolaridade. Tal achado não condiz com a literatura, que aponta a população brasileira, em geral, com uma baixa escolaridade, contando ainda com um elevado número de analfabetos, principalmente na faixa etária acima de 50 anos. (HERRERO *et al* 2002 apud FOSS, SPECIALI; VALE, 2005, p.2). Este achado pode ser explicado da seguinte forma: a falta de registro é fato comum em muitos estudos retrospectivos e também é notada neste; como se observa nesta variável. (tabela 11).

Dentro da investigação clínica das demências é obrigatória a solicitação de hemograma completo, glicemia, uréia e creatinina, vitamina B12, proteínas totais e frações, cálcio sérico, enzimas hepáticas, sorologia para sífilis, T4 livre e TSH, sorologia para HIV (para pacientes com idade menor que 60 anos) (NITRINI, 2005, p.327). Respeitando-se a característica clínica de cada caso. Na investigação clínica realizada neste estudo, os exames laboratoriais que mais se destacaram foram os seguintes: hemograma/bioquímica (54,6%), TSH/T4 livre (45,4%). O que representa um número muito baixo em relação ao que a literatura preconiza. Como a maioria dos pacientes veio encaminhada, talvez tenha ocorrido uma subvalorização dos exames, devido o não registro nos prontuários; e até mesmo a não solicitação, em muitos casos, por não haver presença de qualquer transtorno cognitivo que indicasse o pedido dos mesmos. Em relação aos exames de imagem 57 (58,8%) pacientes realizaram TC de crânio e 6,2% RM de crânio (tabela 6). Esses exames têm por objetivo descartar lesões estruturais focais no sistema nervoso central, como doença vascular cerebral, tumores ou hidrocefalia; no caso da DA costumam revelar atrofia cortical global. (CARAMELLI, 2006, p. 9).

Quanto ao diagnóstico, 60,8% dos pacientes apresentaram diagnóstico de demência, 16,5% transtorno cognitivo leve e 30,9% tinham depressão e alguns pacientes apresentavam associação entre demência ou TCL com distúrbios do humor (figura 4). Estudos evidenciam a prevalência de demência e depressão na população geriátrica, que com frequência podem estar associados ou até mesmo, um podendo simular o outro, ocasionando grande dificuldade diagnóstica. Na medida em que os pacientes sabidamente dementes costumam apresentar quadros depressivos em diferentes fases da doença, é de suma

importância que haja o diagnóstico correto, pois as possibilidades terapêuticas e o prognóstico diferem consideravelmente. (CUNHA; SCORALICK; SILVA, 2002, p.165)

Dos pacientes portadores de demência, 40 (67,8%), encontrava-se com mais de um ano com queixa de esquecimento (figura 7). Para Machado (2002) e Nitrini (2005), muitas vezes pacientes e seus familiares demoram a procurar atendimento especializado por atribuírem os sintomas iniciais da demência ao processo de envelhecimento. Alterações cognitivas leves que podem ser encontradas no processo da senescência, como, por exemplo, lentidão do processamento das informações; são confundidas com perdas cognitivas progressivas e incapacitantes.

A principal etiologia demencial foi a provável ou possível Doença de Alzheimer, correspondendo a 59,3% dos casos; encontrando-se a maioria, 58,9%, em fase moderada (figura 8 e tabela 14). Os achados quanto à etiologia estão em concordância com a literatura, que mostra a DA como responsável por mais de 50% dos casos de demência. (LOGIUDICE, 2002 apud FORLENZA, GERMANO NETO; TANULINI, 2005, p.2).

Quanto ao fato dos pacientes chegarem ao consultório médico fora do estágio precoce da doença, pode estar relacionado à desinformação do paciente, que se encontra alheio aos seus déficits cognitivos ou tenta minimizá-los e disfarçá-los para não serem notados. Somado a isso, é premente ressaltar a necessidade de conscientização de todos os profissionais da área de saúde que lidam com idosos, mesmo que não especialistas para que estejam sempre alerta ao reconhecimento dos sintomas de demência até mesmo em pacientes que procuram tratamento por outros motivos que não a deterioração cognitiva. Devem se considerar ainda as expectativas negativas dos pacientes e de seus familiares, que associam a DA com os rótulos frequentemente dados a doença de condição “não-tratável”. (MACHADO, 2002, p.133).

Em relação ao tratamento dos pacientes com DA, o IACHE mais utilizado foi a rivastigmina, em 67,8% dos casos (tabela 14). De acordo com estudos recentes, os IACHES estão indicados na fase leve a moderada da doença, proporcionando bons resultados. Apesar de haver predominância do uso da rivastigmina em relação aos outros IACHES, nos pacientes

atendidos na pesquisa, não existe até o momento, evidências de superioridade de um agente em relação ao outro. Todavia, a rivastigmina pode ser utilizada nos casos moderadamente graves. Diversos ensaios clínicos controlados revelaram a superioridade dos IACHes em relação ao placebo no controle dos sintomas cognitivos, neuropsiquiátricos ou comportamentais e também, benefício funcional no desempenho das atividades da vida diária. (CARAMELI, 2006, p.23; MACHADO, 2002, p.143-145).

O benefício usualmente alcançado com esses agentes é modesto, podendo representar tanto melhora sintomática quanto relativa estabilização do quadro clínico durante certo período, o que é, sem dúvida, um ganho significativo. A resposta à medicação varia de um paciente a outro, não havendo, até o momento, fatores preditivos de maior ou menor efeito sintomático, razão pela qual todos os pacientes com DA leve à moderada são candidatos a receber esse tipo de tratamento. (CARAMELI, 2006, p.24; MACHADO, 2002, p.143-145).

O exposto acima pode justificar o resultado encontrado na pesquisa, aonde 47,6% dos pacientes que fizeram uso da medicação por mais de seis meses mantiveram seu quadro clínico inalterado (figura 9).

7 CONCLUSÕES

A população idosa encaminhada ao ambulatório de geriatria do HUIBB por suspeita de transtorno cognitivo e/ou de humor trata-se de mulher idosa entre 71 a 80 anos de idade, encaminhada por queixa de esquecimento num período superior a um ano, apresentando média escolaridade.

Os pacientes atendidos foram submetidos a testes neuropsicológicos (principalmente MEEM), e a realização de exames laboratoriais e de imagem, estes em quantidade inferior ao que a literatura preconiza. O diagnóstico mais evidente foi demência por provável ou possível DA em fase moderada.

A medicação mais utilizada nos pacientes portadores de DA foi o IACHE rivastigmina. A maioria dos pacientes com mais de seis meses de uso da droga manteve quadro clínico inalterado, apesar de chegarem fora do início precoce da doença.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande dificuldade da realização desta pesquisa foi a falta de um protocolo específico de atendimento do ambulatório estudado. Tal instrumento forneceria informações mais claras sobre os atendimentos realizados, do que os prontuários que foram revisados. Fica aqui a sugestão para a criação de um protocolo próprio do serviço, o que certamente facilitaria a realização de outros estudos sobre o presente ambulatório.

Fato relevante seria a conclusão do Centro de Referência em Assistência a Saúde do Idoso do HUIBB, visto que atualmente o Hospital presta apenas atendimento médico e distribuição de medicação sintomática específica. É necessário que o paciente portador de Doença de Alzheimer tenha além da terapia medicamentosa, um atendimento multidimensional e interdisciplinar, para que se obtenha a preservação e/ou recuperação da sua autonomia e independência.

A falta de conhecimento a respeito de centros especializados de atendimento aos pacientes portadores de DA, bem como dificuldades socioeconômicas e a negligência e/ou desinformação familiar em relação aos sintomas iniciais apresentados, dificultam o diagnóstico precoce da doença. Portanto, é de responsabilidade do governo a divulgação de informações, a capacitação de profissionais e a criação de novos centros. Na medida em que o envelhecimento populacional aumenta a demanda de idosos por serviços de saúde os quais, na grande maioria, não estão preparados para tal atendimento, principalmente aos portadores de demência.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. psiquiatr. clín.**, jun. 2005, v.32, n.3, p.131-136.

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4. out./dez. 2004.

AGREE, E. M.; FREEDMAN, V. A. Implicações do envelhecimento da população para a saúde geriátrica. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento** . 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 494-501.

ALMEIDA, O. P. Tratamento da Doença de Alzheimer: Avaliação crítica sobre o uso de Anticolinesterásicos. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, set. 1998, v.56, n.3B.

ALVA, G.; POTKIN, S.G. **Alzheimer disease and other dementias**. Clin Geriatr Med, 2003, v.19, p.763-776.

ATENDIMENTO ao Portador de DA na Rede Pública. 2006. Disponível em: <<http://www.abraz.org.br/portarias.html>>. Acesso em: 12 abr 2006.

BASTOS, A; CANINEU, P. R. Transtorno cognitivo leve. In: CANÇADO, F. A. X; FREITAS, E. V; GORZONI, L. M; NERI, A. L; PY, L; ROCHA, S. M . **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.128-131.

BOTTINO, C. .M. C; O tratamento de Longo Prazo está Indicado para Pacientes com Doença de Alzheimer? **Rev. de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, n.6, nov./dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso. **Guia Operacional e Portarias Relacionadas**. Brasília, DF: MS, 2002. p. 7-10; 96-103.

CARAMELLI, P. Doença de Alzheimer. **Rev. 50 Faq**. 2006, p.1-50.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. **Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?**. Rev. Bras. Psiquiatr., abr. 2002, v.24, supl.1, p.7-10.

COSTA, F.L.C; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jan. 2003.

COWPPLI-BONY, P.; DARTIGUES, J. F.; ORGOGOZO, J. M. Vascular risk factors and Alzheimer disease risk: epidemiological studies. **Rev. Psychologie e Neuropsychiatrie du Vieillessement**, v. 4, mar. 2006, n.1, p. 47-60.

CUNHA, U. G. V; SCORALICK, F. M; SILVA, S. A. Depressão e demência: diagnóstico diferencial. In: CANÇADO, F. A. X; FREITAS, E. V; GORZONI, L. M; NERI, A. L; PY, L; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 165-167.

ENGELHARDT, E.; BRUCKI, S. M. T.; CAVALCANTI, J. L. S.; FORLENZA, O. V. *et al.* Tratamento da Doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, v.63, n.4, jul. 2005

ESTATUTO do Idoso Entra em Vigor.2004. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u88015.shtml>>. Acesso em: 10 maio 2006).

FORLENZA, O. V. **Transtornos depressivos na doença de Alzheimer**: diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v.22, , n.2, p.87-95, jun. 2000.

FOSS, M. P.; VALE, F. A. C.; SPECIALI, J. G. Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos: aplicação e análise dos resultados da Escala de Mattis para Avaliação de Demência (Mattis Dementia Rating Scale - MDRS). **Arq. Neuro-Psiquiatr**. mar. 2005, v.63, n.1, p.119-126.

FREIRIAS, A; MENDON, A. M. Transtornos Psiquiátricos do idoso. In: MARI, J.J. *et al.* **Guia de Psiquiatria**. São Paulo: Manole, 2002. p.169-185. (Guias de medicina ambulatorial e hospitalar -UNIFESP/EPM).

GALLUCCI NETO *et al.* Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. psiquiatr. clín.**, , v.32, n.3,p.119-130,jun.2005.

GARY W; SMALL, M. D. Doença de Alzheimer e outros transtornos com demência. In: KAPLAN. **Tratado de Psiquiatria** – vol.3. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. p.2771-2775.

GELLER, L. N; REICHEL, W. A doença de Alzheimer aspectos biológicos. In: REICHEL. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do em velhecimento**. 5 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2001. p.176-183.

GIATTI, L; BARRETO,S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.19, n.3, p.759-771, maio/Jun. 2003.

GOMES, M. M. Epidemiologia das desordens demências. **J. Bras. Psiquiatr**, jul. 1995. v.44, n.7, p.351-355.

[HOLTZER R](#), [SCARMEAS N](#), [WEGESIN D.J.](#) *et al.* Depressive symptoms in Alzheimer's disease: natural course and temporal relation to function and cognitive status.; [J Am Geriatr Soc.](#), dez. 2005. v.53, n.12, p. 2083-9.

JORGE, M. R; MARI, J. J. Epidemiologia dos transtornos mentais. In: MARI, J.J. *et al.* **Guia de Psiquiatria**. São Paulo: Manole, 2002. p.1-5. (Guias de medicina ambulatorial e hospitalar -UNIFESP/EPM).

LYKETSOS, C. G; STELLE, C. D; STEINBERG, M. Transtornos comportamentais na demência. In: REICHEL. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do em velhecimento**. 5 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2001. p.165-174.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: CANÇADO, F. A. X; FREITAS, E. V; GORZONI, L. M; NERI, A. L; PY, L; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002. p.137-147.

MICHELON, L. Depressão. **Rev.Bras.Med.** Edição especial, dez. 2006. v.63, p. 123-134.

PLUM, F. Problemas Neurológicos Associados ao Envelhecimento. In: BENNETT, J.C.; PLUM, F. **Tratado de Medicina Interna**. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996. v.2, p.19.

RAMOS, L R. Epidemiologia do envelhecimento. In: CANÇADO, F. A. X. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.72-77.

RAUTH, J.; RODRIGUES, N. C. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: CANÇADO, F. A. X. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.106-110.

WACKER, P.; NUNES, P. V.; FORLENZA, O. V. Delirium e demência no idoso: existem fatores de risco comuns? **Rev. psiquiatr. clín.**, jun. 2005, v.32, n.3, p.113-118.

APÊNDICE: Protocolo de Pesquisa

Identificação:

1ª consulta:

Idade:

Escolaridade:

RG:

Sexo:

Cor:

Procedência:

1-O atendimento resultou de:

encaminhamento

procura espontânea

2-Qual o motivo do encaminhamento?

Avaliação Déficit Cognitivo e/ou comportamental;

Receber medicamento para demência tipo Alzheimer já diagnosticada;

Outros problemas clínicos.

3Qual o tempo de queixa de déficit cognitivo ?

< 6 meses 6 meses - 1 ano > 1

4-Qual o resultado do MEEM:

4.1- Na primeira consulta:

4.2- No início da terapêutica:

5- Foram feitas outras avaliações:

5.1- Funcional(AVD):

Dependente Independente

5.2- Cognitivo:

Relógio Fluência Verbal lista de Palavras /Figuras Outras

6-Que exame (s) foram realizados?

CT RM TSH/T4 B12

HMG/Bioquímica Outros

7-Qual o diagnóstico?

déficit cognitivo leve depressão

demência Delirium

HAS / DM / Deslipidemia /AVC / outros

8-Em caso de demência qual a etiologia?

Parkinson Alzheimer vascular

misto Não definido outra

9-Qual a fase da doença na ocasião do diagnóstico?

leve moderada avançada

11-Teve indicação para medicação específica sintomática?

sim não

12- Qual(s) o(s) medicamento?

Inibidores da acetil colinesterase(IACHE) : donepesil, rivastigmina, galantamina;

Neuroléptico;

Antidepressivo;

Outras medicações de ação neurológica.

13- Houve mudança de medicamento no tratamento com IAche?

sim não

14- Em caso afirmativo, qual a causa?

não aderência reações adversas

outras

15-Qual o tempo de uso da primeira medicação?

16-Foi tentado outro IACHE?

sim não

17-Em caso afirmativo, qual?

donepesil rivastigmina galantamina

18- Quanto à evolução clínica após 6 meses a 1 ano de tratamento?

piorou inalterada

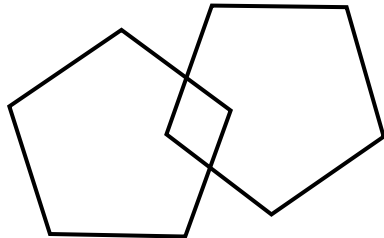
melhorou não aplicável

ANEXO A: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Mini-Mental de Folstein (1975) adaptado por Bertolucci (1994) e Brucki (2003)

Orientação Temporal (5 pontos)	Ano (1 ponto)		
	Mês (1 ponto)		
	Dia do mês (1 ponto)		
	Dia da semana (1 ponto)		
	Semestre ou Hora aproximada (1 ponto)		
Orientação Espacial (5 pontos)	Estado (1 ponto)		
	Cidade (1 ponto)		
	Bairro ou nome de rua próxima (1 ponto)		
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, residência,...) (1 ponto)		
	Andar ou local específico: em que local nós estamos (apontando para o chão: consultório, dormitório, sala,...) (1 ponto)		
Memória de Registro (3 pontos)	Repetir: CANECA, TIJOLO e TAPETE (1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa. Repita até as 3 palavras serem repetidas (máx. de 5 tentativas)). Opções: GELO, LEÃO e PLANTA ou VASO, CARRO e TIJOLO		
Atenção e Cálculo (5 pontos) (OBS: considere a tarefa com melhor aproveitamento. 1 ponto para cada acerto)	Subtrair: $100-7=$ $93-7=$ $86-7=$ $79-7=$ $72-7=$		
	Solettrar inversamente a palavra MUNDO = ODNUM		
Memória de Evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados ou repetidos anteriormente?		
Nomear dois objetos (2 pontos)	Relógio e caneta		
Repetir (1 ponto)	"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LA"		
Comando de 3 estágios (3 pontos)	"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão" (1 ponto para cada ação correta)		
Escrever uma frase (1 ponto)	"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim"		
Ler e executar (1 ponto)	FECHE SEUS OLHOS		
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção		
PONTUAÇÃO FINAL (escore = 0 a 30 pontos)			

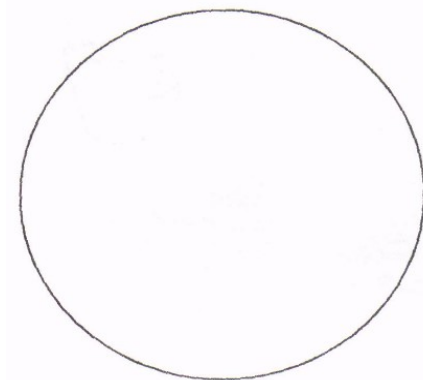
FECHE OS OLHOS



TESTE DO RELÓGIO

Score de Shulman (2000)

"Desenhe um relógio com todos os números e marcando 11:10"



0	Inabilidade absoluta para representar o relógio
1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave;
2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso;
3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora;
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos;
5	Relógio perfeito.

ANEXO B: ESTADIAMENTO CLÍNICO DAS DEMÊNCIAS

CDR – Clinical Dementia Rating segundo Berg (1984)

	Saudável (CDR = 0)	Questionável (CDR = 0,5)	Leve (CDR = 1)	Moderada (CDR = 2)	Grave (CDR = 3)	Score
MEMÓRIA	Sem perda de memória ou esquecimento inconstante e leve.	Esquecimento leve mas freqüente; recordação parcial de eventos.	Esquecimento moderado, mais acentuado para eventos recentes; o defeito interfere com atividades do dia-a-dia.	Esquecimento grave, apenas material firmemente aprendido é mantido (assuntos interessantes e vivenciados); material novo é rapidamente perdido.	Esquecimento grave; apenas recordações fragmentadas estão presentes.	
ORIENTAÇÃO	Completamente orientado.	Completamente orientado, exceto por pequenas dificuldades relacionadas com o tempo.	Moderada dificuldade com relação temporal; orientado em relação ao local do exame mas pode haver desorientação geográfica para outros locais.	Severa dificuldade em relação ao tempo; freqüentemente desorientado em relação ao espaço.	Total desorientação temporo-espacial. Apenas orientado para pessoas mais íntimas.	
JULGAMENTO e RESOLUÇÃO de PROBLEMAS	Capaz de solucionar bem tarefas cotidianas. Bom julgamento em relação a desempenho do passado.	Dificuldade questionável na resolução de problemas, semelhanças e/ou diferenças.	Dificuldade moderada em resolver problemas por si mesmo. Dificuldade no discernimento de semelhança e diferenças. Julgamento social preservado.	Dificuldade importante em resolver problemas, semelhanças ou diferenças. Julgamento social usualmente comprometido	Incapaz de fazer julgamentos ou solucionar problemas.	
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Independente em seu nível habitual de trabalho, compras, negócios, finanças e atividades sociais.	Comprometimento questionável ou leve se houver, nessas atividades.	Apresenta dependência nessas atividades, apesar de poder participar de algumas. Pode parecer normal em avaliação superficial (à primeira vista).	Sem interesse ou pretensões de funcionamento fora de casa embora aparente estar bem para sair de casa	Aparenta não ter condições de desempenhar atividades fora de casa.	
AFAZERES DOMÉSTICOS e PASSATEMPOS	Vive em casa (em família). Passatempo e interesses intelectuais bem preservados.	Vive em casa (em família). Passatempos e interesses intelectuais bem preservados ou apenas levemente comprometidos.	Leve mas definida dificuldade com atividades domésticas. Atividades mais difíceis e passatempos mais complexos são abandonados.	Apenas tarefas mais simples são preservadas. Interesse bastante restrito.	Atividade doméstica praticamente inexistente.	
CUIDADOS PESSOAIS	Totalmente capaz de se auto cuidar (Independente).	Totalmente capaz de se auto cuidar (Independente).	Precisa de assistência ocasional. Geralmente precisa ser incentivado ou instruído.	Precisa de ajuda para se vestir, com higiene e para manter a aparência.	Precisa de muita ajuda com o cuidado pessoal. Freqüentemente incontinente.	
SCORE TOTAL*:						

* O Escore Total é igual à pontuação da memória (categoria primária), a não ser que três ou mais das demais características (Categorias secundárias) apresentem escores diferentes da memória (acima ou abaixo), nesse caso, o escore do CRD será igual à pontuação da maioria das características secundárias.

Apesar de regras para avaliar estágios CDR acima de 3 (três) não estarem estabelecidos, foi proposto o seguinte para distinguir níveis adicionais de prejuízo em demências avançadas:

(4) Profunda: Fala ininteligível ou irrelevante; incapaz de seguir instruções simples ou compreender comandos; ocasionalmente reconhece esposa ou cuidador; usa os dedos mais que talheres; requer muita assistência ou treinamento. Capaz de andar poucos passos sem apoio; geralmente restrito à cadeira; raramente fora de casa; movimentos sem objetivo freqüentes.

(5) Terminal: Sem compreensão ou resposta. Sem reconhecimento. Precisa ser alimentado; pode ter dificuldade em engolir e/ou sonda nasogástrica. Incontinência total. Restrito ao leito, incapaz de sentar ou andar, contraturas.

ANEXO C: Portaria nº. 843 de 06 de Novembro de 2002

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a necessidade de estabelecer Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Demência por Doença de Alzheimer, que contenha critérios de diagnóstico e tratamento, observando ética e tecnicamente a prescrição médica, racionalize a dispensação dos medicamentos preconizados para o tratamento da doença, regulamente suas indicações e seus esquemas terapêuticos e estabeleça mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados, garantindo assim a prescrição segura e eficaz;

Considerando a Consulta Pública a que foi submetido o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tratamento da Demência por Doença de Alzheimer, por meio da Consulta Pública SAS/MS nº 01, de 12 de abril de 2002, que promoveu sua ampla discussão e possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico científica, sociedades médicas, profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde na sua formulação, e considerando as sugestões apresentadas ao Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais – DSRA/SAS/MS no processo de Consulta Pública acima referido, resolve:

Art. 1º - Aprovar o **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – DEMÊNCIA POR DOENÇA DE ALZHEIMER – Rivastigmina, Galantamina e Donepezil**, na forma do Anexo desta Portaria.

§ 1º - Este Protocolo, que contém o conceito geral da doença, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, esquema terapêutico preconizado e mecanismos de acompanhamento e avaliação deste tratamento, é de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previstos.

§ 2º - As Secretarias de Saúde que já tenham definido Protocolo próprio com a mesma finalidade, deverão adequá-lo de forma a observar a totalidade dos critérios técnicos estabelecidos no Protocolo aprovado pela presente Portaria;

§ 3º - É obrigatória a observância deste Protocolo para fins de dispensação dos medicamentos nele previstos;

§ 4º - É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento da Doença de Alzheimer, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, de acordo com o medicamento utilizado, conforme o modelo integrante do Protocolo.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ANEXO D: GUIA DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

() DONEPEZIL () GALANTAMINA () RIVASTIGMINA)

ORIENTAÇÕES GERAIS

Este é um guia sobre o medicamento que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo suas orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento. O medicamento age no sentido de diminuir a evolução dos sintomas da Doença de Alzheimer.

ONDE GUARDAR O MEDICAMENTO

- Guarde o medicamento protegido do calor evitando lugares onde haja variação de temperatura.
- Conserve os comprimidos na embalagem original.
- Mantenha o medicamento fora do alcance de crianças.

NA HORA DE TOMAR O MEDICAMENTO

- Tome as cápsulas inteiras, sem abri-las ou mastigá-las, com um copo de água.
- Siga os horários estabelecidos pelo seu médico.
- Caso esqueça uma dose, aguarde para tomar a próxima dose no horário usual. Não tome a dose dobrada.
- O Donepezil pode ser tomado antes, durante ou após as refeições, preferencialmente a noite.
- A Galantamina e a Rivastigmina devem ser tomados duas vezes ao dia, após o café da manhã e o jantar. As doses deverão ser tituladas (aumentadas) até a dose máxima tolerada, conforme a orientação de seu médico.

REAÇÕES DESAGRADÁVEIS QUE PODEM SURTIR

- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, especialmente no início do tratamento, que tendem a desaparecer no decorrer do uso.
- As principais reações são náuseas, vômitos, diarreia, dores abdominais, perda de apetite, cansaço, dor de cabeça, sonolência, prisão de ventre, azia e tonturas.
- Se sentir algum destes sintomas de forma leve ou pouco incomodativa, não interrompa o tratamento, comunique-se com o seu médico.
- Se outros sintomas aparecerem, comunique ao médico.
- Maiores informações sobre efeitos adversos constam no Termo de Consentimento, documento assinado por você e seu médico.

USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

- Não faça uso de outros medicamentos sem o consentimento de seu médico ou orientação de um profissional de saúde. Pode ser perigoso à sua saúde.
- Em caso de emergência médica ou possibilidade de qualquer tipo de cirurgia comunique ao médico ou dentista sobre o uso deste medicamento.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- Evite dirigir ou operar máquinas, pelo menos no início do tratamento, até que a resposta do organismo ao medicamento seja conhecida.
- Tome bastante água durante o tratamento.
- Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à farmácia.

PARA RECEBER O MEDICAMENTO

- Dirija-se a farmácia com os seguintes documentos:
 - Receita médica (2 vias).
 - Formulário para emissão de APAC (2 vias).
 - Formulário de Controle de Dispensação de Medicação (3 vias)
 - Escalas de avaliações cognitivas (Mini Exame do Estado Mental e CDR)
 - Guia de Orientação ao paciente (1 via)
 - Termo de consentimento informado (2 vias)
- Retorne a farmácia a cada mês com os seguintes documentos, para seguir recebendo as medicações:
 - Receita médica (cópia devolvida pela farmácia)
 - Formulário de controle de Dispensação de Medicação (cópia devolvida pela farmácia)
- Não é permitido “pular” nenhum mês sob o risco de sair do protocolo por abandono
- A cada três meses deverá ser feita nova reavaliação médica e se houver a necessidade de continuar com a medicação, todos os formulários acima devem ser novamente preenchidos.

EM CASO DE DÚVIDAS

- Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com seu médico ou farmacêutico do HUIBB (fone: 249-2323).

ANEXO E: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

() DONEPEZIL () GALANTAMINA () RIVASTIGMINA

Eu, abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento para o tratamento de demência por Doença de Alzheimer.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo meu médico.

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que os medicamentos podem trazer os seguintes benefícios:

- Redução na velocidade de progressão da doença;
- Melhora da memória e da atenção.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações e potenciais efeitos colaterais:

O Donepezil é classificado como Fator de Risco C, que significa que o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos; enquanto que a Galantamina e a Rivastigmina são classificadas como Fator de Risco B, que significa que o risco para o bebê é muito improvável.

Risco de ocorrência dos seguintes efeitos colaterais:

Donepezil: Freqüentes: dor de cabeça, náuseas e diarreia. Menos freqüentes: síncope, dor no peito, fadiga, insônia, tonturas, depressão, pesadelos, sonolência, perda do apetite, vômitos, perda de peso, aumento da freqüência urinária, espasmos musculares, artrite e dores no corpo.

Galantamina: Freqüentes: náuseas, vômitos e diarreia. Menos freqüentes: diminuição da freqüência das batidas do coração, desmaios, dor no peito, tonturas, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia, sonolência, tremor, perda do apetite, emagrecimento, dor abdominal, azia, gases, infecções urinárias, incontinências, anemia e rinite. Raros: apatia, fibrilação atrial, bloqueio atrioventricular, convulsão, delírio, diverticulite, gastrite, gastroenterite, insuficiência cardíaca, aumento da glicose no sangue, pressão baixa, aumento de desejo sexual, sangue nas fezes, palpitação, boca seca, aumento de salivação, vertigem, cálculo renal, retenção urinária.

Rivastigmina: Freqüentes: tontura, dor de cabeça, náuseas, vômitos, diarreia, perda do apetite e dor abdominal. Menos freqüentes: desmaios, pressão alta, fadiga, insônia, sonolência confusão, depressão, ansiedade, tontura, alucinação, agressividade, azia, prisão de ventre, gases, perda de peso, arrotos, infecções urinárias, fraqueza muscular, tremores e rinite.

Estou ciente da necessidade de comparecer às consultas periódicas conforme agendadas e a realizar os exames e avaliações solicitadas pelo médico. Estou ciente, também, de que posso suspender este tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde e o Hospital Universitário João de Barros Barreto, e este situado à Rua dos Mundurucus, 4487 - Belém-PA, Fone: (91) 249-2323, a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro finalmente ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento informado.

Assim o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Paciente: _____

Documento de Identidade: _____ Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino ()

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: () _____

Responsável Legal (quando for o caso): _____

Documento de Identidade do responsável: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal
Médico

_____/_____/_____
Data

Assinatura e carimbo (Nome/CRM)

ANEXO F



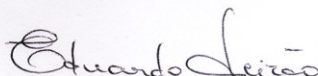
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará analisou o projeto de pesquisa intitulado **“Estudo descritivo sobre os pacientes atendidos no Ambulatório de Demência do HUJBB, no período de março de 2005 à agosto de 2006”**, protocolo nº **2586/06**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Gracivaldo Castro Pinheiro, Jamile Alves de Souza e Orientação do *Prof. Dr. Karlo Edson Carneiro Santana Moreira*, obtendo **APROVAÇÃO** na reunião do dia 05/10/2006, por estar de acordo com a Resolução nº 196/96 e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde do Brasil.

Belém, 05 de outubro de 2006


Dr. Eduardo Leitão Maia

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa / HUJBB/UFPA