



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

VÂNIA FERREIRA DE SÁ MAYORAL

**Conhecimentos e atitudes em demências por
parte dos médicos generalistas da rede
de atenção básica à saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto
Co orientador. Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas

Botucatu

2018

Vânia Ferreira de Sá Mayoral

**CONHECIMENTOS E ATITUDES EM DEMÊNCIAS
POR PARTE DOS MÉDICOS GENERALISTAS DA
REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Tese Apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do título de doutor em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. *Alessandro Ferrari Jacinto*

Coorientador: Prof. Dr. *Paulo José Fortes Villas Boas*

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Mayoral, Vânia Ferreira de Sá.

Conhecimentos e atitudes em demências por parte dos
médicos generalistas da rede de atenção básica à saúde /
Vânia Ferreira de Sá Mayoral. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto
Coorientador: Paulo José Fortes Villas Boas
Capes: 40101002

1. Demência. 2. Saúde - Conhecimentos. 3. Atitudes em
relação à saúde. 4. Clínicos gerais. 5. Idosos. 6.
Educação médica.

Palavras-chave: atitudes; clinico geral; conhecimentos em
saúde; demência.

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo VALTER MAYORAL, pela paciência, incentivos diários nos momentos de dificuldades, pelo amor e carinho incondicional, não existem palavras para expressar minha eterna gratidão.

Meu amado filho, ÉBER EMANUEL MAYORAL, pelo carinho e incentivos.

ANA AMÉLIA, minha querida nora, pela sensibilidade e compreensão com a minha ausência nestes meses em que me dediquei a esta tese.

A TODOS OS MÉDICOS que contribuíram com esse estudo, sem vocês nada disso teria acontecido.

Aos queridos IDOSOS, com muito esforço, me deram a sua atenção, seu tempo, e permitiram a felicidade deste dia, serei sempre grata.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. ALESSANDRO FERRARI JACINTO, pelo incentivo na imersão desta jornada e por ter sido meu orientador.

Ao Prof. Dr. PAULO JOSÉ FORTES VILLAS BOAS, serei sempre grata pelos incentivos nos momentos difíceis, pela paciência e confiança.

Ao Prof. Dr. JOÃO CASTILHO CACÃO, que dedicou seu tempo lendo essa tese com muita dedicação, e com sua sabedoria deu qualidade a esse trabalho por meio de suas brilhantes sugestões. Serei grata sempre e sempre

Professora Dra. VANESSA CÍTERO, da UNIFESP, muito obrigada por compartilhar nosso trabalho e pela publicação que valorizou minha tese.

Ao PEDRO CAVINATO, aluno de iniciação científica, obrigada pela sua participação.

Aos FUNCIONÁRIOS DO DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, pelo carinho e dedicação para comigo, em todas as vezes que precisei.

MÁRIO, funcionário do departamento de clínica médica, sou muito grata pela paciência, dedicação na formatação desta tese.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1. Introdução Geral | 1 |
| 1. Importância epidemiológica das demências | 2 |
| 2. Critérios diagnósticos do Comprometimento Leve e das demências..... | 4 |
| 3. Queixa subjetiva de memória e detecção de declínio cognitivo pelo médico generalista | 10 |
| 4. Estratégias para detecção de Queixa Subjetiva de memória e demência..... | 13 |
| 5. Justificativa do Estudo | 16 |
| 6. Hipótese | 17 |
| 7. Forma de apresentação da Tese..... | 17 |
| 8. Referências | 18 |
| Estudo 1: Conhecimentos e Atitudes em Demência por Parte dos Médicos Generalistas da cidade de Botucatu..... | 26 |
| Resumo | 27 |
| Abstract..... | 28 |
| 1. Introdução..... | 29 |
| 2. Objetivo | 31 |
| 3. Métodos | 31 |
| a) Instrumentos utilizados no estudo | 33 |
| b) Critérios de Inclusão | 34 |
| c) Critérios de Exclusão | 34 |
| 4. Análise estatística..... | 34 |
| 5. Resultados..... | 35 |
| 6. Discussão | 58 |
| 7. Limitações do estudo | 60 |
| 8. Conclusão..... | 61 |
| 9. Referências..... | 62 |
| Estudo 2: Rastreio Cognitivo de Idosos da Atenção Básica à Saúde da Cidade de Botucatu: Estudo..... | 67 |
| Resumo | 68 |
| Abstract..... | 69 |
| 1. Introdução..... | 70 |
| 2. Critérios de Inclusão e Exclusão..... | 72 |
| 3. Método..... | 73 |
| 4. Análise estatística | 74 |
| 5. Resultados..... | 75 |
| 5. Discussão | 82 |
| 6. Limitações..... | 86 |
| 7. Conclusão..... | 87 |
| 8. Referências..... | 88 |
| Estudo 3: Artigo publicado em revista internacional Comparing knowledge and attitudes to dementia care in Brazilian and UK GPs to guide future decisions about educational interventions | 94 |
| Consideração finais e Perspectivas | 109 |
| Anexos e Apêndices | 112 |

1. INTRODUÇÃO GERAL

O aumento da expectativa de vida é, sem dúvida, uma das grandes conquistas das sociedades nos últimos cem anos (1) (2). Paradoxalmente, a longevidade também resulta no aumento de multimorbidades por doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, osteoartrose, osteoporose e doenças do sistema nervoso central, como as demências (3).

A demência é uma síndrome com características peculiares e complexas, que dificultam o diagnóstico para os médicos da Atenção Básica à Saúde (ABS) (4) (5). Recomendações a respeito do rastreamento são controversas na literatura em face da falta de estudos de qualidade sobre esse tema (7) .

Porém, nos últimos anos, têm sido publicados diversos alertas procedentes das instituições mundiais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e as Associações da doença de Alzheimer, que são responsáveis pela elaboração de planos estratégicos para detecção dos indivíduos em risco de evoluir com demência (8) (9) (10).

1. Importância epidemiológica das demências

A demência é uma síndrome clínica que engloba diversas doenças de caráter progressivo, que compromete a habilidades cognitivas e comportamentais, entre as quais a memória, resultando em comprometimento na funcionalidade e independência do indivíduo (11). A Doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência no mundo, sendo responsável por até 60 a 70% dos casos, seguida pela demência Vascular (DV) 10 a 20% (12) (13), demência Frontotemporal (DFT) 20 a 25%, demência com corpos de Lewy (DCL) 15% e demência na doença de Parkinson 3 a 4% (14) (15).

Relatório da Alzheimer's Disease International (ADI), organização sem fins lucrativos que ajuda países de várias regiões do mundo a combater a Doença de Alzheimer (DA), estima que 46,8 milhões de pessoas em todo o mundo estavam vivendo com demência no ano de 2015(16). Estima-se que esse número duplicará até 2030 e triplicará até 2050 e que, aproximadamente, 30% de pessoas com demência serão idosos com 85 anos ou mais de idade (17). De modo geral,

essas doenças resultam em enorme impacto para a sociedade e saúde pública, com altos custos para todos os envolvidos com pessoas portadoras de demência. De acordo com a ADI em 2015 foram gastos, mundialmente, US\$ 818 bilhões de dólares com indivíduos portadores de demências (12), até 2030 espera-se que esse valor aumente para 2 trilhões resultando em grande impacto nos serviços públicos de saúde, sociedade e familiares (16).

O relatório de Impacto Global de Demência (“The Global Impact of Dementia 2013- 2050) (17) da ADI, refere que, no ano de 2050, 71% dos indivíduos com demência estarão vivendo nos países de baixa e média renda (18) (17) onde, atualmente, estratégias de detecção e prevenção dos fatores de risco, bem como a conscientização da sociedade para essas condições são escassas (Figura 1).

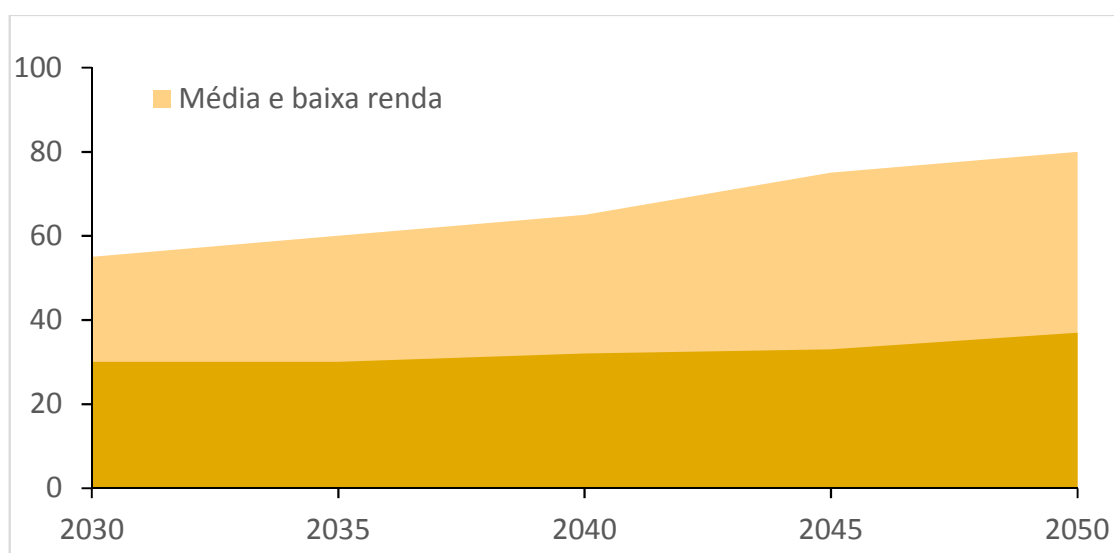


Figura 1. Número de pessoas com demência em países de baixa e média renda
Fonte: Lancet 2017

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o ano de 2025, o Brasil deverá ocupar a sexta posição entre os países com maior número de idosos no mundo, com consequente aumento na incidência e prevalência das demências (19).

Na América Latina, por exemplo, a prevalência global de demência é de 7,1%, conforme revisão sistemática realizada com oito estudos dos seguintes países: Cuba, Peru, Uruguai, Venezuela, Chile e Brasil (20)(21). A prevalência da

demência no Brasil variou entre 5,1% a 17,1% segundo dados de estudos realizados na região sudeste do país. Essa variabilidade pode ter ocorrido devido aos diferentes critérios diagnósticos de demência utilizados nos estudos, bem como diferentes metodologias (22)(23) (24).

2. Critérios diagnósticos do Comprometimento Cognitivo Leve e das demências

A queixa de esquecimento subjetivo é muito prevalente na população idosa e tem sido motivo de vários estudos nas últimas décadas em decorrência dos díspares significados encontrados nos estudos. Foi em 1980 que Reisberg desenvolveu a Escala de Deterioração Global (Global Deterioration Scale - GDS) baseada nas fases clínicas da demência compreendidas naquela época e fez surgir, pela primeira vez, o conceito do Declínio Cognitivo Leve correspondendo ao estágio 3 da GDS (25) (26).

Hughes et al. em 1982 desenvolveram outra escala que avalia a cognição e o comportamento da demência de acordo com a gravidade e é denominada de Clinical Dementia Rating (CDR) amplamente utilizada nos estudos e na clínica diária (26). Logo em seguida, o CDR foi adaptado por Morris et al., 1988 (27) e somente em 2005 foi validado no Brasil. O CDR possui seis categorias cognitivas (Memória, Orientação, Julgamento e resolução de problemas, assuntos da comunidade, atividades de lazer e cuidados pessoais) e recebe a seguinte pontuação: 0 (nenhuma alteração); 0,5 (questionável) corresponde ao CCL; 1 (demência leve); 2 (demência moderada); e 3 (demência grave) (28).

O CCL foi um avanço importante para a compreensão da evolução da DA em virtude dos resultados de estudos que encontraram indivíduos inseridos no diagnóstico de CCL que poderiam evoluir para três situações: 1- reverter para estágio cognitivo normal, 2-permanecer estável ou 3-progredir para a demência devido à DA. Em 1999, Petersen descreveu critérios para diagnóstico de CCL que são utilizados até os dias atuais. O paciente com CCL deveria: 1- apresentar queixa de memória; 2- ser independente para ABVDs; 3- apresentar função cognitiva geral

normal; 4-estar com alteração de memória de acordo com a idade; 5-não diagnóstico de demência (30) (31).

Petersen et al., 2009 publicou o artigo intitulado: “Mild Cognitive Impairment: Ten Years Later” (30) que mostra resultados de estudos sobre a utilização do CCL/MCI na detecção de quadros cognitivos que evoluíram para demência. A prevalência do CCL/MCI foi de 15% de CCL/MCI na população sem demência com proporção de 2:1 de CCL/MCI amnésico versus CCL/MCI não amnésico. A taxa de conversão para demência foi 10% a 15% ao ano para os casos provenientes de centros de referência de memória. Por outro lado, estudos epidemiológicos e prospectivos mostraram taxas menores, em torno de 6% a 10% ao ano, mesmo assim ficando acima das taxas de incidência de demência que é em torno de 1% a 2% ao ano (30).

Com a descoberta dos biomarcadores envolvidos na patologia da DA, foi possível compreender que indivíduos portadores de CCL poderiam apresentar progressão para demência ou permanecerem estáveis ou também reversão para a cognição normal. Os principais biomarcadores são a presença da proteína beta amilóide (Aβ42) e a proteína tau que podem ser detectados no líquido cefalorraquiano (CSF). Nas últimas décadas foram encontrados outros marcadores da DA como a presença da Apolipoproteína E E4 (APOE4), atrofia do lobo temporal visualizada na Ressonância Magnética cerebral (RM), hipometabolismo no exame de Tomografia por Emissão de Pósitron fluordesoxiglicose presente na DA (PET FDG) que fortalecem o diagnóstico da doença(31) (32)

Dessa forma, foi necessária atualização das recomendações para o diagnóstico de CCL. Em 2018, Petersen et al., mostrou a prevalência do CCL de 6,7% entre 60-64, 8,4%, 10,1% entre 65-69, 10,1% entre 70-74, 14,8% entre 75-79 e de 25,2% entre 80-84. A incidência cumulativa de demência, no mesmo estudo foi de 14,9% em indivíduos portadores de CCL com 65 anos de idade ou mais, os quais foram avaliados durante período de dois anos. Esses dados apontam que na população idosa a prevalência de CCL aumenta com a idade e por esse motivo os profissionais devem estar atentos para detecção precoce de queixas cognitivas dos idosos (32).

Em 2011 o grupo de trabalho do *National Institute on Ageing - Alzheimer Association (NIA-AA)* desenvolveu novas recomendações com base nas mais recentes descobertas sobre a DA. Até então, para que o indivíduo recebesse diagnóstico de demência ele deveria apresentar prejuízo em memória e funcionalidade e o diagnóstico definitivo ocorria somente após biópsia cerebral. Com as novas recomendações os critérios clínicos passam a ocupar papel de destaque no que se refere ao diagnóstico de qualquer etiologia e a alteração de memória que era preconizada como critério fundamental deixa de ser o principal critério porque muitas demências não se apresentam inicialmente com prejuízo de memória (33).

Enfim, na atualização de 2011 do NIA-AA os critérios diagnósticos para demência foram agrupados como: 1-critérios clínicos para demência de qualquer etiologia, 2-critérios centrais para a DA e 3-critérios para o CCL devido à DA (33). Esses critérios são recomendados pela Academia Brasileira de Neurologia para utilização no Brasil e vêm descritos na íntegra a seguir:

I. CRITÉRIOS CLÍNICOS PRINCIPAIS PARA O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA (DE QUALQUER ETIOLOGIA)

1. Demência é diagnosticada quando há sintomas cognitivos ou comportamentais (neuropsiquiátricos) que:

- 1.A. Interferem com a habilidade no trabalho ou em atividades usuais;
- 1.B. Representam declínio em relação a níveis prévios de funcionamento e desempenho;
- 1.C. Não são explicáveis por *delirium* (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica maior;

2. O comprometimento cognitivo é detectado e diagnosticado mediante combinação de:

- 2A. Anamnese com paciente e informante que tenha conhecimento da história; e
- 2B. Avaliação cognitiva objetiva, mediante exame breve do estado mental ou avaliação neuropsicológica. A avaliação neuropsicológica deve ser realizada quando a anamnese e o exame cognitivo breve realizado pelo médico não forem suficientes para permitir diagnóstico confiável.

3. Os comprometimentos cognitivos ou comportamentais afetam no mínimo dois dos seguintes domínios:

- 3.A. Memória, caracterizado por comprometimento da capacidade para adquirir ou evocar informações recentes, com sintomas que incluem: repetição das mesmas perguntas ou assuntos, esquecimento de eventos, compromissos ou do lugar onde guardou seus pertences;
- 3.B. Funções executivas, caracterizado por comprometimento do raciocínio, da realização de tarefas complexas e do julgamento, com sintomas tais como: compreensão pobre de situações de risco, redução da capacidade para cuidar das finanças, de tomar decisões e de planejar atividades complexas ou sequenciais;
- 3.C. Habilidades visuais-espaciais, com sintomas que incluem: incapacidade de reconhecer faces ou objetos comuns, encontrar objetos no campo visual, dificuldade para manusear utensílios, para vestir-se, não explicáveis por deficiência visual ou motora;

- 3.D. Linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita), com sintomas que incluem: dificuldade para encontrar e/ou compreender palavras, erros ao falar e escrever, com trocas de palavras ou fonemas, não explicáveis por déficit sensorial ou motor;
- 3.E. Personalidade ou comportamento, com sintomas que incluem alterações do humor (labilidade, flutuações incomuns), agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda de empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis.

II. DEMÊNCIA DA ALZHEIMER: CRITÉRIOS CLÍNICOS CENTRAIS

1. Demência da doença de Alzheimer provável (modificado de McKhann et al., 2011)

Preenche critérios para demência e tem adicionalmente as seguintes características:

1. Início insidioso (meses ou anos).
2. História clara ou observação de piora cognitiva.
3. Déficits cognitivos iniciais e mais proeminentes em uma das seguintes categorias:
 - 3A Apresentação amnésica (deve haver outro domínio afetado).
 - 3B Apresentação não-amnésica (deve haver outro domínio afetado).
 - Linguagem (lembranças de palavras).
 - Visual-espacial (cognição espacial, agnosia para objetos ou faces, simultaneagnosia e alexia).
 - Funções executivas (alteração do raciocínio, julgamento e solução de problemas).
4. Tomografia ou, preferencialmente, ressonância magnética do crânio deve ser realizada para excluir outras possibilidades diagnósticas ou co-morbidades, principalmente a doença vascular cerebral.
5. O diagnóstico de demência da DA provável não deve ser aplicado quando houver:
 - 5A. Evidência de doença cerebrovascular importante definida por história de AVC temporalmente relacionada ao início ou piora do comprometimento cognitivo; ou presença de infartos múltiplos ou extensos; ou lesões acentuadas na substância branca evidenciadas por exames de neuroimagem; ou
 - 5B. Características centrais de demência com corpos de Lewy (alucinações visuais, parkinsonismo e flutuação cognitiva); ou
 - 5C. Características proeminentes da variante comportamental da demência frontotemporal (hiperoralidade, hipersexualidade, perseveração); ou
 - 5D. Características proeminentes de afasia progressiva primária manifestando-se como a variante semântica (também chamada demência semântica, com discurso fluente, anomia e dificuldades de memória semântica) ou como a variante não-fluente, com agramatismo importante; ou
 - 5E. Evidência de outra doença concomitante e ativa, neurológica ou não-neurológica, ou de uso de medicação que pode ter efeito substancial sobre a cognição.

Os seguintes itens, quando presentes, aumentam o grau de confiabilidade do diagnóstico clínico da demência da DA provável:

- a. Evidência de declínio cognitivo progressivo, constatado em avaliações sucessivas;
- b. Comprovação da presença de mutação genética causadora de DA (genes da APP e presenilinas 1 e 2);
- c. Positividade de biomarcadores que reflitam o processo patogênico da DA (marcadores moleculares através de PET ou líquido; ou neuroimagem estrutural e funcional).

A ocorrência do item a confirma a existência de um mecanismo degenerativo, apesar de não ser específico da DA.

2. Demência da doença de Alzheimer possível

O diagnóstico de demência da DA possível deve ser feito quando o paciente preenche os critérios diagnósticos clínicos para demência da DA, porém apresenta alguma das circunstâncias abaixo:

1. Curso atípico: início abrupto e/ou padrão evolutivo distinto daquele observado usualmente, isto é, lentamente progressivo.
2. Apresentação mista: tem evidência de outras etiologias conforme detalhado no item 4 dos critérios de demência da DA provável (doença cerebrovascular concomitante; características de demência com corpos de Lewy; outra doença neurológica ou uma comorbidade não-neurológica ou uso de medicação as quais possam ter efeito substancial sobre a cognição).
3. Detalhes de história insuficientes sobre instalação e evolução da doença.

3. Demência da doença de Alzheimer definida

Preenche critérios clínicos e cognitivos para demência da DA e exame neuropatológico demonstra a presença de patologia da DA segundo os critérios do NIA e do Reagan Institute Working Group.16.

III. DIAGNÓSTICO DE COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE (CCL) DEVIDO À DA (MODIFICADO DE ALBERT ET AL., 2011)

Existem dois conjuntos de critérios que podem ser utilizados para o diagnóstico de CCL devido à DA.

1. Critérios clínicos centrais: para uso na prática clínica, sem a necessidade de testes ou procedimentos altamente especializados.
2. Critérios de pesquisa clínica: que incorporam informações obtidas a partir do uso de biomarcadores e são destinados sobretudo para contextos de pesquisa, centros especializados e ensaios clínicos.

1. Critérios clínicos centrais

1.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E COGNITIVAS

- Queixa de alteração cognitiva relatada pelo paciente, informante próximo ou profissional.
- Evidência de comprometimento em um ou mais domínios cognitivos tipicamente incluindo a memória, obtida através de avaliação que compreenda os seguintes domínios cognitivos: memória, função executiva, linguagem e habilidades visuais-espaciais; ou exame neuropsicológico
- Preservação da independência nas atividades funcionais. Pode haver problemas leves para executar tarefas complexas anteriormente habituais, tais como pagar contas, preparar uma refeição ou fazer compras. O paciente pode demorar mais, ser menos eficiente e cometer mais erros ao executar essas atividades. No entanto, ainda é capaz de manter sua independência com mínima assistência.
- Não preenche critérios para demência.

1.2. ETIOLOGIA COMPATÍVEL COM DA

- Descartar outras doenças sistêmicas ou neurológicas que poderiam ser responsáveis pelo declínio cognitivo.
- Evidência de declínio longitudinal da cognição compatível com evolução natural da DA, quando possível.
- História consistente com DA familiar.

2. Critérios de pesquisa clínica para CCL devido à DA

Uma vez preenchidos os critérios clínicos de CCL devido à DA, as informações obtidas através de biomarcadores podem conferir diferentes graus de probabilidade da etiologia de DA. Essa classificação de probabilidade necessita ser testada em estudos futuros antes de ser usada na prática clínica.

• Alta probabilidade

- Biomarcadores de β A e de lesão/dano neuronal positivos.

• Probabilidade intermediária

- Apenas uma das modalidades é positiva e a outra não foi testada.

• Probabilidade baixa

- Biomarcadores de β A e de lesão/dano neuronal negativos.

• Dados inconclusivos

- Resultados incomparáveis ou conflitantes (biomarcador de β A positivo e o de lesão/dano neuronal negativo ou vice-versa)

O grau de certeza de alta probabilidade também está relacionado à maior taxa e ao menor tempo de evolução para demência. Ausência de ambos os tipos de biomarcadores obriga a consideração de outra etiologia (que não DA) para o quadro de CCL.

IV. DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER PRÉ-CLÍNICA PARA FINS DE PESQUISA CLÍNICA

Para fins de pesquisa clínica é possível propor o diagnóstico de DA antes do aparecimento dos sintomas clínicos com base nas informações obtidas através do uso de biomarcadores, conforme proposto por Sperling e colaboradores (2011). No entanto essa proposta ainda requer validação experimental por meio de estudos longitudinais.

- **Estágio 1: Amiloidose cerebral assintomática.**
 - Elevada captação de marcador β A em PET.
 - Redução de β A-42 no líquido.
- **Estágio 2: Amiloidose + Neurodegeneração inicial.**
 - Marcadores de deposição β -amilóide positivos.
 - Disfunção neuronal no FDG-PET/fMRI.
 - Aumento de tau/fosfotau no líquido.
 - Redução da espessura cortical/atrofia hipocampal por RM .
- **Estágio 3: Positividade para amiloide + evidência de neurodegeneração + declínio cognitivo sutil (testes de alta demanda cognitiva).**
 - Preenchimento dos estágios 1 e 2.
 - Evidência de alteração sutil do nível cognitivo prévio.
 - Baixa performance em teste cognitivos mais complexos.
 - Não preencher critérios para CCL

Fonte: Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer Norberto Anízio Ferreira Frota¹, Ricardo Nitrini², Benito Pereira Damasceno³, Orestes Forlenza⁴, Elza Dias-Tosta⁵, Amauri B. da Silva⁶, Emilio Herrera Junior⁷, Regina Miksian Magaldi⁸. *Dement Neuropsychol* 2011 June;5(Suppl 1):5-10

O mesmo grupo NIA-AA em 2018 unificou as recomendações do guideline de 2011 com novas orientações direcionadas apenas para o desenvolvimento de pesquisas, e não para uso clínico. Assim, a DA passou a ser definida com base no construto biológico identificado pelos biomarcadores in vivo (34) (35).

Além dos critérios anteriormente citados vale ressaltar os critérios para diagnóstico e classificação das demências e doenças psiquiátricas do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) DSM-V da Associação Americana de Psiquiatria (36).

O DSM V trouxe algumas mudanças (em relação ao DSM IV) a respeito das demências no capítulo dos Transtornos Neurocognitivos que passou a abranger apenas as doenças adquiridas com declínio cognitivo que resultam em prejuízo na funcionalidade prévia do indivíduo. Embora o termo “demência” não foi excluído do DSM-V, a demência passou a ser denominada como “Transtorno Neurocognitivo Maior” (TNCm) no qual o indivíduo apresenta declínio cognitivo com prejuízo de sua independência, necessitando de ajuda para atividades básicas de vida diária (36).

Ainda, no DSM V, indivíduos com queixa cognitiva e sem comprometimento da funcionalidade (CCL), passou a ser reconhecida como

“Transtorno Neurocognitivo menor” (TNCn) caracterizando o indivíduo com CCL que consegue finalizar uma tarefa com maior esforço e por maior tempo, mas continua independente para realizar atividades de vida diária (36).

3. Queixa subjetiva de memória e Detecção de declínio cognitivo pelo médico generalista

Como vimos, grandes avanços ocorreram nas últimas décadas em relação à compreensão e melhora do diagnóstico da DA após a publicação dos primeiros critérios do ano de 1984 pelo NIA-AA (37). Atualmente, com todas as ferramentas sobre a fisiopatologia da demência, pesquisadores têm se dedicado a encontrar instrumentos que possam levar ao diagnóstico da DA na fase pré-clínica e no CCL. Assim, nos últimos anos, têm surgido alguns estudos sobre a importância de valorizar ou não Queixa Subjetiva de Memória (QSM) e diferenciá-la do Esquecimento Normal do Envelhecimento (ENE) tendo em vista que a QSM é preditora de declínio cognitivo e evolução para demência (38) (39) (40) .

Estima-se que 95% dos indivíduos, na fase leve da demência de Alzheimer, não são detectados na ABS quando as alterações cognitivas podem passar despercebidas pelo médico generalista. Além disso, tanto o paciente, quanto seus familiares, não notam sinais e sintomas precoces da doença e acreditam que a perda de memória faz parte do envelhecimento normal (41) (42) .

Ahmad e col., referem que na Inglaterra 51% dos idosos demenciados, com idade acima 80 anos e, 62% daqueles com idade entre 65-69 anos, nunca receberam diagnóstico de sua condição, e muitos, só recebem o diagnóstico na fase avançada da doença (44). Da mesma forma, estudos observacionais mostram que a prevalência de QSM varia entre 25%-50%, e apesar da alta prevalência a QSM é pouco detectada nos serviços de saúde. Para justificar a falta de diagnóstico os autores referem que há alguma confusão no uso dos termos como CCL e QSM. Alguns estudos utilizam questões simples como “Você acha que tem problema de esquecimento” enquanto outros estudos empregam instrumentos com entrevistas padronizadas como o CAMDEX ou o item sobre a recordação de palavras do MEEM (44).

Embora a QSM seja prevalente entre idosos saudáveis ela está presente em idosos com doenças potencialmente reversíveis como a depressão, porém, são pouco detectados na ABS. O estudo de Jessen e col., com 2.389 indivíduos da ABS na Alemanha constataram que idosos, mesmo com poucos sintomas depressivos apresentaram piora nos testes de recordação e que alteração na recordação de palavras foi preditor de declínio cognitivo (40).

Diversos estudos relacionados a compreensão sobre motivos que os médicos generalistas apresentam em relação a não abordar esquecimento em idosos e não realizar o diagnóstico de demência na ABS têm surgido no sentido de detectar as dificuldades e os obstáculos que impedem essas condutas (46) (47) (48) (49) (50). Particularmente, em 2004, Turner e col., avaliaram 127 médicos generalistas da região central da Escócia e norte de Londres por meio de questionário que envolvia conhecimento, confiança e atitudes em demência (6). Um terço dos médicos referem limitações em habilidades diagnósticas e dois terços não têm confiança para lidar com idosos portadores de demência com alteração comportamental. Em relação as principais dificuldades identificadas pelos clínicos gerais foram conversar com os pacientes sobre o diagnóstico, responder sobre como lidar com as alterações de comportamento e coordenar os serviços de apoio. Além disso referiram falta de tempo e de apoio dos serviços sociais Um terço dos médicos generalistas acreditava que o idosos com demência deveriam ser acompanhados por especialista e não pelo médico generalista (6).

Na Austrália a demência é líder em incapacidade e causa de morte de acordo com Annear et al., 2018. Por meio do instrumento que avalia apenas o conhecimento sobre demência: “Dementia Knowledge Assessment Scale (DKAS)” os autores avaliaram, online, 234 médicos generalistas de oito estados Australiano. Os médicos generalistas mostraram deficiências no conhecimento sobre demência em relação aos fatores de risco e nas características prevalentes da doença e com as manifestações das alterações cognitivas. Preditores de maiores escores no conhecimento foram a treinamento específico para demência durante o período da graduação(46).

Estudo que realizou triagem por meio dos seguintes instrumentos: o MEEM, o Questionário do Informante sobre o Declínio Cognitivo do Idoso

(IQCODE) e um teste de sete minutos mostrou que 70% dos indivíduos apresentaram rastreio positivo para suspeita de declínio cognitivo, no entanto os médicos generalistas desconheciam os sintomas desses indivíduos (51).

Maeck L et al., 2007 mostraram que médicos generalistas referiram falta de evidência científica sobre detecção precoce de demência, inexistência de tratamento curativo, não se sentiam seguros para dar diagnóstico de demência devido à falta de embasamento teórico na graduação e, também, não saber aplicar instrumentos de rastreios e, sobretudo, déficit no conhecimento sobre tratamento das demências (52).

Com base no princípio que norteia qualquer tipo de rastreio para detecção precoce e o tratamento das doenças, os profissionais da ABS entendem que por não haver tratamento curativo para demência, não consideram importante rastreio cognitivo de idosos na ABS (53) (54). Outro argumento que fortalece a conduta dos profissionais da ABS é que U.S. Preventive Services Task Force (força tarefa de serviços preventivos dos Estados Unidos) não encontrou evidências suficientes para recomendar contra ou a favor da triagem para demência na ABS, sendo essa recomendação considerada insuficiente.

No entanto, nos últimos anos surgiram diversos estudos mostrando a importância de se detectar precocemente os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver demência e afastar causas reversíveis de alterações cognitivas. Os fatores de risco cardiovasculares têm sido identificados como preditores de demência na DA quanto para demência vascular (55) (56) (57) (60) .

O Instituto Nacional de Saúde e Excelência em cuidados da Inglaterra (NICE) alerta que médicos e enfermeiras devem estar atentos aos indivíduos que apresentam queixas de esquecimento e orienta detectar os fatores de risco cardiovasculares associados ao declínio cognitivo (58).

O Instituto Nacional de Saúde (NIH) dos Estados Unidos da América (EUA) realizou revisão sistemática sobre os fatores de risco relacionados à DA e declínio cognitivo. O resultado deste estudo sugere que até metade dos casos de DA podem ser atribuídos aos fatores de risco modificáveis (hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo, depressão, baixo nível de atividade física e cognitiva) e recomenda a favor da identificação das pessoas portadoras de risco (59).

A comissão sobre cuidados, prevenção e intervenção sobre demência do Lancet (2017) descreve modelo de fatores de risco em diferentes fases da vida, não somente na vida tardia (64). Neste modelo, a educação e atividade física na idade infantil e engajamento social devem ser prioridades dos serviços de saúde e da sociedade como um todo. A redução do tabagismo, manejo da perda auditiva, depressão, diabetes, hipertensão e obesidade podem prevenir em até 30% o aparecimento da demência (64).

4. Estratégias para detecção de queixa subjetiva de memória e demência

Em relação a QSM uma metanálise sobre o significado diagnóstico de QSM na demência e no CCL, mostrou que 42,8% dos indivíduos com demência e 38,2% com CCL relataram QSM (47). Em estudos head-to-head a QSM foi mais prevalente na demência versus CCL (48,4% x 35,1%). Dois estudos mostraram que a QSM não é sinônimo de déficit cognitivo, no entanto a QSM pode ser comparada com alterações cerebrais na Ressonância Magnética (RM) em indivíduos com demência (48) (49) (50).

Porém, além da atenção que deve ser dada aos indivíduos com queixa cognitiva, está surgindo uma linha de pesquisa voltada a Síndrome da Fragilidade (SF), uma doença que possui vasta literatura de qualidade relacionada a critérios de fragilidade bem estabelecidos. Contudo, associada a essa síndrome surgiu a Fragilidade Cognitiva (FC) que ainda carece de critérios diagnósticos, mas com previsão de ocasionar muitos benefícios para os idosos portadores da SF e nos idosos pré-frágeis (61) (62) (63). O estudo de Aliberti et al., que avaliou o risco para desfechos adversos em idosos americanos, mostrou que a fragilidade física e o comprometimento de memória sem demência foram preditores de incidência de incapacidade e morte (64).

Nesse sentido, a OMS desenvolveu, há muitos anos, a proposta do método de *case-finding* para detectar pessoas doentes e direcionar o paciente ao tratamento da doença (65). Esse conceito é diferente do rastreio utilizado nos estudos epidemiológicos que busca pessoas da comunidade as quais, aparentemente, não apresentam sinais de doença, mas que estão expostas a fatores

de risco e o rastreio tem o objetivo de identifica-las e realizar estratégias de prevenção (66). Publicação de 2017 do Lancet, cita o “*case-finding*”, como método de encontrar indivíduos com sinais e sintomas de demência, idosos com QSM ou que sejam portadores de familiares com demência e que se beneficiariam de avaliação mais detalhada para detecção da demência (66), na verdade, existe uma linha tênue entre os dois conceitos, mas de qualquer forma pode ajudar os médicos generalistas a pensarem no diagnóstico de demência e encontrar os indivíduos que se encontram em sob risco de evoluir com a doença.

O mesmo estudo do Lancet sobre *case-finding* refere que 40% de indivíduos idosos internados em hospitais têm demência não diagnosticada e que isso pode gerar pobres desfechos e maior tempo de internação como consequência de possível incapacidade cognitiva para tomar decisões ou consentir determinado tratamento. Esses idosos seriam representados pelo “*case-finding*” e deveriam ser avaliados antes de qualquer conduta médica identificando o grau de independência e autonomia. A figura 3 mostra um modelo sugerido por Livingston et al, 2017 sobre *case-finding* na ABS (66).

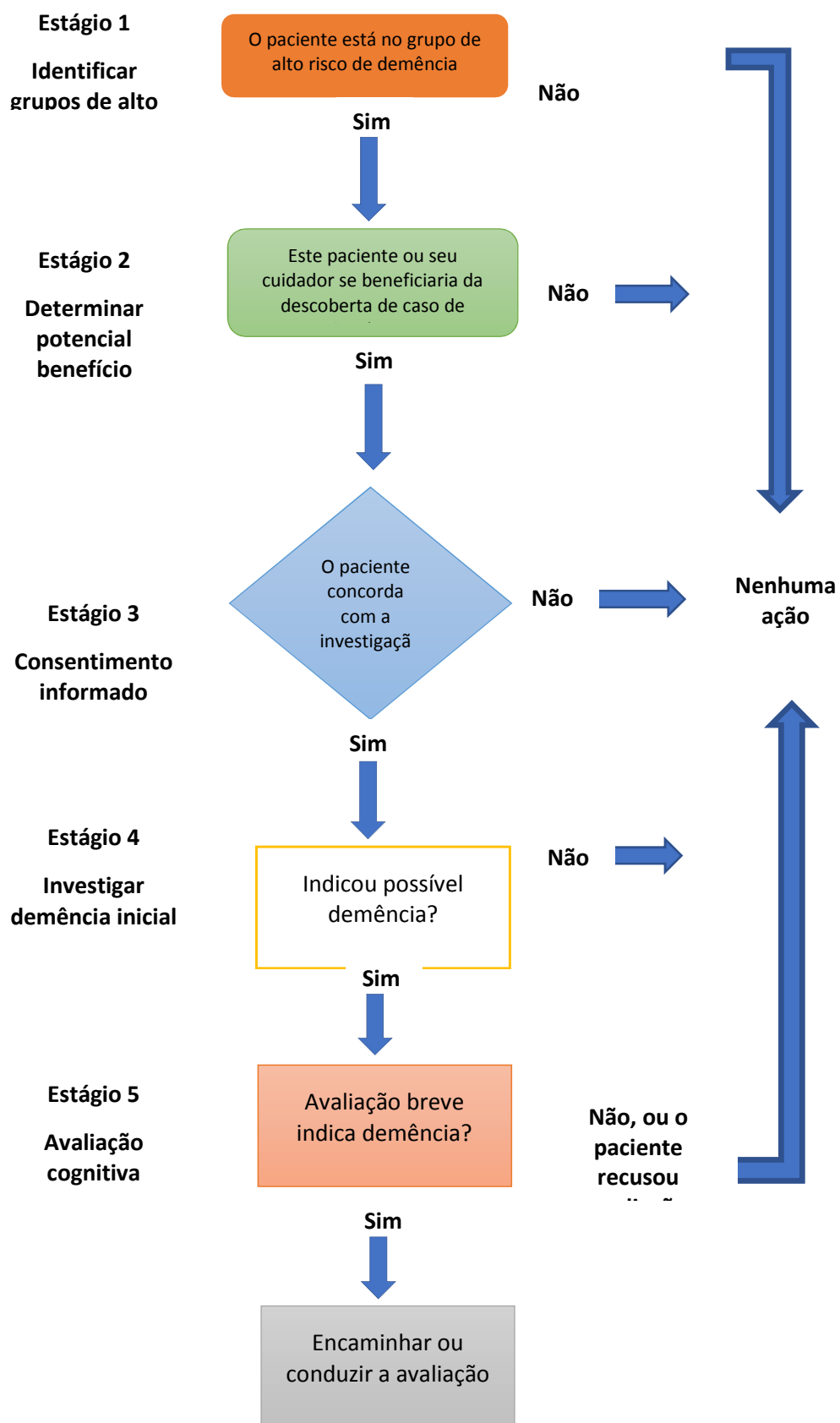


Figura 3. Fluxograma para detecção de “*case-finding*” para demência

Fonte: Alzheimer’s & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions 4 (2018) 288-296

Vale a pena ressaltar dez mensagens do estudo sobre Prevenção de Demência, Cuidados e Intervenções que servem para reflexão dos leitores, podendo ser estendidas para todos os profissionais que exercem atividades à saúde do ser humano (67).

Ser ambicioso sobre a prevenção

1. Recomendam tratamento da hipertensão em pessoas com idade entre 45-65 anos e mais, e nos idosos acima dos 65 anos sem demência, para reduzir a incidência da doença.
2. Intervenção para outros fatores de risco como educação para crianças, exercícios físicos, engajamento social, redução do tabagismo e manejo de perda auditiva, depressão, diabetes e obesidade. Essas medidas podem reduzir em um terço o risco os casos de demência.
3. Tratar pessoas com sintomas cognitivos: Prescrever medicamentos para indivíduos com DA em todos os estágios ou memantina para demência grave. Não medicar com inibidor da colinesterase indivíduos com CCL.
4. Individualizar cuidados na demência através dos cuidados médicos, sociais e de apoio que devem ser adaptados às necessidades individuais e culturais, preferências e prioridades com apoio a cuidadores e familiares.
5. Cuidar dos cuidadores familiares que apresentam alto risco de depressão. Intervenções eficazes, incluindo estratégias para direcionar os recursos para melhorar a vida do cuidador de Alzheimer. Intervenção para reduzir o risco de depressão e tratar os sintomas devem estar disponibilizados.
6. Plano para o futuro. Pessoas com demência e seus familiares discutir valores sobre o futuro e decisões sobre possível representante legal para tomada de decisões. Clínicos devem considerar capacidade para realizar tipos diferentes de decisões diagnósticas.
7. Proteja pessoas com demência. Pessoas com demência requerem proteção contra possíveis riscos de doença, incluindo a autonegligência, vulnerabilidade (incluindo a exploração), gestão de dinheiro, dirigir ou usar armas. Avaliação de gestão de riscos deve ser realizada em todas as fases da doença, mas deve ser equilibrado com o direito de autonomia da pessoa.
8. Manejo dos sintomas psiquiátricos. Incluindo agitação, alteração do humor, agitação, com manejo farmacológico reservado para indivíduos com sintomas mais severos.
9. Considerar final de vida. Um terço das pessoas morrem com demência, portanto, é essencial que profissionais trabalhem os cuidados no final de vida consideram se o paciente tem demência, porque eles podem estar incapazes de tomar decisões sobre seus cuidados e ou tratamentos e expressar seu desejos e necessidades.
10. Tecnologia. Intervenções tecnológicas tem o potencial para melhorar cuidados, mas não deve substituir o contato social.

Dementia prevention, intervention, and care The Lancet Commissions

5. Justificativa do Estudo

O envelhecimento populacional é uma grande conquista das sociedades, sendo fenômeno mundial estabelecido. Paradoxalmente, viver por longos anos resulta em perda de funcionalidade e autonomia se, medidas preventivas não forem realizadas.

No Brasil, assistência à saúde é basicamente pública. Sendo assim, a maior parte das pessoas com 60 anos de idade ou mais recebem tratamento médico na ABS. Portanto, é necessário que a equipe de saúde tenha conhecimento para

manejar os problemas do envelhecimento. Não havendo conhecimento sobre demências, são necessárias estratégias direcionadas à capacitação dos profissionais da saúde, realização de ações preventivas e detecção precoce do declínio cognitivo.

Há evidência na literatura médica mostrando que médicos generalistas não realizam diagnóstico de demência na ABS. Este estudo teve por objetivo avaliar conhecimento e atitudes em relação à demência por parte dos médicos generalistas da cidade de Botucatu.

6. Hipótese

Nossa hipótese é que as demências não são detectadas na ABS pelo médico generalista.

7. Forma de Apresentação da Tese

- **Estudo 1** - Avaliar o Conhecimento e a Atitude dos médicos generalistas que atuam na ABS da cidade de Botucatu sobre demência.
- **Estudo 2**
 - ➔ Estimar a não detecção do declínio cognitivo pelos médicos generalistas da ABS da cidade de Botucatu.
 - ➔ Estimar a prevalência de queixa subjetiva de Memória e comprometimento cognitivo em idosos atendidos na atenção básica à saúde no município de Botucatu.
- **Estudo 3**
 - ➔ Comparar conhecimentos e atitudes com os cuidados de demência entre médicos generalistas brasileiros e do Reino Unido para orientar futuras decisões sobre intervenções educacionais. (Comparing knowledge and attitudes to dementia care in Brazilian and UK GPs to guide future decisions about educational interventions).

Referências

1. Silva MRF. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. *Serv Soc Soc.* 2016;(126):215-34.
2. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. The ageing of the world's population: a new challenge. *Rev Saúde Pública.* 1987;21(3):200-10.
3. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(8):2489-98.
4. Iliffe S, Wilcock J, Austin T, Walters K, Rait G, Turner S, et al. Dementia diagnosis and management in primary care: developing and testing educational models. *Dementia.* 2002;1(1):11-23.
5. NIH National Institute on Aging. Alzheimer's disease diagnostic guidelines [Internet]. National Institute on Aging [citado 1 Nov 2018]. Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-disease-diagnostic-guidelines>
6. Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Lewyn E, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing.* 2004;33(5):461-7.
7. U S Preventive Services Task Forces. Final update summary: cognitive impairment in older adults: screening - US Preventive Services Task Force [Internet] [citado 30 Jun 2018]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cognitive-impairment-in-older-adults-screening>
8. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med.* 2000;160(19):2964-8.
9. Baloch S, Moss SB, Nair R, Tingle L. Practice patterns in the evaluation and management of dementia by primary care residents, primary care physicians, and geriatricians. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2010;23(2):121-5.

10. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025 [Internet]. Geneva; 2017 [citado 30 Jun 2018]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/
11. Alzheimer's Disease International. The global voice on dementia [Internet]. 2017 [citado 30 Jun 2018]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/ADI-Strategic-Plan-2016-2019.pdf>
12. ONU BR Nações Unidas do Brasil. OMS: número de pessoas afetadas por demência triplicará no mundo até 2050 [Internet]. Brasília: ONU Brasil; 2017 [citado 21 Out 2018]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-numero-de-pessoas-afetadas-por-demencia-triplicara-no-mundo-ate-2050/>
13. Bastos LFCS. Demência: número de pessoas afetadas triplicará nos próximos 30 anos [Internet]. Brasília: OPAS/OMS; 2017 [citado 19 Mar 2018]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5560:demencia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos&Itemid=839
14. Sonnen JA, Larson EB, Crane PK, Haneuse S, Li G, Schellenberg GD, et al. Pathological correlates of dementia in a longitudinal, population-based sample of aging. *Ann Neurol*. 2007;62(4):406-13.
15. Aarsland D, Zaccai J, Brayne C. A systematic review of prevalence studies of dementia in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2005;20(10):1255-63.
16. Relatório ADI/Bup. Demência nas Américas: custo anual e futuro e prevalência da doença de Alzheimer e outras demências [Internet] [citado 1 Jul 2018]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-BRAZILIAN-PORTUGUESE.pdf>
17. Prince MJ. The global impact of dementia 2013-2050 [Internet]. 2013 [citado 22 Jul 2018]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief>
18. Langa KM. Is the risk of Alzheimer's disease and dementia declining? *Alzheimers Res Ther*. 2015;7(1):34.

19. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet] [citado 19 Set 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
20. Nitrini R, Bottino CMC, Albala C, Custodio Capuñay NS, Ketzoian C, Llibre Rodriguez JJ, et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *Int Psychogeriatr*. 2009;21(04):622.
21. César KG, Brucki SMD, Takada LT, Nascimento LFC, Gomes CMS, Almeida MCS, et al. Prevalence of Cognitive Impairment Without Dementia and Dementia in Tremembé, Brazil. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2016;30(3):264-71.
22. Boff MS, Sekyia FS, Bottino CMC. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira. *Rev Med*. 2015;94(3):154-61.
23. Lopes MA, Ferrioli E, Nakano EY, Litvoc J, Bottino CMC. High prevalence of dementia in a community-based survey of older people from Brazil: association with intellectual activity rather than education. *J Alzheimers Dis*. 2012;32(2):307-16.
24. Bottino CMC, Azevedo D, Tatsch M, Hototian SR, Moscoso MA, Folquitto J, et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(4):291-9.
25. KRAL VA. Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Can Med Assoc J*. 1962;86(6):257-60.
26. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139(9):1136-9.
27. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry*. 1982;140:566-72.
28. Morris J. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 1993;43(11):2412-4.
29. Macedo Montañó MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):912-7.

30. Petersen RC, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, Smith GE, et al. Mild cognitive impairment: ten years later. *Arch Neurol*. 2009;66(12):1447-55.
31. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*. 1999;56(3):303-8.
32. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018;90(3):126-35.
33. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):263-9.
34. Jack CR, Bennett DA, Blennow K, Carrillo MC, Dunn B, Haeberlein SB, et al. NIA-AA Research Framework: toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2018;14(4):535-62.
35. Frota NAF, Nitrini R, Damasceno BP, Forlenza OV, Dias-Tosta E, Silva AB, et al. Criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dement Neuropsychol*. 2011;5(3):146-52.
36. Araújo AC, Lotufo Neto F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport Cogn* [Internet]. 2014 [citado 1 Nov 2018];16(1):67-82. Disponível em: <http://usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/659>.
37. Schneider LS, Mangialasche F, Andreasen N, Feldman H, Giacobini E, Jones R, et al. Clinical trials and late-stage drug development for Alzheimer's disease: an appraisal from 1984 to 2014. *J Intern Med*. 2014;275(3):251-83.

38. Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, et al. Mild cognitive impairment. *Lancet*. 2006;367(9518):1262-70.
39. Budson AE, Solomon PR. *Memory loss, Alzheimer's disease, and dementia: a practical guide for clinicians*. New York: Elsevier; 2016.
40. Jessen F, Wiese B, Cvetanovska G, Fuchs A, Kaduszkiewicz H, Kölsch H, et al. Patterns of subjective memory impairment in the elderly: association with memory performance. *Psychol Med*. 2007;37(12):1753-62.
41. Jack CR Jr, Bennett DA, Blennow K, Carrillo MC, Dunn B, Haeberlein SB, et al. NIA-AA Research Framework: toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2018;14(4):535-62.
42. Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient Educ Couns*. 2000;39(2-3):219-25.
43. Olafsdottir M, Marcusson J. Diagnosis of dementia at the primary care level. *Acta Neurol Scand Suppl*. 1996;165:58-62.
44. Wind AW, SchelLewys FG, van Staveren G, Scholten RJPM, Hooijer C, Jonker C, et al. Determinants of the judgement of general practitioners on dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1995;10(9):767-76.
45. Ahmad S, Orrell M, Iliffe S, Gracie A. GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract*. 2010;60(578):360-5.
46. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Brook CP, Reiss BB, Roth M. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? *Br Med J*. 1988;297(6656):1107-10.
47. Annear MJ. Knowledge of dementia among the Australian Health Workforce: a national online survey. *J Appl Gerontol*. 2018;073346481775208.
48. Clarfield AM. The decreasing prevalence of reversible dementias: an updated meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2003;163(18):2219.
49. Lautenschlager NT, Flicker L, Vasikaran S, Leedman P, Almeida OP. Subjective memory complaints with and without objective memory impairment:

- relationship with risk factors for dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(8):731-4.
50. Minett TSC, Dean JL, Firbank M, English P, O'Brien JT. Subjective memory complaints, white-matter lesions, depressive symptoms, and cognition in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(8):665-71.
51. Lavery LL, Lu S, Chang C-CH, Saxton J, Ganguli M. Cognitive assessment of older primary care patients with and without memory complaints. *J Gen Intern Med*. 2007;22(7):949-54.
51. Jansen APD, van Hout HPJ, Nijpels G, van Marwijk HWJ, Gundy C, de Vet HCW, et al. Self-reports on the IQCODE in older adults: a psychometric evaluation. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2008;21(2):83-92.
52. Maeck L, Haak S, Knoblauch A, Stoppe G. Early diagnosis of dementia in primary care: a representative eight-year follow-up study in Lower Saxony, Germany. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(1):23-31.
53. Gallucci Neto J, Tamelini MG, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2005;32(3):119-30.
54. O'Connor DW, Pollitt PA, Roth M, Brook CPB, Reiss BB. Memory complaints and impairment in normal, depressed, and demented elderly persons identified in a community survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(3):224-227. doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810150024005
55. Jungwirth S, Fischer P, Weissgram S, Kirchmeyr W, Bauer P, Tragl KH. Subjective memory complaints and objective memory impairment in the Vienna-Transdanube aging community. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(2):263-8.
56. Coley N, Ousset PJ, Andrieu S, Matheix Fortunet H, Vellas B. Memory complaints to the general practitioner: data from the GuidAge study. *J Nutr Health Aging*. 2008;12(1):66S-72.
57. Gasser A-I, Salamin V, Zumbach S. Late life depression or prodromal Alzheimer's disease: which tools for the differential diagnosis?. *Encephale*. 2018;44(1):52-8.

58. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2007 [citado 16 Set 2018]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55459/>
59. Rakesh G, Szabo ST, Alexopoulos GS, Zannas AS. Strategies for dementia prevention: latest evidence and implications. *Ther Adv Chronic Dis*. 2017;8(8-9):121-36.
60. Maeck L, Haak S, Knoblauch A, Stoppe G. Early diagnosis of dementia in primary care: a representative eight-year follow-up study in Lower Saxony, Germany. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(1):23-31.
61. Alencar MA, Dias JMD, Figueiredo LC, Dias RC, Alencar MA, Dias JMD, et al. Frailty and cognitive impairment among community-dwelling elderly. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(6):362-7.
62. Ruan Q, Yu Z, Chen M, Bao Z, Li J, He W. Cognitive frailty, a novel target for the prevention of elderly dependency. *Ageing Res Rev*. 2015;20:1-10.
63. Fougère B, Delrieu J, del Campo N, Soriano G, Sourdet S, Vellas B. Cognitive frailty. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(3):339-55.
64. Aliberti MJR, Cenzer IS, Smith AK, Lee SJ, Yaffe K, Covinsky KE. Assessing risk for adverse outcomes in older adults: the need to include both physical frailty and cognition. *J Am Geriatr Soc* [Internet] 2018 [citado 21 Dez 2018]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.15683>. doi: 10.1111/jgs.15683.
65. Frankish H, Horton R. Prevention and management of dementia: a priority for public health. *Lancet*. 2017;390(10113): 2614-5.
66. Wilson JM, Jungner YG. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol Of Sanit Panam* 1968;65:281393 (Spanish).

66. Ranson JM, Kuźma E, Hamilton W, Lang I, Llewellyn DJ. Case-finding in clinical practice: an appropriate strategy for dementia identification? *Alzheimers Dement.* 2018;4:288-96.
67. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet.* 2017;390(10113):2673-734.

**ESTUDO 1: CONHECIMENTOS E ATITUDES EM
DEMÊNCIA POR PARTE DOS MÉDICOS
GENERALISTAS DA CIDADE DE BOTUCATU**

Resumo

Introdução: O número de idosos com idade de 60 anos ou mais está aumentando no mundo. Esse fenômeno é acompanhado do aumento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, osteoporose, osteoartrose. As doenças neurodegenerativas, representadas pelas demências apresentam alta prevalência na maioria dos países do mundo. Entretanto, há evidências de que as demências não são detectadas pelo médico generalista.

Objetivo: Avaliar conhecimentos e atitudes em demências por parte dos médicos generalistas da atenção básica à saúde.

Método: Estudo quasi-experimental. Aplicação de dois instrumentos, auto respondidos em dois momentos, antes e após intervenção com seis aulas sobre demência.

Participantes: 34 médicos generalistas da rede de atenção básica à saúde, da cidade de Botucatu-SP.

Resultados: A média de idade dos médicos generalistas foi de $33,9 \pm 10,2$ anos. 18(53%) do sexo masculino e 16(47%) sexo feminino. 29 (85.3%) médicos receberam aula sobre demência durante a graduação. A média de acertos no questionário sobre conhecimentos em demência foi de 8,35 antes e 9,97 após a intervenção (pontuação total 14 pontos). Houve significância estatística no subitem diagnóstico de demência $p < 0,001$. Os médicos mostraram atitudes positivas em relação a oferecer o diagnóstico de demência.

Conclusão: Estudo pioneiro no Brasil que avaliou, diretamente, conhecimentos e atitudes em demência por parte dos médicos da atenção básica à saúde de um município. Houve deficiência no conhecimento do médico generalista em relação à prevenção e, sobretudo, no manejo de pessoas com demência. Em relação à capacitação observamos que os médicos generalistas apresentaram melhora no conhecimento sobre diagnóstico das demências e mudanças de atitudes sobre o manejo da doença.

Abstract

Introduction: The number of people with 60 years old and over is increasing in the world and the chronic diseases such as hypertension, diabetes, osteoporosis, osteoarthritis. The neurodegenerative diseases as dementia show high prevalence in the major countries. However, there is evidence that dementias are not detected by general practitioners.

Objective: To evaluate knowledge and attitudes about dementia with general practitioners in primary health care.

Method: Quasi-experimental study with a self-administered questionnaire about dementia in two different moments before and after intervention through six lessons about dementia.

Participants: 34 general practitioners of the primary health care of the city of Botucatu in Sao Paulo state.

Results: The average age of general practitioners was 33.9 ± 10.2 years. 18(53%) were male. Most physicians, 29 (85.3%) received a lesson about dementia during graduation. The average of answers in the dementia knowledge questionnaire was 8.35 before and 9.97 after the intervention. There was statistical significance in the dementia diagnostic sub-item ($p < 0.001$). Physicians showed positive attitudes towards offering the diagnosis of dementia.

Conclusion: This is a pioneering study in Brazil that evaluated directly knowledge and attitudes in dementia with general practitioners. There was a lack of knowledge of general practitioner regarding prevention and especially, management of people with dementia. Therefore, continuing medical education, with practice in dementias about prevalence and management of the elderly people with dementia is a strategy that could be developed for primary health care professional.

1. Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, caracterizado pelo aumento no número de pessoas com idade de 60 anos ou mais (1). Com o aumento da expectativa de vida, surgem as doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, osteoporose, osteoartrose e, ainda, doenças neurodegenerativas, particularmente, as demências(2).

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas com demência deverá triplicar, de 50 milhões para 152 milhões até o ano de 2050. E acrescenta que, quase 10 milhões de idosos com demência estarão vivendo em países de baixa e média renda(3)(4)(5). O Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que a proporção de idosos acima dos 65 anos era 7,32% e em 2018 passou a ser de 9,22%. Estima-se que, em 2060 esse percentual chegará em 25,49% (6).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o custo com demência, globalmente, foi de 818 bilhões de dólares em 2015. Até o ano de 2030, estima-se que este valor aumente para 2 trilhões de dólares (6). Os custos com demência estão relacionados aos custos médicos, com serviços sociais e custos indiretos relacionado a cuidador informal. Em países de alta renda, os custos com cuidado informal e serviço social ou com creches de idosos são semelhantes aos custos totais (diretos e indiretos). Em contrapartida, nos países de baixa e média renda, o atendimento informal é responsável pela maior parte dos gastos totais, e custos diretos insignificantes, mostrando que há pouco investimento do Estado para os idosos com demência(8).

Diante dessa conjuntura, tem ocorrido mobilização de diversos setores da sociedade, particularmente dos países desenvolvidos os quais, juntamente com a OMS, elaboram planos estratégicos para que as instituições, públicas ou privadas, envolvidas com a saúde do idoso, para que desenvolvam ações preventivas, de cuidados e tratamentos das demências e orientam decisões futuras para o indivíduo com demência (9)(10)(11).

É importante destacar que demência é um termo que engloba diversas doenças caracterizadas por evolução progressiva de perda de memória, comprometimento do comportamento e outras habilidades cognitivas (10)(12) (13). A principal causa de demência é a Doença de Alzheimer (DA), responsável por 60 a 80% dos casos de demência, em seguida, vem a demência vascular 30% a 40%, a demência Frontotemporal, 20% a 25% e a demência com corpúsculos de Lewy, 15% dos casos de demência (14) (15) (16) (17).

O principal fator de risco para a doença de Alzheimer é a idade, sendo que, após os 65 anos, sua prevalência dobra a cada cinco anos (18) (19). Outros dois fatores de risco associados com DA são a baixa escolaridade e o sexo feminino. Fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade, tabagismo e sedentarismo, aumentam o risco de demência em indivíduos com idade avançada (20).

Ainda que a demência na DA seja uma entidade nosológica devastadora e sem tratamento curativo, há evidência na literatura de que a detecção precoce do declínio cognitivo em pessoas com 60 anos ou mais é importante para a realização de medidas preventivas nas populações de risco para desenvolver a doença.(21) (22) (23). No entanto, a literatura médica mostra que a demência é sub diagnosticada nos serviços de atenção primária à saúde (24) (25). As principais barreiras relatadas pelos médicos generalistas são: ausência de clareza em relação ao rastreio de demência e falta de tratamento curativo (26) (27) (28).

A força tarefa do serviço de prevenção dos Estados Unidos (US Preventive Services Task Force, USPSTF) não encontrou estudos prospectivos que avaliam os benefícios do rastreio cognitivo em idosos da comunidade e por isso não estimula e nem condena rastreio cognitivo para idosos da atenção básica à saúde (ABS) (29).

Por outro lado, as Diretrizes do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica / Instituto de Assistência Social para a Excelência (NICE / SCIE) e da Estratégia Nacional de Demência (NDS) do Reino Unido, enfatizam o papel dos médicos generalistas na identificação dos indivíduos com risco de demência, alertando a urgência na conscientização, diagnóstico e gestão da demência em todos os setores dos serviços de saúde (25).

Turner e col., e Jacinto e col., após avaliarem conhecimentos, confiança e atitudes dos médicos generalistas em relação ao diagnóstico e tratamento das demências, encontraram fragilidade tanto do conhecimento dos médicos sobre demência, como também, necessidade de explorar o potencial que os serviços básicos de saúde podem oferecer à população (26) (27).

O presente estudo teve por objetivo avaliar conhecimentos e atitudes em demências por parte dos médicos generalistas atuantes na rede de atenção básica à saúde (ABS) de toda uma cidade brasileira. Avaliar a eficácia de uma estratégia de capacitação dos médicos generalistas da ABS relativo aos conhecimentos e atitudes em demência.

2. Objetivo

Avaliar o impacto da intervenção com aulas sobre demência para os médicos generalistas da cidade de Botucatu.

3. Métodos

Estudo quasi-experimental realizado no período entre agosto de 2016 a março de 2017 com médicos generalistas da rede de ABS da cidade de Botucatu - São Paulo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP), sob Parecer de nº 1.782.531 e CAAE: 59005116.0.0000.5411, em 20 de outubro de 2016 (Anexo 1), pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Botucatu (Anexo 2). Houve também aprovação da diretoria do Centro de Saúde Escola (CSE), cuja administração é realizada pela Faculdade de Medicina de Botucatu (Anexo 3).

O projeto foi executado nas dependências das Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Botucatu. Observa-se no quadro 1 que a cidade de Botucatu possui apenas quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), porém, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa a maior parte da rede de assistência com 13 unidades de atendimento, sendo que algumas unidades possuem mais de uma

equipe de profissionais com total de 26 médicos generalistas. Existem duas Policlínicas e dois Centros de Saúde Escola (CSE) que também oferecem atendimento primário à população.

Quadro 1. Número de médicos generalistas em cada unidade de saúde da cidade de Botucatu no final de 2016-2017.

| Unidade Básica de Saúde | | Médicos Generalistas |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. | UBS Cohab 1 | 2 |
| 2. | UBS São Lúcio | 2 |
| 3. | UBS Vila Jardim | 1 |
| 4. | UBS Cecap | 3 |
| Total | | |
| 1. | CSE Vila dos Lavradores | 2 |
| 2. | CSE Ferroviária | 2 |
| Total | | |
| 1. | Policlínica Edmundo de Oliveira-CS1 | 1 |
| 2. | Policlínica Jardim Cristina | 2 |
| Total | | 15 |
| Unidades de Saúde da Família | | Médicos Generalistas |
| 1. | Santa Maria | 1 |
| 2. | Vitoriana | 2 |
| 3. | Comerciários | 5 |
| 4. | Cesar Neto | 1 |
| 5. | Jardim Peabiru | 3 |
| 6. | Jardim Yolanda | 2 |
| 7. | Parque Marajoara | 2 |
| 8. | Jardim Aeroporto | 2 |
| 9. | Cohab IV | 1 |
| 10. | Jardim Santa Elisa | 2 |
| 11. | Jardim Marajoara | 2 |
| 12. | Rubião Junior | 2 |
| 13. | Jardim Real Parque | 1 |
| Total | | 26 |

a) Instrumentos utilizados no estudo

● Questionários para coleta de dados demográficos.

Questionário semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, para coleta de dados demográficos como sexo e idade, tempo de atuação como médico, se fez residência médica, se recebeu aula sobre demência na graduação e se realizou algum curso extracurricular sobre demência (Apêndice 1).

● Instrumentos sobre Conhecimentos e Atitudes em demência

Os instrumentos sobre conhecimentos e atitudes em demência, foram desenvolvidos por Turner e col., no Reino Unido, em 2003, com a finalidade de avaliar conhecimentos, confiança e atitudes sobre demência, dos médicos generalistas (26). Em 2015, Jacinto e col., realizaram a tradução e adaptação transcultural desses instrumentos para o idioma português do Brasil (28).

● Questionário sobre Conhecimentos em demência.

Instrumento de conhecimentos sobre demência é composto de 14 questões de múltipla escolha, cada uma com cinco alternativas, sendo apenas uma correta, todos com uma alternativa “não sei”. Esse instrumento é dividido em três subitens que abordam aspectos das demências relacionados: à epidemiologia (três questões), ao diagnóstico (oito questões) e ao manejo (três questões) (Anexo 4).

● Escala sobre Atitudes em demência.

A escala sobre atitudes, “tipo-Likert”, é composta de 10 sentenças sobre pensamentos dos médicos relacionados ao manejo do paciente com demência e as respostas possíveis são: “concordo plenamente”, “não concordo nem discordo”, “concordo”, “discordo” e “discordo plenamente” (Likert. R, 1932) (Anexo 5).

● Roteiro de aulas (*Script*)

Os pesquisadores desenvolveram um roteiro das seis aulas administradas aos médicos generalistas, com objetivo de incluir os demais médicos que não puderam estar nas aulas presenciais. Esses médicos foram convidados, pessoalmente pela pesquisadora e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), respondiam aos instrumentos sobre conhecimentos e atitudes em demências, na presença da pesquisadora. Ao final, era entregue o *script* das aulas para ser lido, no período de 1 mês (Apêndice 3). Após esse período os médicos responderam novamente aos mesmos instrumentos.

b) Critérios de Inclusão

Médicos generalistas que realizavam assistência médica na rede de saúde de Botucatu, incluindo atendimento de idosos com idade de 60 anos ou mais, foram incluídos no estudo.

c) Critérios de Exclusão

- Médicos que faltaram em mais de duas aulas durante a capacitação sobre demência.
- Médicos que responderam apenas uma vez aos instrumentos.

4. Análise estatística

Os dados foram analisados através do software IBM-SPSS 21. Dados demográficos da amostra são apresentados em forma de medidas de tendência central (média e desvios padrões). O Teste t de Student foi utilizado na comparação das médias. A correlação entre conhecimentos e atitudes positivas/negativas foi testada por meio do uso do *rô* de Spearman. O nível de significância estatística foi estabelecido em 0,05.

5. Resultados

Dados demográficos

Após assinatura do TCLE, 34 médicos generalistas participaram do estudo, sendo que 24 médicos receberam intervenção com aulas presenciais e 10 médicos foram capacitados por meio do *script* das aulas.

As características demográficas dos médicos são apresentadas na Tabela 1. A média de idade de 33,9 ($\pm 10,2$) anos. 16(47%) do sexo feminino e 18(53,0%) do sexo masculino. 21 (61,8%) médicos com tempo de formação entre um e cinco anos e seis médicos (17,6%) com 18 anos ou mais de atuação.

Apenas oito médicos (23,5%) relataram ter concluído residência médica. 29 (85.3%) médicos declararam que tiveram aula sobre demência na graduação. Em relação à questão sobre querer receber curso de atualização sobre demência, 100% dos médicos responderam “sim”.

Tabela 1. Perfil dos 34 médicos generalistas da atenção básica à saúde da cidade de Botucatu - 2016-2017.

| Variáveis | Média (DP) |
|--|-------------------|
| Idade | 33,9 ±10,2 |
| Faixa etária | n (%) |
| 20-30 | 18 (52,9) |
| 31-40 | 10 (29,4) |
| 41-50 | 02 (5,9) |
| 51-60 | 04 (11,7) |
| Sexo | |
| Masculino | 18 (53,0) |
| Feminino | 16 (47,0) |
| Sem residência médica | 26 (76,5) |
| Com residência médica | 08 (23,5) |
| Área da Residência Médica | |
| Preventiva e Social | 3 (8,8) |
| Pediatria | 2 (5,9) |
| Clínica médica | 1 (2,9) |
| Cardiologia | 1 (2,9) |
| Cirurgia geral | 1 (2,9) |
| Teve aula sobre demência graduação (sim) | 29 (85,3) |
| Fez curso extracurricular sobre demência durante a graduação (sim) | 2(5,9) |
| Gostariam de receber curso de atualização sobre demência (sim) | 34(100,0) |

DP=Desvio Padrão

A Tabela 2 mostra o número de acertos nas questões sobre conhecimentos em demência. As questões 1 e 2 referem-se à prevalência de demência e a questão 3 sobre os fatores de risco. O gráfico A representa o percentual de acertos antes (azul) e após (laranja) nas questões 1, 2 e 3 com respectivos percentuais, antes e após a capacitação.

Nas questões referentes ao diagnóstico de demência o índice de acertos obtidos esteve acima de 50%. No entanto, na questão 6, que avalia o conhecimento sobre o diagnóstico definitivo da demência, realizado apenas pelo exame anatomopatológico *pos mortem*, apenas sete (20,6%) médicos acertaram essa questão antes da capacitação e, 52,9% após. O gráfico B representa as questões 4,5,6, 7. O gráfico C representa as questões 8,9,10 e 11, sobre diagnóstico.

No subitem “manejo” das demências, ocorreram 35,3% de acertos na questão de número 13, antes e após a capacitação.

Globalmente, a média de acertos dos médicos no questionário sobre conhecimentos em demência foi de 8,35 e 9,97 antes e após a intervenção, respectivamente, sendo que o escore total do questionário é de 14 pontos.

Tabela 2. Percentual de acertos no questionário sobre conhecimentos em demência, antes e após a intervenção com aulas sobre demência - Botucatu 2017.

| | | Antes | Após |
|----------------------|---|------------|------------|
| EPIDEMIOLOGIA | 1. Um clínico geral com uma lista de 1000 pessoas com 60 anos ou mais deve esperar ter o seguinte número aproximado de pessoas com demência nesta lista | 13(38%) | 13 (38,0%) |
| | 2. A partir dos 65 anos de idade, a prevalência das demências | 9(26,4%) | 21 (61,8%) |
| | 3. Um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer é | 25 (73,5%) | 25 (73,5%) |
| DIAGNÓSTICO | 4. Todas as seguintes são etiologias potencialmente tratáveis de demência, exceto | 24 (70,6%) | 26 (76,5%) |
| | 5. Um paciente com suspeita de demência deve ser avaliado assim que possível, pois | 20 (58,8%) | 27 (79,4%) |
| | 6. Qual dos procedimentos seguintes é necessário para confirmar definitivamente que os sintomas são causados pela demência? | 7 (20,6%) | 18 (52,9%) |
| | 7. Qual das alternativas não é necessária na avaliação inicial de um paciente com suspeita de demência? | 29 (85,3%) | 29 (85,3%) |
| | 8. Qual das alternativas pode se assemelhar à demência? | 27 (79,4%) | 26 (76,5%) |
| | 9. Quando um paciente apresenta um súbito início de confusão, desorientação e incapacidade de manter a atenção, esse quadro é mais compatível com o diagnóstico de: | 27 (79,4%) | 31 (91,2%) |
| | 10. Qual das seguintes opções está quase sempre presente na demência? | 28 (82,3%) | 31 (91,2%) |
| | 11. Qual dos seguintes achados clínicos, melhor diferencia a demência vascular da demência da doença de Alzheimer? | 22 (64,7%) | 26 (76,5%) |
| | 12. O efeito dos medicamentos anti demência atua em: | 25 (73,5%) | 29 (85,3%) |
| | 13. Qual afirmação é verdadeira sobre o tratamento de pacientes com demência que estão deprimidos? | 13 (38,0%) | 11 (32,3%) |
| MANEJO | 14. A ABRAZ é a associação brasileira que fornece informações para pacientes e cuidadores com qual propósito? | 15 (44,1%) | 22 (64,7%) |

Questões sobre epidemiologia

-
- 1 Um clínico geral com uma lista de 1000 pessoas com 60 anos ou mais deve esperar ter o seguinte número aproximado de pessoas com demência nesta lista
 - 2 A partir dos 65 anos de idade, a prevalência das demências
 - 3 Um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer é
-

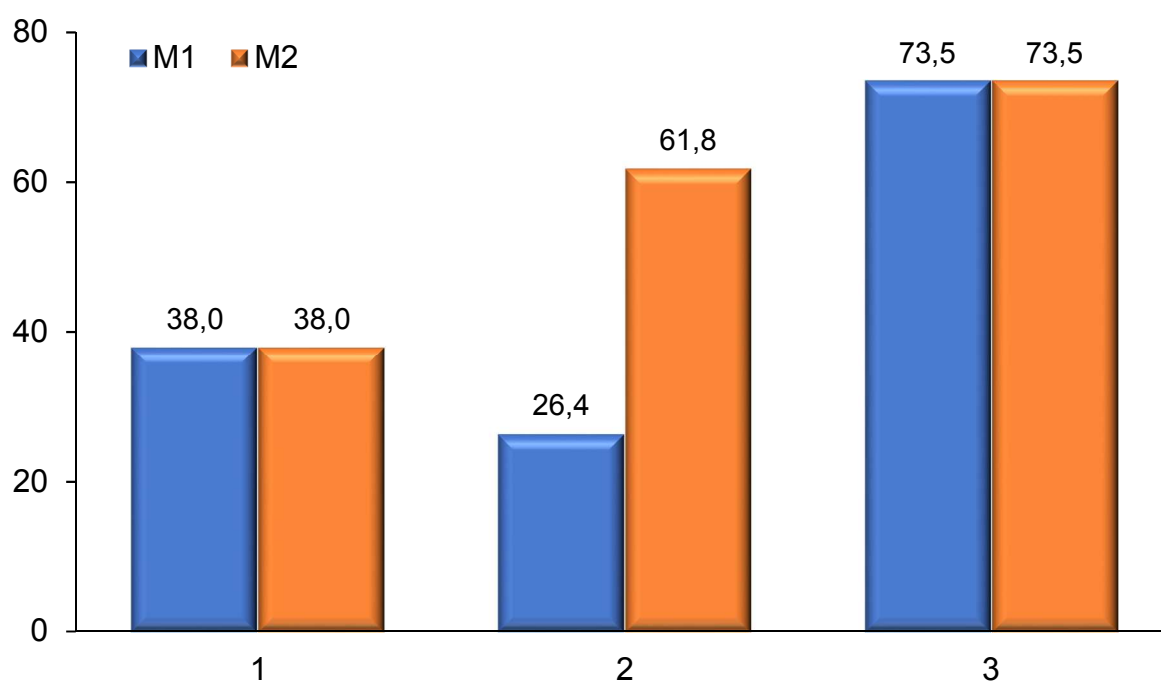


Gráfico A. Representa o percentual de acertos nas questões sobre epidemiologia das demências.

Questões sobre diagnóstico

-
- 4 Todas as seguintes são etiologias potencialmente tratáveis de demência, exceto
- 5 Um paciente com suspeita de demência deve ser avaliado assim que possível, pois
- 6 Qual dos procedimentos seguintes é necessário para confirmar definitivamente que os sintomas são causados pela demência?
- 7 Qual das alternativas não é necessária na avaliação inicial de um paciente com suspeita de demência?
-

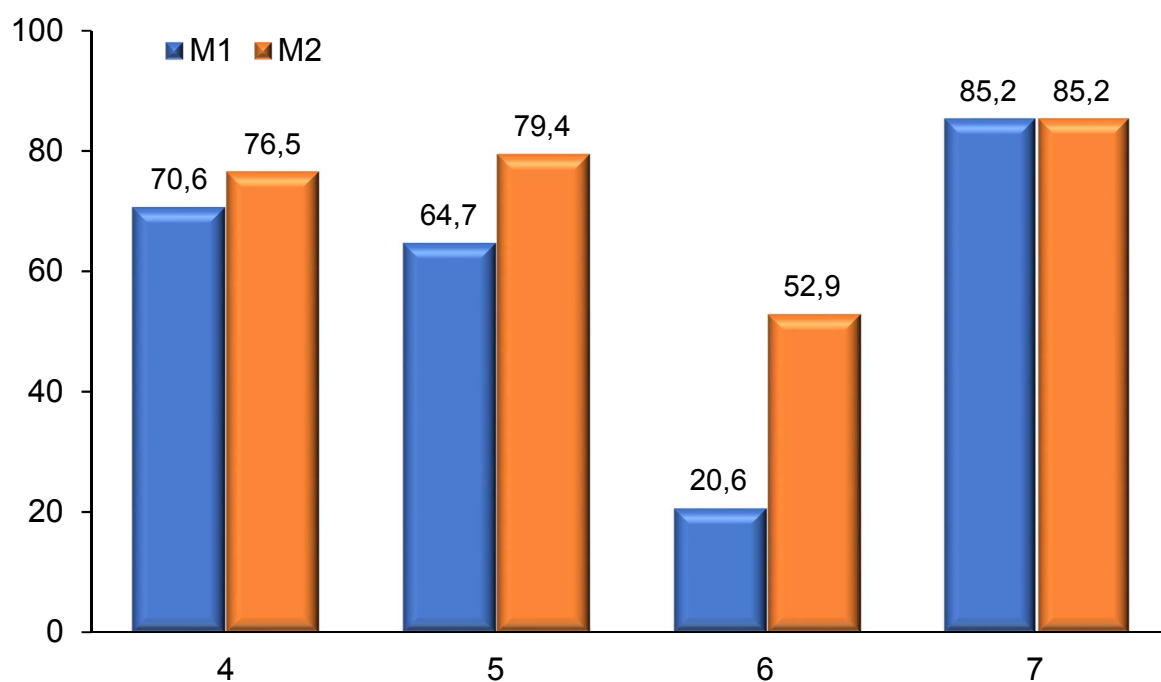


Gráfico B. Representa o percentual de acertos nas questões sobre diagnóstico das demências.

Questões sobre diagnóstico

-
- 8 Qual das alternativas pode se assemelhar à demência?
- 9 Quando um paciente apresenta um súbito início de confusão, desorientação e incapacidade de manter a atenção, esse quadro é mais compatível com o diagnóstico de:
- 10 Qual das seguintes opções está quase sempre presente na demência?
- 11 Qual dos seguintes achados clínicos, melhor diferencia a demência vascular da demência da doença de Alzheimer?
-

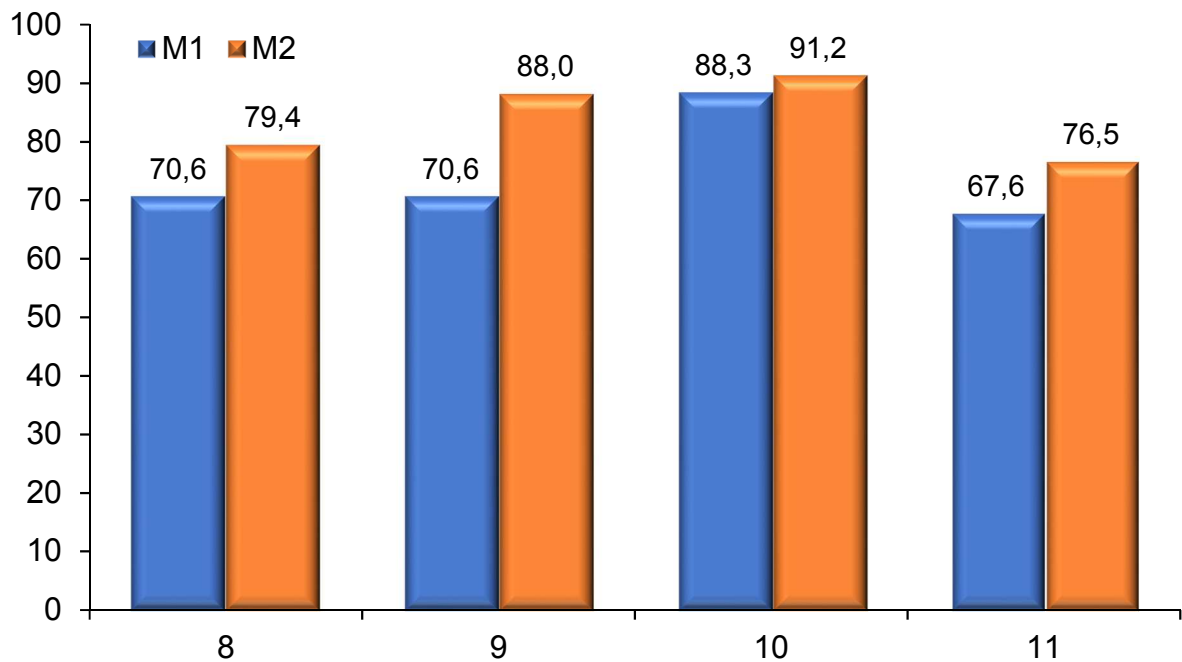


Gráfico C. Representa o percentual de acertos nas questões sobre diagnóstico das demências.

Questões sobre Manejo das demências

-
- 12 O efeito dos medicamentos anti demência atua em:
- 13 Qual afirmação é verdadeira sobre o tratamento de pacientes com demência que estão deprimidos?
- 14 A ABRAZ é a associação brasileira que fornece informações para pacientes e cuidadores com qual propósito?
-

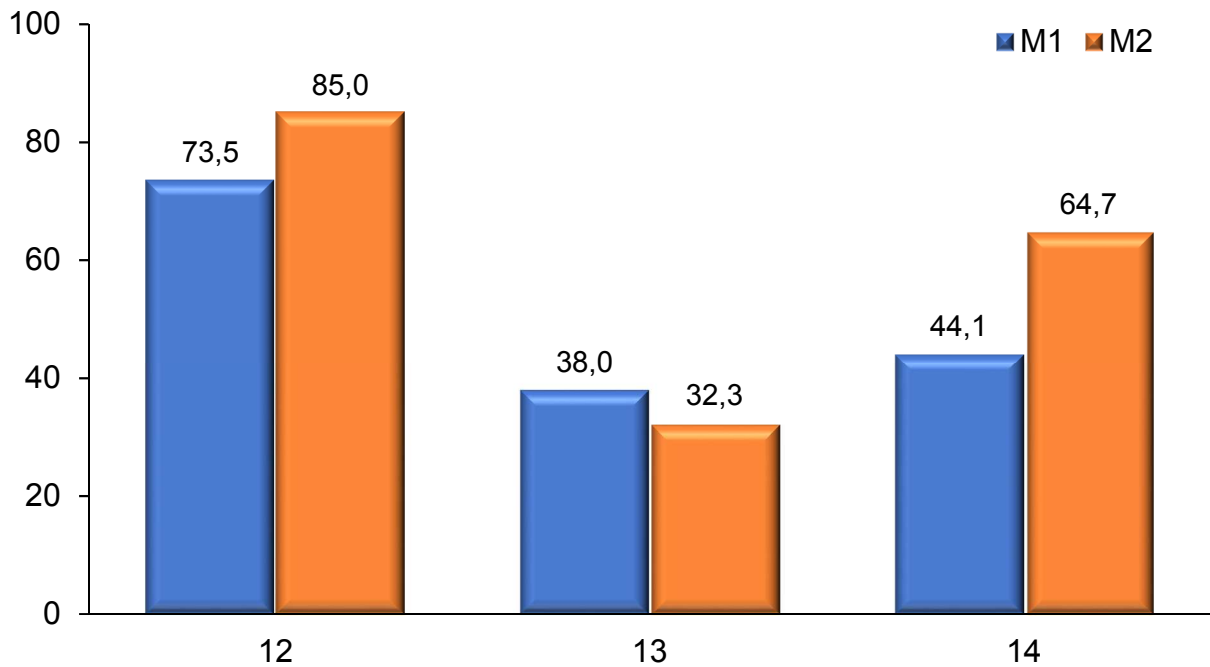


Gráfico D. Representa o percentual de acertos nas questões sobre manejo das demências.

O gráfico E representa as respostas dos médicos para os questionários de conhecimentos em demência, antes e após terem lido o script das aulas.

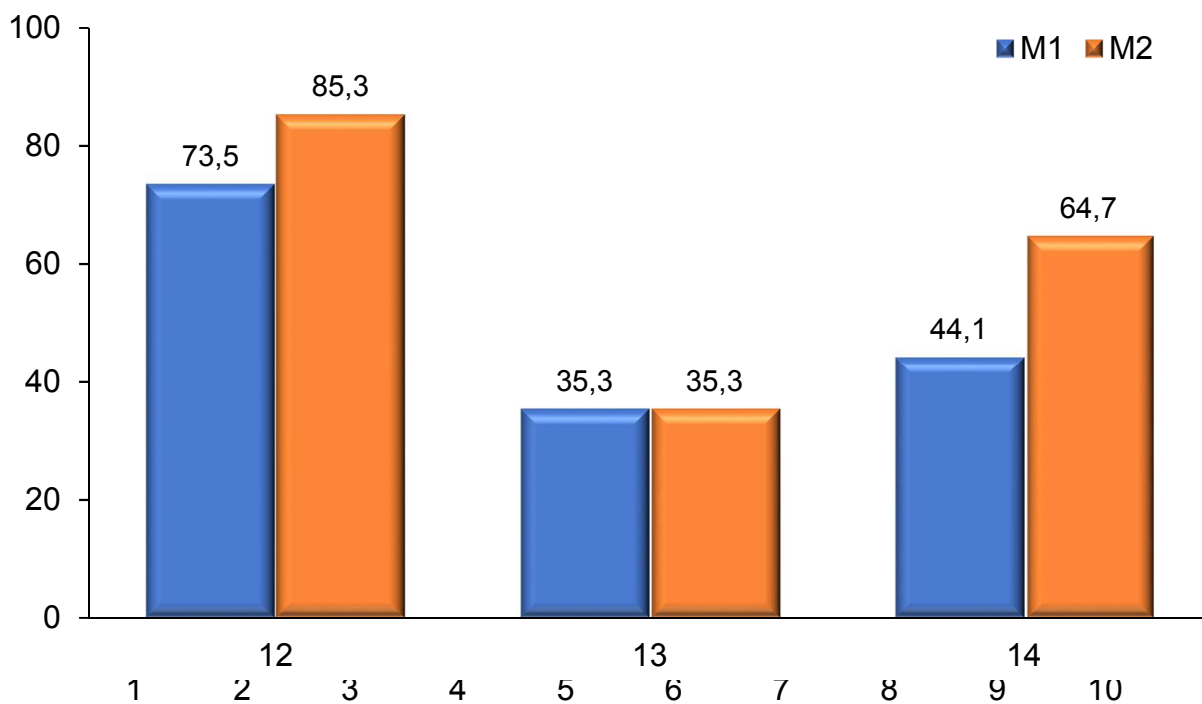


Gráfico E. Representa o percentual de acertos nas questões sobre conhecimentos em demência, por parte dos médicos que sofreram intervenção com o roteiro das aulas.

De acordo com a Tabela 3, o efeito da capacitação sobre conhecimentos em demência mostrou significância estatística para a subescala diagnóstico ($p < 0,05$) e para o total de acertos ($<0,001$).

Tabela 3. Resultados da comparação entre os subitens do questionário sobre conhecimentos em demência, antes e após capacitação dos médicos generalistas da cidade de Botucatu 2017.

| Subitens do questionário sobre conhecimentos em demência | Antes intervenção média (DP) | Após intervenção média (DP) | * p (valor) |
|--|---------------------------------|--------------------------------|---------------|
| Epidemiologia | 1,41 ± 0,85 | 1,74 ± 0,82 | 0,07 |
| Diagnóstico | 5,44 ± 1,80 | 6,32 ± 1,55 | <0,001 |
| Manejo | 1,53 ± 0,92 | 1,85 ± 0,70 | 0,09 |
| Total de acertos | 8,35 ± 0,74 | 9,97 ± 2,11 | <0,001 |

**t-Student pareado*

A distribuição em números absolutos das respostas do questionário sobre conhecimentos em demência, para cada alternativa, antes e após a intervenção encontra-se no quadro 2 (Apêndice 4). As alternativas em destaque colorido, correspondem à alternativa correta que deveria ter sido indicada pelos participantes do estudo, antes e após a capacitação.

Atitudes

A Tabela 4 mostra a comparação entre as atitudes em demência antes e após a capacitação. Os dados mostram que não houve significância estatística das atitudes antes e após a capacitação.

Tabela 4. Resultados das médias das respostas da escala de atitudes em demência, antes e após a capacitação dos médicos generalistas da cidade de Botucatu 2017.

| Subescalas | Antes capacitação Média (dp) | Após capacitação Média (dp) | *p valor |
|------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------|
| Atitude positiva | 14,68 ± 2,92 | 15,03 ± 2,91 | 0,591 |
| Atitude negativa | 11,32 ± 2,27 | 12,35 ± 2,20 | 0,099 |

*Tese t-Student pareado

Na Tabela 5 as sentenças de 1 a 5 referem-se às atitudes positivas sobre demência. Essas sentenças são pertinentes aos cuidados médicos, sobre qualidade de vida do indivíduo com demência e de seus cuidadores, e também, em relação ao benefício de os familiares receberem o diagnóstico precoce da doença do seu parente.

Na sentença de “1” (antes e após a capacitação) 28(82,4%) médicos concordam plenamente que “Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência” e 5 (14,7%) médicos apenas concordaram.

Na sentença “3” 27(79,4%) antes e 21(61,8%) após a capacitação concordou plenamente que “Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência”. Nas sentenças 2, 4 e 5, que tratam do diagnóstico da demência, 17(50%) médicos no momento 1 (antes das aulas) e 21(%) médicos no momento 2 (após as aulas) , concordaram plenamente que “As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível” e 13 (38,2 %) médicos antes e 14(41,2%) após, apenas concordam. “Um” médico discordou dessa afirmativa.

Em relação às sentenças 4 e 5 existiram respostas desde a concordância plena até discordância plena sobre se “ Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial” e se “A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados”.

Ainda na Tabela 6, as sentenças de 6 a 10 referem-se às atitudes negativas em relação aos recursos, frustração no tratamento, utilizar eufemismos na comunicação com o indivíduo com demência e sobre o profissional responsável

pelo acompanhamento do paciente portador de demência. Os gráficos de 1 a 10 representam o percentual de respostas dadas pelos médicos, antes e após a capacitação.

Em relação ao uso de recursos com demência 10(29,4%) médicos antes e 11(32,4%) após concordam que “Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo”. Os médicos que discordaram desta assertiva foram 15(44,1%) antes e 16(47,1%) após. Antes da intervenção 23(67,6%) médicos concordaram que é melhor usar eufemismos para conversar com o paciente dementado e, após 19(55,9%) discordaram da sentença: “É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos.

Com relação ao tratamento da demência “Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante” 16(47,1%) médicos concordaram com essa afirmação antes da capacitação e após 17(50%) discordaram. Alusivo ao encaminhar pacientes para serviços especializados quando não desejam: “Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los” 17(50%) médicos discordaram desta sentença antes e 16(47,1%) após a capacitação.

Finalmente, sobre o papel da equipe da atenção primária: “A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência”, 18(52,9%) antes e 17(50%) após a capacitação discordaram da afirmação sobre o papel da equipe da atenção primária.

Tabela 6. Distribuição das respostas na escala de atitudes, antes e após a capacitação dos médicos generalistas da cidade de Botucatu - 2017.

| | Assertivas | Concordo plenamente | | Não concordo nem discordo | | Concordo | | Discordo | | Discordo plenamente | |
|--------------------|--|---------------------|---------------|---------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------|---------------|
| | | M1 | M2 | M1 | M2 | M1 | M2 | M1 | M2 | M1 | M2 |
| ATITUDES POSITIVAS | 1. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência. | 28 (82,4%) | 28 (82,4%) | — | 1 (2,9%) | 6 (17,6) | 5 (14,7%) | — | — | — | — |
| | 2. As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível. | 17 (50%) | 14 (41,2%) | 3 (8,8%) | 5 (14,7%) | 13 (38,2%) | 14 (41,2%) | 1 (2,9%) | 1 (2,9%) | — | — |
| | 3. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência. | 27 (79,4%) | 21 (61,8%) | 1 (2,9%) | — | 5 (14,7%) | 13 (38,2%) | — | — | — | — |
| | 4. Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial | 16 (47,1%) | 17 (50%) | 3 (8,8%) | 3 (8,8%) | 15 (44,1%) | 13 (38,2%) | — | 1 (2,9%) | — | — |
| | 5. A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados. | 4 (11,8%) | 5 (14,7%) | 6 (17,6%) | 6 (17,6%) | 17 (50%) | 12 (35,3%) | 7 (20,6%) | 10 (29,4%) | — | 1 (2,9%) |
| ATITUDES NEGATIVAS | 6. Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo. | 2 (5,9%) | 3 (8,8%) | 6 (17,6%) | 4 (11,8%) | 10 (29,4) | 11 (32,4%) | 15 (44,1) | 16 (47,1%) | 1 (2,9%) | — |
| | 7. É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos. | 6 (17,6%) | 1 (2,9%) | 2 (5,9%) | 5 (14,7%) | 23 (67,6%) | 2 (5,9%) | 1 (2,9%) | 19 (55,9%) | 2 (5,9%) | 7 (20,6) |
| | 8. Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante. | 7 (20,6%) | — | 7 (20,6%) | 5 (14,7%) | 16 (47,1%) | 8 (23,5%) | 4 (11,8%) | 17 (50%) | — | 4 (11,8%) |
| | 9. Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los. | 2 (5,9%) | 2 (5,9%) | 8 (23,5%) | 5 (14,7%) | 6 (17,6%) | 7 (20,6%) | 17 (50%) | 16 (47,1%) | 1 (2,9%) | 4 (11,8%) |
| | 10-A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência. | 1 (2,9%) | 2 (5,9%) | 5 (14,7%) | 4 (11,8%) | 3 (8,8%) | 1 (2,9%) | 18 (52,9%) | 17 (50%) | 7 (20,6%) | 10 (29,4%) |

“Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência”.

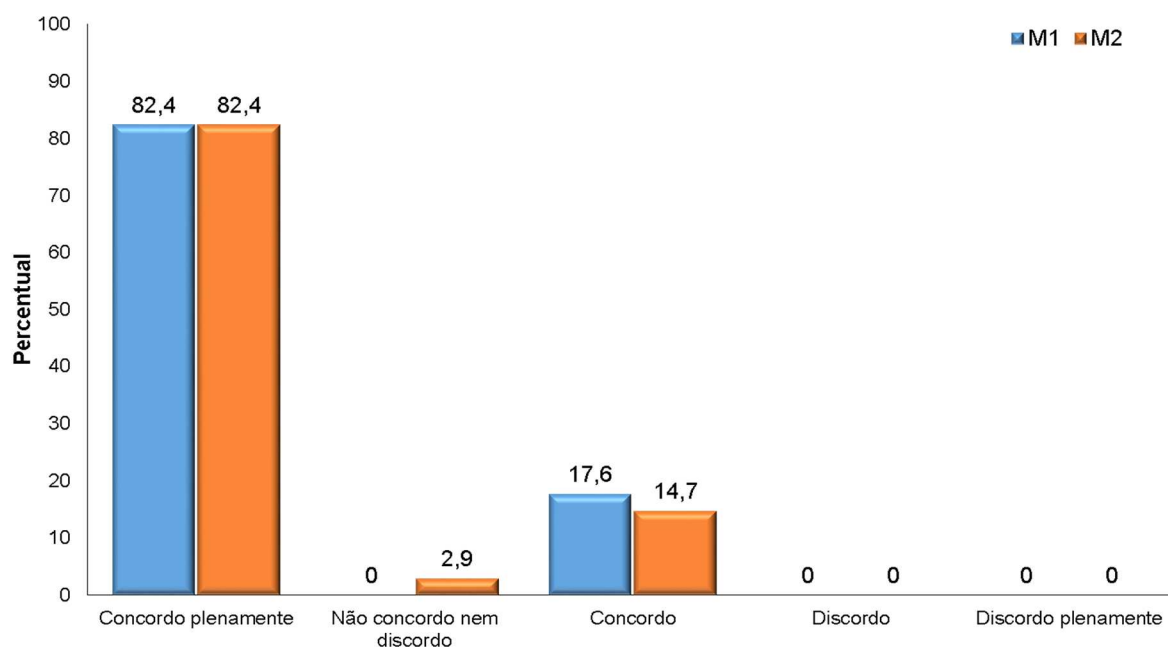


Gráfico 1. Distribuição da atitude - Antes e após a capacitação

“As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível”.

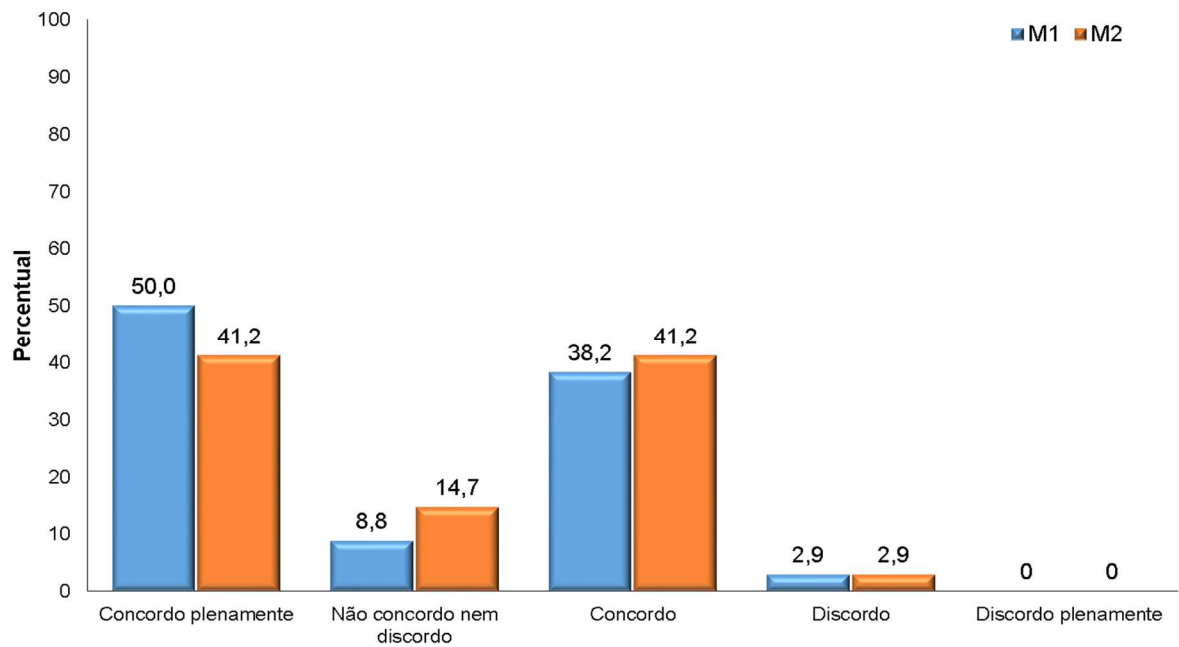


Gráfico 2. Distribuição da atitude - Antes e após a capacitação

“Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência”

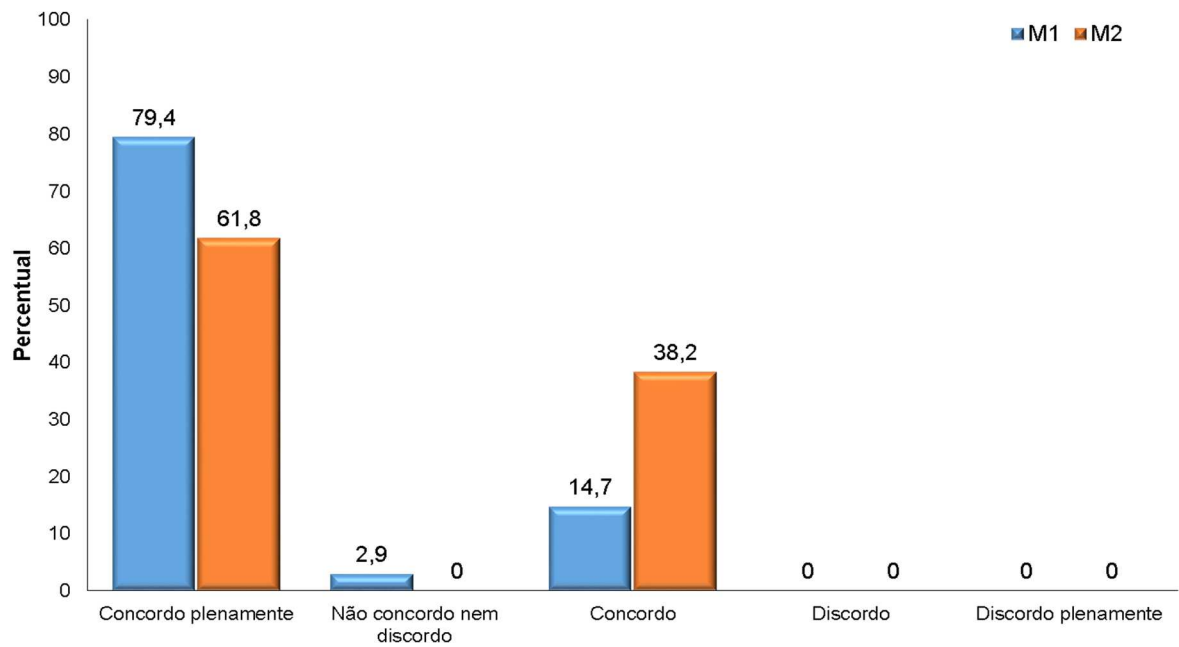


Gráfico 3. Distribuição da atitude - Antes e após a capacitação

“Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial”.

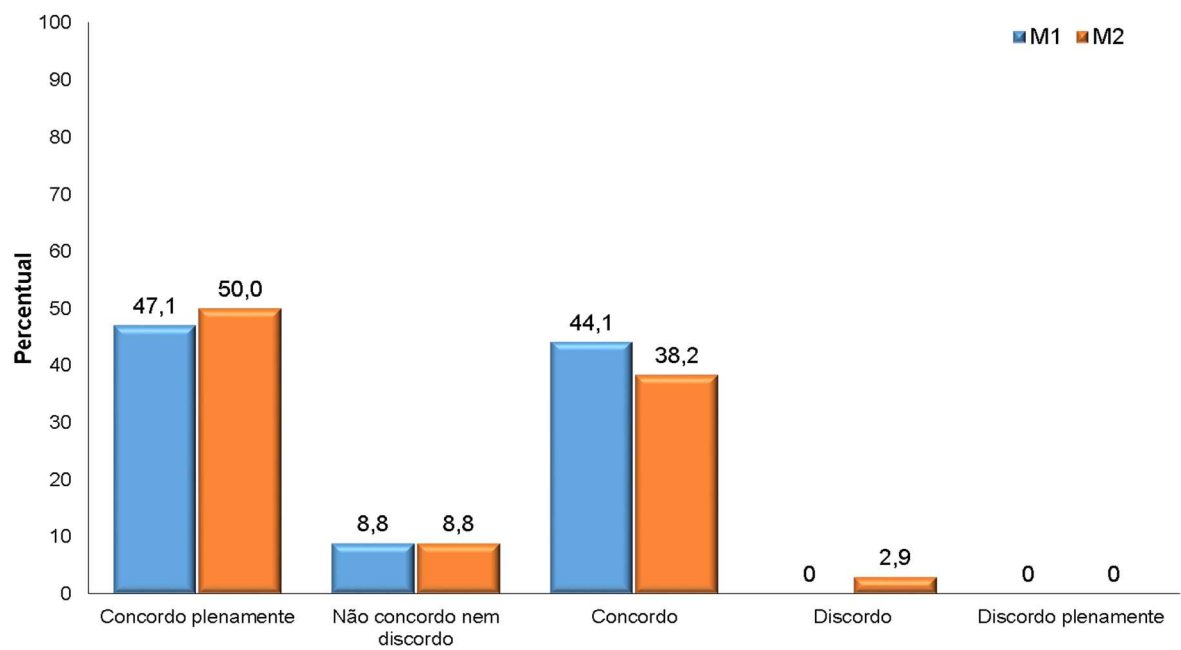


Gráfico 4. Distribuição da atitude - Antes e após a capacitação

“A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados”.

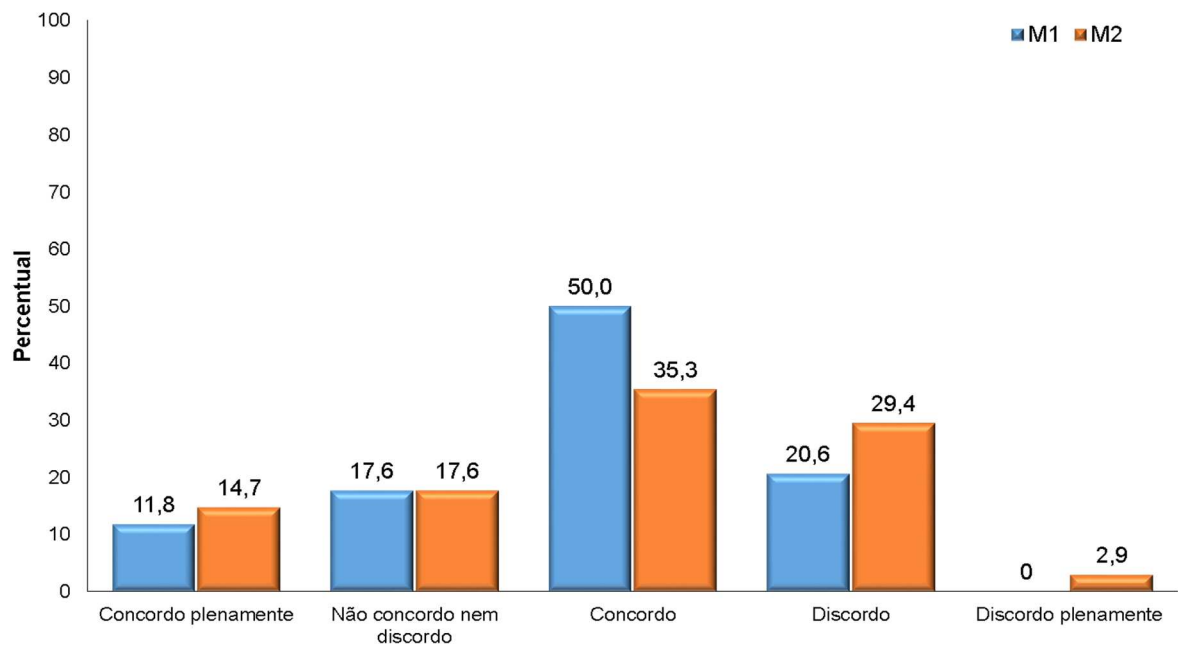


Gráfico 5. Distribuição da atitude - Antes e após a capacitação

“Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo”.

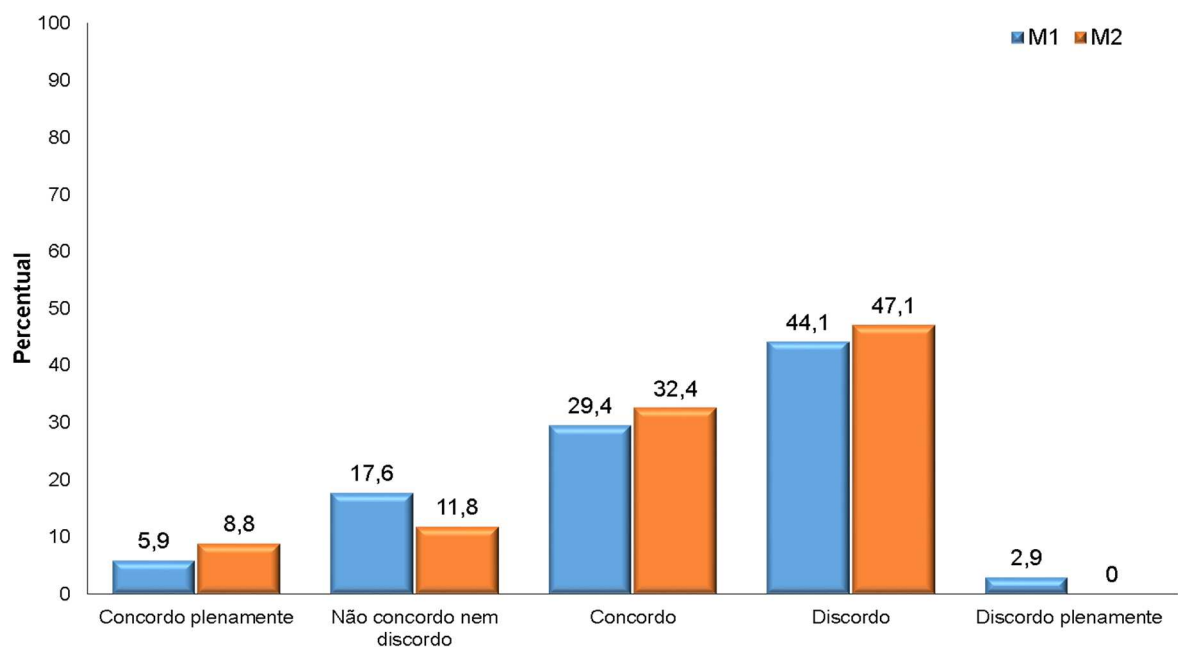


Gráfico 6. Distribuição da atitude - Antes e após a capacitação

“É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos”.

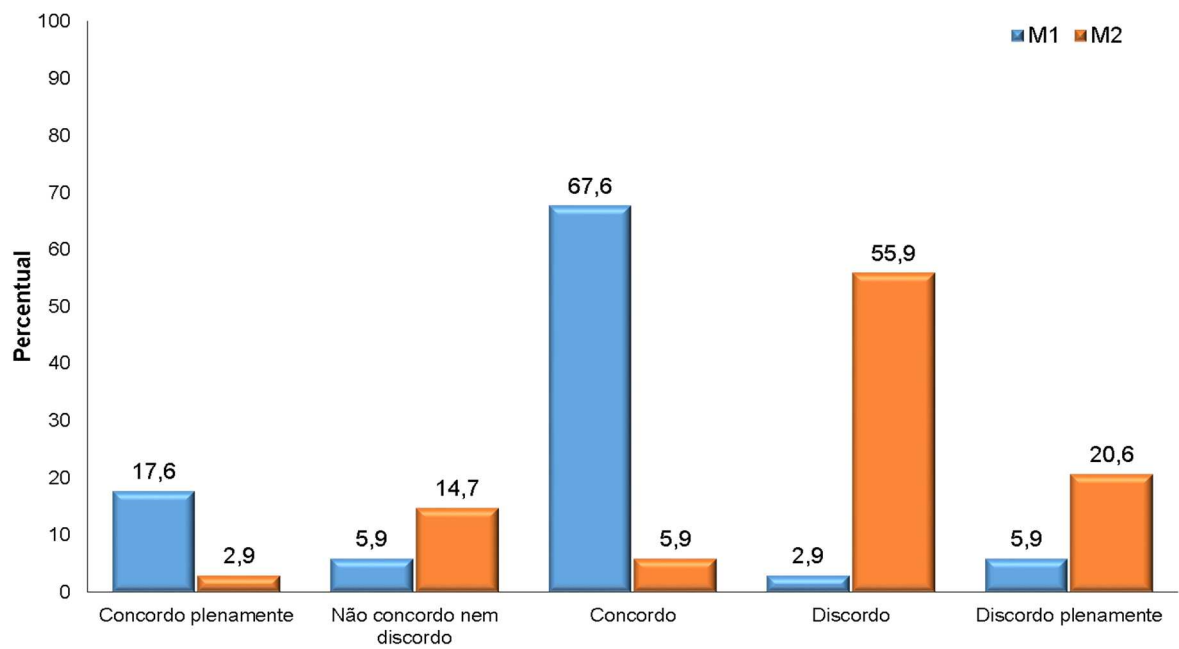


Gráfico 7. Distribuição da atitude - Antes e após a capacitação

“Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante”.

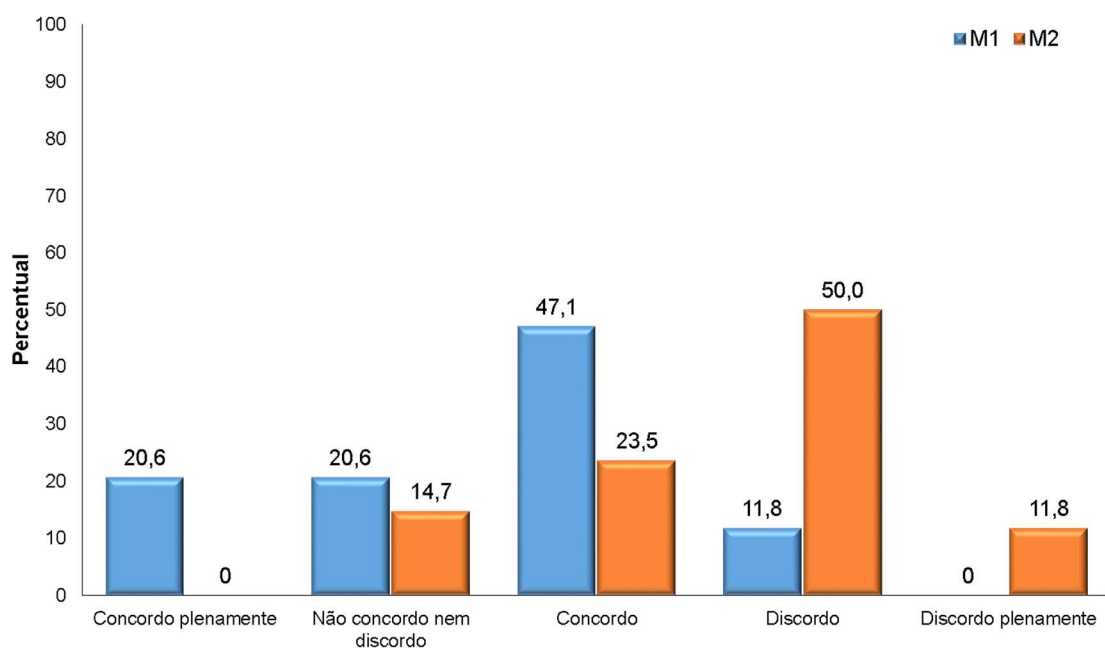


Gráfico 8. Distribuição da atitude - Antes e após a capacitação

“Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los”.

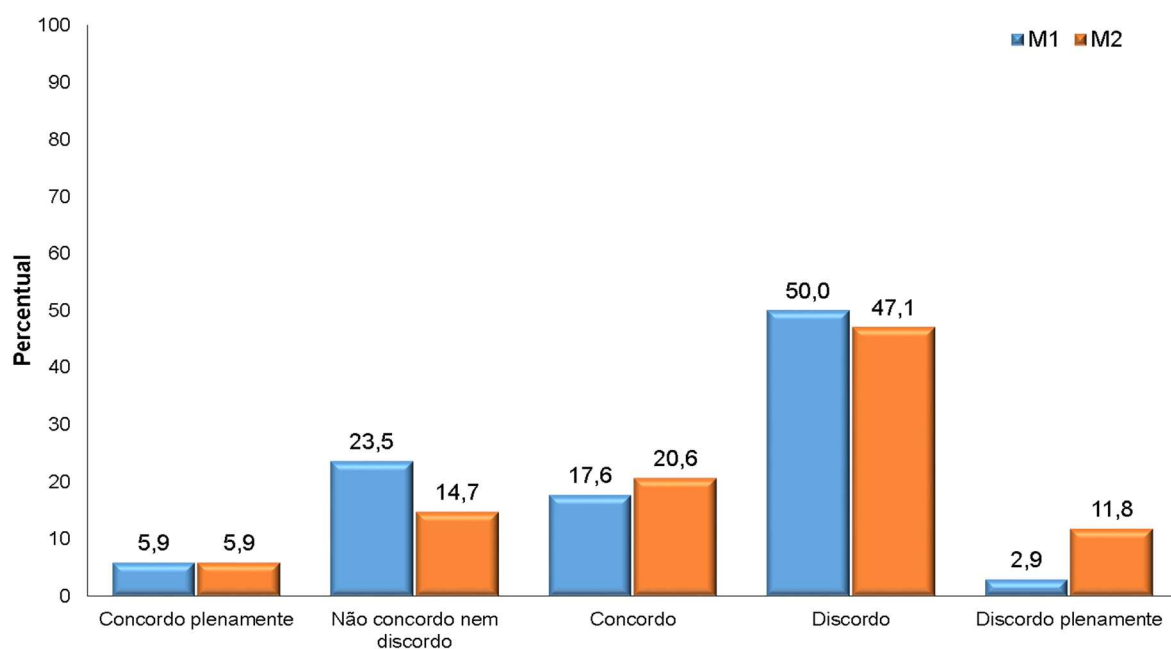


Gráfico 9. Distribuição da atitude - Antes e após a capacitação

“A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência”.

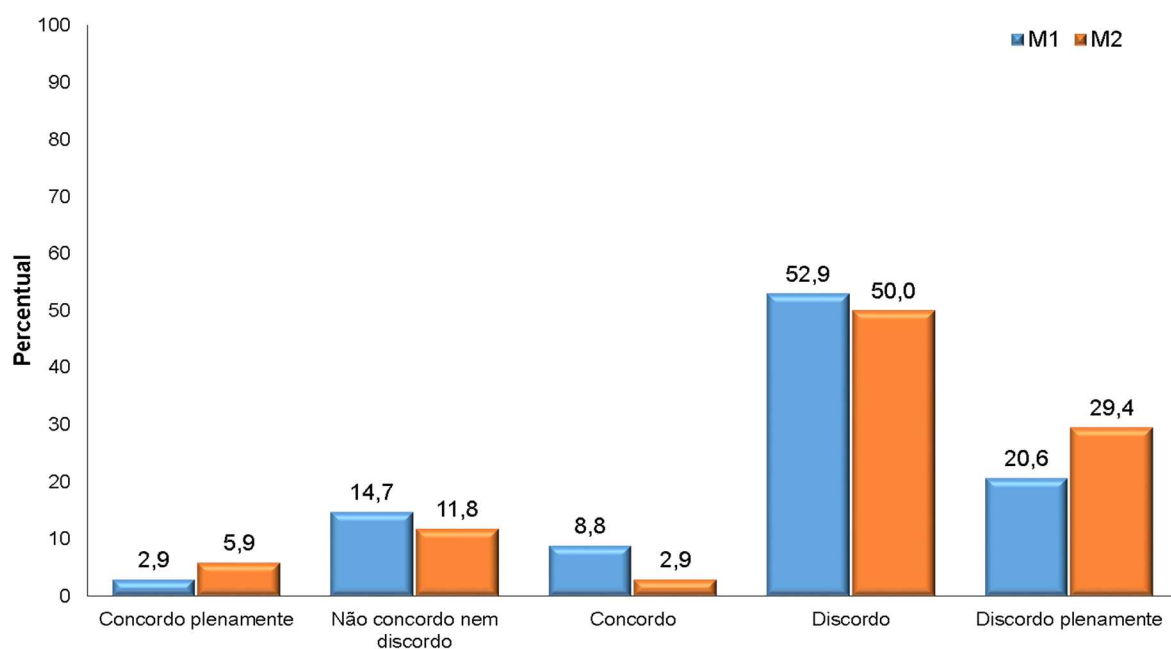


Gráfico 10. Distribuição da atitude - Antes e após a capacitação

A Tabela 7 mostra a ausência de correlação entre conhecimento e atitude, antes e após a intervenção.

Tabela 7. Correlação entre conhecimentos e atitudes em demências dos médicos generalistas da Atenção Básica de Saúde, Botucatu - 2017.

| Conhecimento X Atitudes | *r | P |
|-------------------------|-------|-----|
| Antes | 0,04 | 0,8 |
| Após | 0,225 | 0,2 |

*rho Spearman

Quando se compara os médicos com e sem residência médica, em relação conhecimento em demência, não se observa diferença entre os grupos, mostrando que, médicos que fizeram residência médica não apresentaram maior conhecimento sobre demência, conforme mostra a Tabela 8.

Tabela 8. Comparação entre o conhecimento e atitudes de médicos generalistas, com e sem residência médica, da cidade de Botucatu - 2017.

| | Sem residência médica (n=25) | Com residência médica (n=9) | *p |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------------|------|
| Conhecimentos | Média (DP) | Média (DP) | |
| Epidemiologia | 1,32 ± 0,74 | 1,67 ± 1,11 | 0,30 |
| Diagnóstico | 5,36 ± 1,72 | 5,67 ± 2,06 | 0,67 |
| Manejo | 1,56 ± 0,87 | 1,44 ± 1,13 | 0,75 |
| Total | 8,20 ± 2,50 | 8,78 ± 3,45 | 0,59 |
| Atitudes | | | |
| Positiva | 14,68 ± 2,9 | 14,67 ± 3,04 | 0,99 |
| Negativa | 11,12 ± 2,5 | 11,84 ± 1,45 | 0,39 |
| Total | 25,80 ± 3,6 | 26,56 ± 2,55 | 0,57 |

*Teste t-Student para amostras pareadas

6. Discussão

O estudo avaliou os conhecimentos e as atitudes em demência por parte dos médicos generalistas que atuam na atenção primária à saúde do município de Botucatu no estado de São Paulo. A média de acertos no instrumento sobre conhecimentos em demência, antes e após a capacitação, foi 8,35 e 9,97, respectivamente. Assim como o estudo de Turner de 2003 médicos generalistas superestimaram a prevalência de demência entre os idosos (26).

Realizar o diagnóstico de demência tem sido muito precário na atenção básica de acordo com a literatura. Nosso estudo mostrou percentual de acertos sobre diagnóstico de demência maior após a capacitação com as aulas sobre demência 5,44 ($\pm 1,80$) antes da capacitação e 6,32($\pm 1,55$) com diferença estatisticamente significativa. O estudo de Ahmad 2010 avaliou 1011 generalistas sobre conhecimentos em demência e encontrou percentual de acertos baixos (52% para médicos formados antes de 1999 e 58% médicos com formação mais recente para um escore de 0 a 100 e conclui que esse quadro deve ser revertido por meio de recurso educacional (28).

No que diz respeito à idade ser o principal fator de risco para demência apenas 25 (73,5%) responderam corretamente, enquanto no estudo de Turner apenas 58% acertaram a questão. Em nosso estudo 21(61,8%) dos médicos com tempo de formação entre um e cinco anos e ainda, 29(85,3%) tiveram aula sobre geriatria na graduação e que os conhecimentos adquiridos na graduação foram fortalecidos pelas aulas durante a capacitação.

Embora nosso estudo não tenha avaliado a confiança em oferecer o diagnóstico ao paciente e familiares, estudos mostram que as demências não são detectadas numa fase inicial da doença porque clínicos gerais relatam que não se sentem confiantes em conversar com pacientes e familiares sobre demência (30) (31).

Em revisão de sete artigos sobre habilidade e manejo das demências, Van Hout (1998) mostrou que médicos generalistas, mostraram boa capacidade para realizarem o diagnóstico de demência, porém, relataram dificuldades no manejo da doença. As principais dificuldades relatadas foram: pouco tempo para

abordar a doença, sentimentos de ter pouco a oferecer ao paciente e ter que dar o diagnóstico de demência ao paciente e familiares poderia desencadear outras doenças como depressão, mesmos resultados em outros estudos (30) (31) (32) (33) (34).

Dados do “European Carers's Report 2018” mostram que as principais barreiras para a realização do diagnóstico precoce de demência foram: os médicos (33%) não detectaram a doença porque entendiam que as queixas de memória faziam parte do envelhecimento, ou acreditavam que não era produtivo realizar o diagnóstico pela inexistência de tratamento (65%) e, recusa da pessoa com demência (37,9%) em procurar ajuda (41).

Estudo de Jacinto et al., que utilizou os mesmos instrumentos sobre conhecimentos e atitudes em demência, com médicos recém formados na área de clínica médica obteve baixos escores em conhecimento (< 50%) sobre prevalência de demência, no entanto, houve bom conhecimento sobre diagnóstico e manejo das demências(27).

Em relação às atitudes dos médicos com idoso portador de demência, o presente estudo mostrou que a maioria dos participantes concordaram que muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência (82,3%) e de seus cuidadores (97,1%). Aproximadamente 50% referiram que a demência é mais bem diagnosticada pelo especialista, resultados semelhantes aos de Turner et al. Por outro lado, 50% dos médicos generalistas não concordaram com a afirmação de que é frustrante tratar pessoas com demência, no entanto, 20,6% concordaram plenamente com essa assertiva, resultados semelhantes também, do estudo de Turner et al., (26).

O fato de os médicos serem muito jovens (52,9% com idade entre 20 a 30 anos) em nosso estudo, poderia explicar essa visão frustrante sobre o tratamento das demências, por terem poucos anos atuando com essa população na atenção básica. Estudo recente sobre “Demografia Médica no Brasil” mostrou que a média de idade do médico brasileiro é de 45 anos, sendo uma das menores do mundo e vem caindo ao longo do tempo(38).

Ainda neste sentido, estudo de Ahmad S et al., que avaliou 1011 médicos sobre atitude, conscientização e prática em relação ao diagnóstico precoce

de demência, mostrou que médicos mais velhos mostraram-se mais confiantes em diagnosticar e aconselhar sobre demência e acreditavam que o diagnóstico precoce de demência era benéfico. No entanto, eram mais propensos a sentir que pacientes com demências drenariam recursos com poucos resultados positivos. Os médicos mais jovens foram mais positivos e sentiram que muito poderia ser feito para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com demência, mas referiram que não tinham qualificação suficiente para lidar com idosos portadores de demência(28).

Há fortes evidências de que a detecção e manejo dos fatores de risco cardiovasculares podem levar a redução nas taxas de incidência de demência na vida tardia (20) . A publicação do “World Alzheimer Report 2017-2025” (9) alerta sobre o impacto global da demência na doença de Alzheimer e que é necessário mobilização de toda sociedade, poderes públicos e profissionais da área da saúde estabelecerem mudanças de paradigma nos serviços públicos para a realização e diagnóstico precoce, tratamento e suporte para os pacientes e todos os envolvidos com essa doença.

7. Limitações do estudo

As limitações do nosso estudo estão relacionadas a uma amostra de conveniência, que não permite afirmações que possam ser generalizadas para a população geral. O tamanho da amostra não é suficiente para que os dados sejam extrapolados para a população brasileira. Nem todos os médicos participaram das aulas presenciais, porém, 10 médicos receberam o roteiro das aulas e os dados estatísticos dos dez médicos não foram avaliados separadamente ou comparados com o grupo que assistiu as aulas.

No entanto, o estudo mostrou dados relevantes que estão de acordo com a literatura, a respeito de falhas no conhecimento dos médicos generalistas que dão assistência aos idosos na atenção primária. Os resultados deste estudo têm importância para incentivar o desenvolvimento de novos estudos e, sobretudo estimular o desenvolvimento de estratégias de capacitação de profissionais da saúde, prevenção e detecção de idosos em risco de demência.

8. Conclusão

Este estudo, pioneiro no Brasil, avaliou diretamente, conhecimentos e atitudes em demência por parte dos médicos da atenção primária à saúde de um município paulista. Encontramos deficiência no conhecimento do generalista em relação à prevenção e, sobretudo, no manejo de pessoas com demência. Em relação à capacitação observamos que os médicos generalistas apresentaram melhora no conhecimento sobre diagnóstico das demências e mudanças de atitudes sobre o manejo da doença.

Referências

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 13 Set 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Prince M, Ali G-C, Guerchet M, Prina AM, Albanese E, Wu Y-T. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers Res Ther* [Internet]. 2016 [citado 7 Jul 2018];8(1):23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4967299>.
3. Bastos LFCS. Demência: número de pessoas afetadas triplicará nos próximos 30 anos. Brasília: Pan American Health Organization, World Health Organization; 2017.
4. Kalache A. Coping with the longevity revolution. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(8):3306.
5. IBGE. Síntese dos indicadores sociais - uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Brasília; 2016 [citado 12 Fev 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
6. ONU BR Nações Unidas do Brasil. OMS: número de pessoas afetadas por demência triplicará no mundo até 2050 [Internet]. Brasília: ONU Brasil; 2017 [citado 21 Out 2018]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-numero-de-pessoas-afetadas-por-demencia-triplicara-no-mundo-ate-2050/>
7. Wimo A, Jönsson L, Bond J, Prince M, Winblad B, Alzheimer Disease International. The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimers Dement*. 2013;9(1):1-11.e3.
8. Moorhouse P. Care planning in dementia: tips for clinicians. *Neurodegener Dis Manag*. 2014;4(1):57-66.
9. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025 [Internet]. Geneva; 2017 [citado 21 Out 2018].

Disponível em: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/

10. 10/66 Dementia Research Group. Dementia Research Group. Global Observatory [Internet] [citado 21 Out 2018]. Disponível em: https://www.alz.co.uk/1066/global_observatory.php
11. Alzheimer's Association. 2014 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2014;10(2):e47-92.
12. Haaksma ML, Vilela LR, Marengoni A, Calderón-Larrañaga A, Leoutsakos J-MS, Olde Rikkert MGM, et al. Comorbidity and progression of late onset Alzheimer's disease: a systematic review. *PloS One.* 2017;12(5):e0177044.
13. Alzheimer's Dementia. 2011 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2011;7(2):208-44.
14. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7(3):263-9.
15. Alzheimer's Disease International. The global voice on dementia [Internet]. 2017 [citado 21 Out 2018]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/ADI-Strategic-Plan-2016-2019.pdf>
16. Prince MJ. The global impact of dementia 2013-2050 [Internet]. 2013 [citado 22 Jul 2018]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief>
17. Arahamian I, Martinelli JE, Yassuda MS. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. *Rev Bras Clin Med.* 2009;7:27-35.
18. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002;60(1):61-9.

19. Whitmer RA, Sidney S, Selby J, Johnston SC, Yaffe K. Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. *Neurology*. 2005;64(2):277-81.
20. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*. 1995;35(6):771-91.
21. Briggs R. Comment. Primary care and dementia [Internet] [citado 11 Maio 2018]. Disponível em: https://books.google.com/books/about/Primary_Care_and_Dementia.html?hl=pt-BR&id=xz8pDgAAQBAJ
22. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Lewyn B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1996;276(21):1725-31.
23. Philp I, Young J. Do general practitioners miss dementia? *Br Med J*. 1988;297(6660):1403.
24. Robinson AL, Emden CG, Elder JA, Lea EJ, Vickers JC, Turner PA. Multiple views reveal the complexity of dementia diagnosis. *Australas J Ageing*. 2008;27(4):183-8.
25. Menon R, Larner AJ. Use of cognitive screening instruments in primary care: the impact of national dementia directives (NICE/SCIE, National Dementia Strategy). *Fam Pract*. 2011;28(3):272-6.
26. Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Lewyn E, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing*. 2004;33(5):461-7.
27. Jacinto AF, Oliveira EC, Citero VA. Brazilian transcultural adaptation of an instrument on physician's knowledge and attitudes towards dementia. *Dement Neuropsychol*. 2015;3(9):245-50.
28. Ahmad S, Orrell M, Iliffe S, Gracie A. GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract*. 2010;60(578):360-5.

29. U S Preventive Services Task Forces. Final update summary: cognitive impairment in older adults: screening - US Preventive Services Task Force [Internet] [citado 30 Jun 2018]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cognitive-impairment-in-older-adults-screening>
30. Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient Educ Couns*. 2000;39(2-3):219-25.
31. Poreddi V, Carpenter BD, Gandhi S, Chandra R, GandhiSuresh BadaMath S. Knowledge and attitudes of undergraduate nursing students toward dementia: an Indian perspective. *Investig Educ Enferm*. 2015;33(3):519-28.
32. Lindgren H. Limitations in physicians' knowledge when assessing dementia diseases - an evaluation study of a decision-support system. *Stud Health Technol Inform*. 2011;169:120-4.
33. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med*. 2000;160(19):2964-8.
34. Brodaty H, Griffin D, Hadzi-Pavlovic D. A survey of dementia carers: doctors' communications, problem behaviors and institutional care. *Aust N Z J Psychiatry*. 1990;24(3):362-70.
35. Bruce DG, Paley GA, Underwood PJ, Roberts D, Steed D. Communication problems between dementia carers and general practitioners: effect on access to community support services. *Med J Aust*. 2002;177(4): 186-8.
36. Alzheimer Scotland. European Carers's Report 2018 [Internet]. 2018 [citado 11 Maio 2018]. Disponível em: https://www.alzscot.org/news_and_community/news/4165_european_carers_report_2018
37. Jacinto AF, Boas PJFV, Mayoral VFS, Citero VA. Knowledge and attitudes towards dementia in a sample of medical residents from a university-hospital in São Paulo, Brazil. *Dement Neuropsychol*. 2016;10(1):37-41.

38. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. 286 p.
39. Vos SJB, van Boxtel MPJ, Schiepers OJG, Deckers K, de Vugt M, Carrière I, et al. Modifiable risk factors for prevention of dementia in midlife, late life and the oldest-old: validation of the LIBRA Index. *J Alzheimers Dis.* 2017;58(2):537-47.
40. Krolak-Salmon P, Letrilliart L, Ceccaldi M, Andrieu S, Guérin O, Dubois B, et al. Towards a national strategy on the diagnosis of neurocognitive disorders. A shared approach among the French National College of General Practitioners and specialists of neurocognitive disorders. *Presse Med.* 1983. 2018;47(1):75-83.
41. Alzheimer Scotland. European Carers's Report 2018 [Internet]. 2018 [citado 11 Maio 2018]. Disponível em: https://www.alzscot.org/news_and_community/news/4165_european_carers_report_2018.

**ESTUDO 2: RASTREIO COGNITIVO DE IDOSOS DA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CIDADE DE
BOTUCATU: ESTUDO**

Resumo

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o Brasil será o sexto país com maior número de idosos no mundo e, conseqüentemente, haverá aumento na incidência e prevalência de demência. É necessário que o serviço público de saúde se adapte rapidamente a esta nova realidade.

Objetivo: Avaliar a prevalência de não detecção de demência nos idosos da atenção primária à saúde por parte dos médicos generalistas.

Método: Estudo transversal e descritivo, com amostra probabilística e de conveniência. Rastreio de declínio cognitivo com o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Índice de comorbidade de Charlson (ICC) para avaliar presença de multimorbidades.

Participantes: 154 idosos com idade de 60 anos ou mais da rede de atenção básica à saúde da cidade de Botucatu.

Resultados: A média de idade foi de $70 \pm 7,27$ anos, sendo 63,6% do sexo feminino; 56,8% com escolaridade entre 1 e 4 anos; etnia branca 69,7%; casados 60,6% e viúvos 28,4%. O ICC foi de $2,72 \pm 1,52$. 56,8% dos idosos declaram queixa subjetiva de memória. 20,7% dos idosos apresentaram pontuação abaixo do esperado para a escolaridade no MEEM. Houveram correlações positivas entre Idade X ICC $p=0,000$ e escolaridade e MEEM $p = 0,000$; e negativas entre Idade x MEEM $p=0,001$; ICC X MEEM $p=0,002$; Escolaridade X ICC $p=0,001$.

Conclusão: Portanto, este estudo mostrou que o declínio cognitivo em idosos da atenção primária à saúde é pouco detectado pelos clínicos gerais, semelhante ao que ocorre em outros países. A falta de referência no prontuário, dos pacientes que apresentaram queixa subjetiva de memória chama a atenção pelo fato de médicos generalistas estarem na linha de frente para detectar as doenças da população e principalmente dos idosos.

Abstract

Introduction: The World Health Organization (WHO) estimates that Brazil will be the sixth country with the largest number of elderly people in the world and, consequently, there will be a higher incidence and prevalence of dementia. It is necessary for public health to adapt quickly to this new reality.

Objective: To evaluate the prevalence of undetected cognitive decline in the elderly in health care by general practitioners.

Method: A cross-sectional and descriptive study with probabilistic sample. Screening of cognitive decline with Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Charlson Comorbidity Index (CCI) to evaluate multi-morbidities.

Participants: 154 elderly people aged 60 years and over from the basic health care of the city of Botucatu.

Results: The mean age was 70 ± 7.27 years, which 63.6% were female. 56.8% had education level between 1 and 4 years; 60.6% were married and 28.4% were widowed. The ICC was 2.72 ± 1.52 . 56.8% of the elderly report a subjective memory complaint. 20.7% of the elderly presented a lower than expected score for schooling in the MMSE. Positive correlation between Age versus ICC ($p=0.000$) and Schooling versus MMSE ($p= 0.000$). Negative correlation occurred with Age versus MMSE ($p=0.001$); ICC versus MMSE ($0,002$) and Schooling X ICC ($p=0.001$).

Conclusion: This study showed that cognitive decline in elderly is poorly understood by general practitioners in primary health care. It is similar what happens in other countries. Then, more studies are needed to show the importance of early detection of cognitive complaints.

1. Introdução

O envelhecimento populacional é citado na literatura como uma das grandes conquistas das sociedades nos últimos cem anos, tanto em países de alta renda, como naqueles em desenvolvimento (1) (2). Prince e col., estimam que no ano de 2050 o número de pessoas com idade de 60 anos ou mais será de aproximadamente 1.25 bilhões, das quais, 79% estarão vivendo nos países menos desenvolvidos (3). O Brasil, considerado país emergente, ganhou 4,8 milhões de idosos (18%) passando de 25,4 milhões para ultrapassar os 30 milhões de indivíduos com idade de 60 anos ou mais no período entre 2012 e 2017(4) sendo que o país não está preparado para lidar com os problemas de saúde dessa população.

Um dos principais impactos negativos que acompanha o envelhecimento é o aumento na prevalência das demências (5). A demência é uma síndrome clínica causada por degeneração dos neurônios que compromete, de forma severa, a memória e outras funções cognitivas, resultando em comprometimento da funcionalidade, independência e perda da autonomia do doente(6). A doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência em pessoas com 60 anos ou mais, sendo responsável por 50% a 70% dos casos de demência(7)

De acordo com o *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study* a cada sete segundos surge um novo caso de demência. As taxas de incidência e prevalência não são uniformes e variam de acordo com critérios diagnósticos utilizados nos estudos, aumentando exponencialmente para todas as idades, com maior prevalência na sétima e oitava década de vida (6). Na América do Norte a prevalência de demência em populações regionais é de 6,4%, na Europa 5,4%, na América Latina com 8,5% e no Brasil a prevalência é de 7,1% entre 60 e 65 anos e até 47 % na faixa etária com mais de 80 anos (3) (7) (8).

A evolução tecnológica na área da saúde que ocorreu nas últimas décadas, proporcionou a elaboração de novos conceitos sobre fisiopatologia da DA: a) afirmação da presença das lesões no cérebro muito antes da manifestação dos sintomas da doença b) descoberta de marcadores biológicos e de neuroimagem, ambos, aumentaram a oportunidade de realizar diagnósticos mais precisos da DA

(9) (10) (11) (12). Tendo em vista que é possível realizar o diagnóstico precoce de uma doença tão terrível para o ser humano, em razão do alto grau de dependência que ela causa para o doente é urgente que se encontrem meios adequados para que médicos generalistas identifique os indivíduos que estão sob o risco de evoluir com demência na ABS (13) (14) (15).

Nesse sentido, muitos pesquisadores têm se esforçado para encontrar algum preditor de alteração cognitiva para ser utilizado na atenção básica à saúde. Nesta perspectiva, vale destacar dois importantes conceitos que têm surgido nos últimos anos. Primeiramente, a Queixa subjetiva de Memória (QSM) que apesar de ser muito comum em idosos saudáveis ela tem sido apontada como preditor de declínio cognitivo futuro e associada a quadros de doenças reversíveis como a depressão ou a transtornos de personalidade os quais podem gerar confusão no momento do diagnóstico (14)

O segundo conceito é o da fragilidade cognitiva e que tem sido mais estudado nos últimos anos juntamente com a Síndrome da Fragilidade. A fragilidade cognitiva apresenta dois subtipos: 1- Fragilidade Cognitiva Potencialmente Reversível (FCPR) e 2- Fragilidade Cognitiva Reversível (FCR) (15). A FCPR preenche os critérios do Clinical Dementia Rating (CDR) sendo o CDR 0,5 (demência questionável) de acordo com International Academy of Nutrition and Aging and the International Association of Gerontology and Geriatrics consensus group (IANA-IAGG) (16), enquanto a FCR corresponde ao declínio cognitivo subjetivo pré-CCL (Comprometimento Cognitivo Leve) de acordo com o consenso do grupo de trabalho da Alemanha (17).

Nesse sentido, a identificação de pessoas que estão sob o risco de evoluir com demência, tem sido aconselhada pela maioria dos países, particularmente, da América do Norte e Europa (18). Porém, a literatura mostra que o diagnóstico de demência na atenção básica à saúde (ABS) ainda é pouco realizado (13) (15) (17) (18). Estudos citam como dificuldades referidas pelos médicos generalistas a falta de clareza sobre rastreio de demência, falta de habilidade com os instrumentos de rastreio, ausência de tratamento curativo para demência e falta de segurança para discutir com paciente e familiar sobre o tema.

Por isso, acreditam não ser importante detectar ou realizar o diagnóstico de alterações cognitivas em idosos (18) (19) (22).

Por outro lado, há evidências de que a falha na detecção das alterações cognitivas pode levar ao diagnóstico tardio da demência e que o diagnóstico precoce evita gastos com internações prolongadas e diagnósticos inapropriados, favorece planejamentos futuros em todos os aspectos pessoais para o doente que pode antecipar responsável legal para tomar decisões quando ele se tornar incapaz e para familiares no que se refere a redução de sobrecargas nos cuidados (20). Já no âmbito social paciente e familiares poderão solucionar assuntos pendentes e passar mais tempo com seus entes queridos. Do ponto de vista econômico poderão se preparar para lidar com gastos e partilhas de bens antecipados evitando conflitos posteriores.

Dessa forma, diante das inúmeras vantagens do diagnóstico precoce do declínio cognitivo este estudo teve por objetivo verificar a prevalência de percentual de não detecção de demência por parte dos médicos generalistas da ABS e estimar a prevalência de QSM e do comprometimento cognitivo em idosos atendidos na atenção básica no município de Botucatu-SP.

2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão

- Idosos com idade de 60 anos ou mais, matriculados nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Botucatu e que tiveram duas ou mais consultas médicas no último ano na unidade.

Critérios de Exclusão

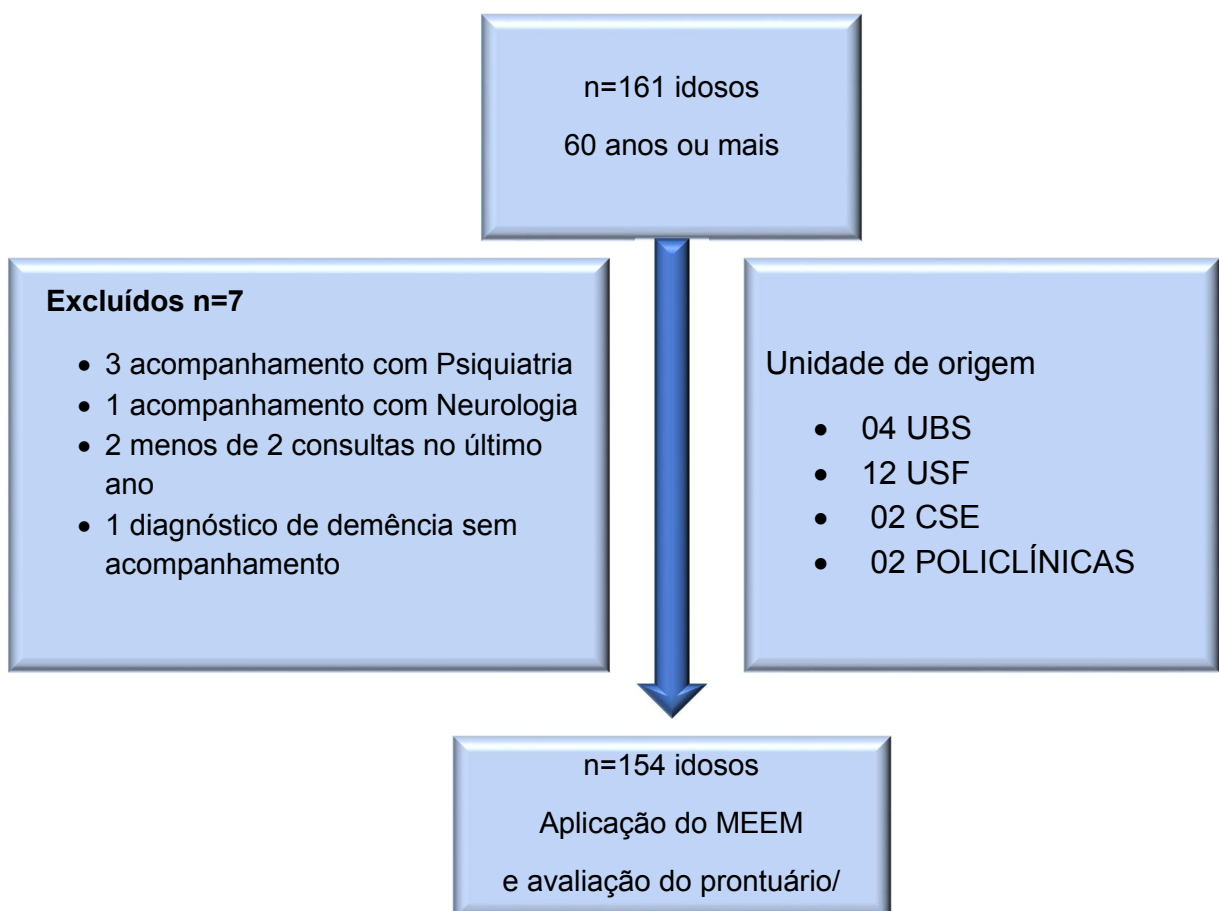
- Idosos com diagnóstico prévio de demência.
- Idosos em acompanhamento ambulatorial com médico especialista nas áreas de Geriatria, Psiquiatria ou Neurologia.

- Idosos com incapacidade auditiva e/ou visual que não fosse possível a realização do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

3. Método

Estudo transversal e descritivo aprovado por Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sob número do parecer 1.782.531 e da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu. (Anexos 1 e 2).

Amostra probabilística e de conveniência, com 161 idosos com idade de 60 anos ou mais, foram entrevistados e avaliados com o teste de rastreio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Critério utilizado, para seleção dos idosos, foi a demanda espontânea de cada unidade de saúde da cidade de Botucatu. Sete idosos foram excluídos por preencheram critérios de exclusão, conforme Fluxograma 1.



Fluxograma 1. Processo de seleção

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 6), 154 idosos, das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Saúde Escola (CSE) e Unidades de Saúde da Família (USF), foram submetidos à avaliação cognitiva, por meio do instrumento de rastreio, o MEEM (Apêndice 5).

I. Instrumento de Rastreio Cognitivo – Mini Exame do Estado Mental

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é o teste de rastreio cognitivo mais utilizado no mundo. Ele foi criado por Folstein e col., (17) em 1975 e adaptado à população brasileira por Bertolucci et al., e Brucki e col 2003 (18), os quais estabeleceram pontos de corte para seu uso no Brasil, com base na escolaridade do indivíduo (19)

O MEEM é composto por vinte tarefas agrupadas em sete categorias direcionadas para avaliação das funções cognitivas com escore total de 30 pontos: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e visuoespacial (1 ponto).

4. Análise estatística

Análise estatística foi realizada pelo programa SPSS para Windows Versão 21. Dados com distribuição normal são apresentados em média e desvio padrão. A correlação entre variáveis foi calculada pelo teste Pearson para variáveis com distribuição normal. O valor de “*p*” foi considerado estatisticamente significativo quando o nível alfa foi < 0,05. O teste *t* de Student foi aplicado para variáveis independentes.

Questionário para coleta de dados demográficos, queixa subjetiva de memória, anotação em prontuário e Índice de Comorbidade de Charlson (Apêndice 6).

- Coleta dos dados demográficos dos idosos em relação à: idade, sexo, raça, etnia, escolaridade, estado civil, número de consultas no último ano.
- Questão com resposta dicotômica, sobre QSM: “O SENHOR (A) TEM PROBLEMA DE MEMÓRIA?": SIM () NÃO ().
- Verificou-se todos os prontuários dos idosos para obter resposta à seguinte questão: “Em consulta dos últimos 12 meses existe alguma anotação no prontuário do idoso referente à queixa cognitiva ou diagnóstico de demência? SIM () NÃO ().
- Aplicação do Índice de Comorbidades de Charlson (ICC), que avalia o número de comorbidades, considerando 19 doenças, e utiliza um sistema de pontuação por meio de “pesos”, de acordo com a severidade das doenças (16). Quanto maior a pontuação, indica maior o número de doenças.

5. Resultados

A média de idade dos 154 idosos, que participaram do estudo, foi de $70 \pm 7,27$ anos, sendo 63,6% do sexo feminino; 56,8% com escolaridade entre 1 e 4 anos; etnia branca 69,7%; casados 60,6% e viúvos 28,4%. O índice de comorbidade de Charlson foi de $2,72 \pm 1,52$ (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos idosos da atenção básica à saúde que foram submetidos a rastreio cognitivo na cidade de Botucatu - SP, 2017.

| Características | Média | DP |
|-----------------------------------|--------------|-----------|
| Idade | 70 | ± 7,29 |
| Índice de Comorbidade de Charlson | 2,73 | ± 1,52 |
| Sexo | n | % |
| Feminino | 98 | 63,6 |
| Masculino | 56 | 36,4 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 24 | 15,6 |
| 1-4 | 87 | 56,5 |
| 5-8 | 32 | 20,8 |
| ≥ 9 | 11 | 7,1 |
| Etnia | | |
| Branco | 107 | 69,5 |
| Negra | 17 | 11,0 |
| Parda | 29 | 18,8 |
| Asiático | 01 | 0,6 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 5 | 3,2 |
| Casado | 93 | 60,4 |
| Viúvo | 44 | 28,6 |
| Separado | 10 | 6,5 |
| União estável | 02 | 1,3 |

DP= desvio padrão n = tamanho da amostra

O gráfico 1 representa a pontuação dos idosos no MEEM. A média da pontuação total do MEEM, foi de $24,28 \pm 4,24$.

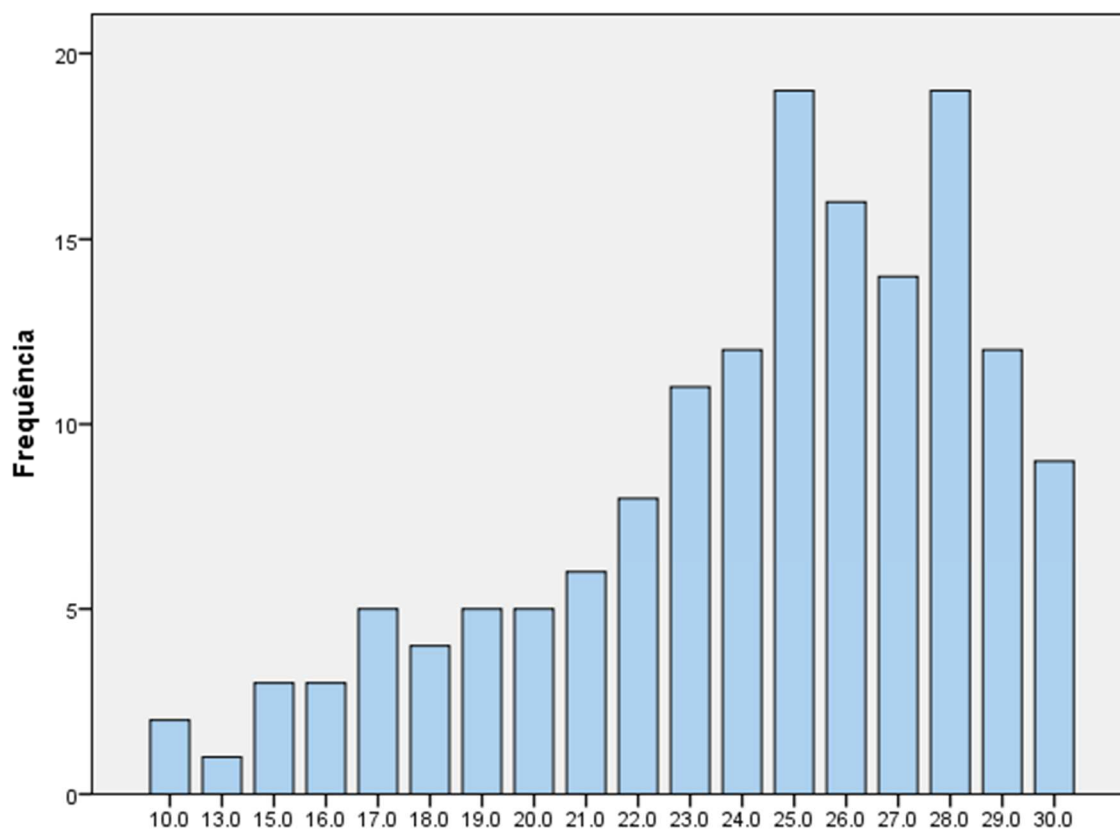


Gráfico 1. Resultado do rastreamento com teste do Mini exame do estado mental dos 154 idosos na atenção básica à saúde da cidade de Botucatu - 2017.

Os valores médios dos domínios do MEEM, são mostrados na Tabela 4 e representados no Gráfico 2.

Tabela 4. Valores médios das variáveis dos domínios cognitivos no Mini Exame do Estado Mental em amostra de idosos, Botucatu - SP, 2017.

| Variáveis | Escore Máximo | Média/Escore Total | Desvio Padrão |
|-------------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Orientação Temporal | 5 | 4,47 | 0,97 |
| Orientação Espacial | 5 | 4,83 | 0,53 |
| Memória Imediata | 3 | 2,95 | 0,23 |
| Cálculo | 5 | 2,23 | 1,83 |
| Evocação Tardia | 3 | 2,14 | 0,91 |
| Habilidades Específicas | 9 | 7,64 | 1,72 |
| MEEM total | 30 | 24,28 | 4,24 |

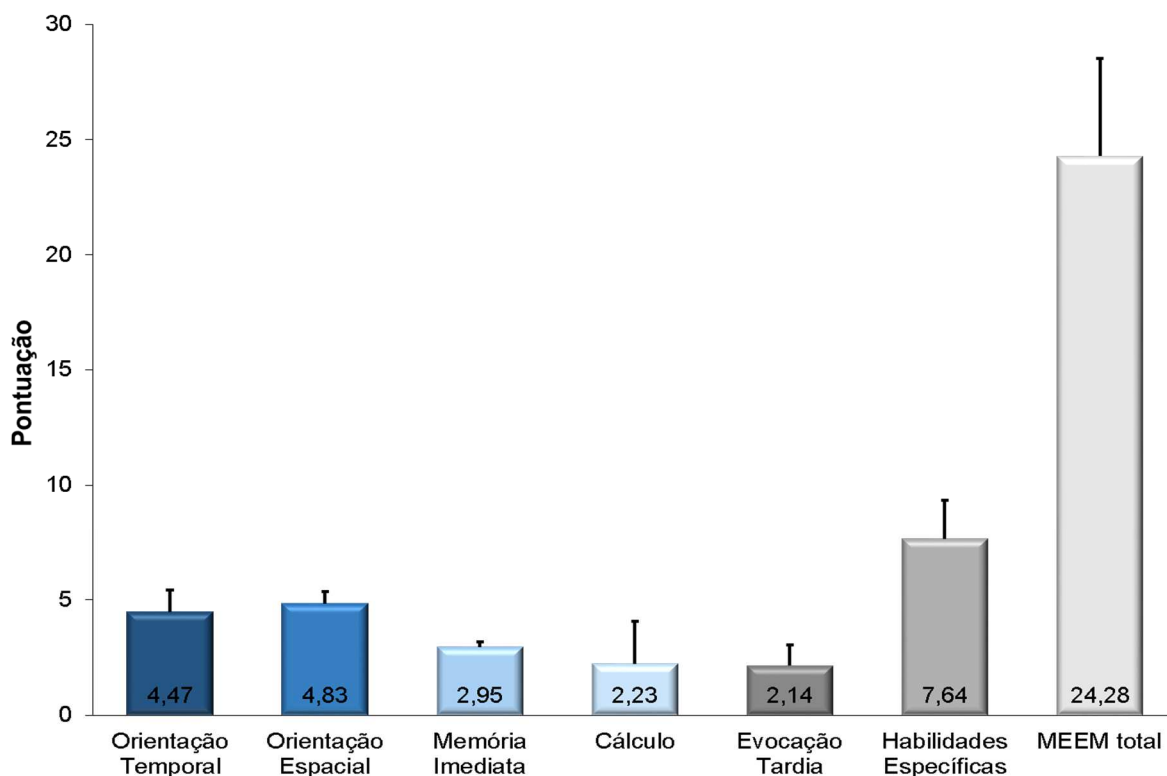


Gráfico 2. Representação dos valores médios dos domínios do Mini exame do estado mental de idosos (n=154).

Em relação a pergunta: **“O Sr. (a) tem problema de memória?”**, 87(56,8%) responderam **“SIM”** a essa questão. No tocante a evocação das três palavras do MEEM dos 87 idosos 5(5,75) não recordou nenhuma das três palavras, 13(15%) lembraram apenas de uma, 30(34,5%) lembraram duas e 39(44,8%) recordaram as três palavras.

Na avaliação de todos os participantes do estudo a média obtida na evocação tardia das três palavras do MEEM foi de 2,14 ($\pm 0,91$). Já os 32 idosos que apresentaram desempenho abaixo do esperado no MEEM com base nos anos de escolaridade, 19(59%) responderam **“sim”** para essa questão. Em relação a recordação das três palavras pelos 32 idosos: 10(31%) nenhuma palavra; 5(15,6%) uma; 12(37,5%) duas e 5(15,6%) três palavras.

Para saber se houve associação entre indivíduos com QSM e o MEEM alterado, foi realizado o teste do quiquadrado entre essas variáveis. Não houve

diferença estatisticamente significativa $p=0,43$, mostrando que conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Associação entre resultados normal e alterado do Mini exame do estado mental com a presença ou não de Queixa subjetiva de memória dos 154 idosos da cidade de Botucatu 2016-2017.

| MEEM | Queixa Subjetiva de Memória | | Total | |
|----------|-----------------------------|-----|-------|-------------|
| | Não | Sim | | |
| Normal | 54 | 68 | 122 | |
| Alterado | 13 | 19 | 32 | * $p=0,435$ |
| Total | 67 | 87 | 154 | |

*Teste do qui quadrado

A Tabela 4 mostra os dados demográficos, dos 32 idosos, que apresentaram escores no MEEM abaixo do esperado para a escolaridade de acordo com os critérios de Brucki e col., (18). A média da idade foi 72,91 ($\pm 0,75$), índice de Charlson de 3,25($\pm 1,78$) e, os indivíduos do sexo feminino, foram mais prevalentes, 23(71,9%). O percentual de idosos com escolaridade até 4 anos, foram 50%, e 25% foram analfabetos.

Tabela 4. Dados demográficos dos idosos com desempenho abaixo do esperado para a escolaridade. Botucatu - 2017.

| Características | Média (n=32) | DP |
|-----------------------------------|---------------------|-----------|
| Idade | 72,91 | ± 0,75 |
| Índice de Comorbidade de Charlson | 3,25 | ± 1,78 |
| Sexo | n | % |
| Feminino | 23 | 71,9 |
| Masculino | 09 | 28,1 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 08 | 25,0 |
| 1-4 | 16 | 50,0 |
| 5-8 | 06 | 18,8 |
| ≥ 9 | 02 | 6,3 |
| Etnia | | |
| Branco | 22 | 68,7 |
| Negra | 02 | 6,2 |
| Parda | 07 | 21,8 |
| Asiático | 01 | 1,0 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 01 | 3,1 |
| Casado | 18 | 56,3 |
| Viúvo | 11 | 34,4 |
| Separado | 02 | 6,3 |

Quando se comparou a idade dos idosos com os escores do MEEM alterado, observou-se diferença estatística em relação a idade $p=0.019$.

A tabela 5 mostra os dados comparativos entre a idade, MEEM, ICC e a escolaridade. Houve correlação positiva entre idade e o ICC e escolaridade e o MEEM, com significância estatística ($p=0,00$ e $p=0,000$, respectivamente), ou seja, quanto maior a idade o número de doenças foi maior e quanto maior a escolaridade melhor pontuação no MEEM. Da mesma forma, houve correlação negativa entre a escolaridade e o número de doenças ($p=0,001$), ICC e MEEM ($p = 0,002$) e idade e MEEM ($p = 0,001$).

Tabela 5 – Correlações entre Idade, Índice de Comorbidade de Charlson, MEEM e a escolaridade, em amostra de idosos da cidade de Botucatu-SP 2017.

| Variáveis | IC* Pearson | P valor |
|-----------------------------|-------------|---------|
| Idade X ICC | 0,584 | 0,000 |
| Escolaridade X MEEM** | 0,493 | 0,000 |
| Idade X MEEM | -0,274 | 0,001 |
| ICC*** X MEEM | -0,251 | 0,002 |
| Escolaridade X ICC | -0,259 | 0,001 |

*IC: Índice de Correlação de Pearson

**MEEM: Mini exame do estado mental;

***ICC: Índice de Comorbidade de Charlson

Foram encontradas duas anotações referente a queixa de esquecimento do paciente, no entanto, para nenhuma das queixas foi dada alguma conduta ou seguimento, descrito em prontuário. No entanto, estes dois idosos apresentaram bom desempenho no MEEM, embora disseram que tinham problemas de memória.

Na tabela 6, é possível observar o número de idosos e o percentual de comorbidades de acordo com a pontuação do ICC. Quanto maior o peso do IC, maior o número de comorbidades. Nessa amostra, 21,9% idosos tiveram um IC baixo (IC=1) e 15,6%, com IC elevado (IC=6).

Tabela 6 – Percentual de doenças de acordo com o Índice de Comorbidade de Charlson dos idosos que apresentaram alteração no MEEM - Botucatu 2017.

| Peso do ICC* | <i>n</i> | % |
|--------------|----------|-------|
| 1 | 7 | 21,9 |
| 2 | 6 | 18,8 |
| 3 | 5 | 15,6 |
| 4 | 5 | 15,6 |
| 5 | 4 | 12,5 |
| 6 | 5 | 15,6 |
| Total | 32 | 100,0 |

*ICC: índice de comorbidade de Charlson

6. Discussão

Este estudo é pioneiro no rastreamento cognitivo dos idosos da cidade de Botucatu. Para isso foi utilizado um teste de rastreamento cognitivo amplamente citado na literatura mundial o MEEM com 154 idosos assistidos por médico generalista na atenção básica à saúde da cidade de Botucatu em São Paulo.

A idade é reconhecida como preditor de demência e no nosso estudo a média de idade dos idosos foi de $70 \pm 7,27$ anos. Uma revisão sistemática de 2016 realizada por grupo de pesquisadores do Canadá corrobora essa associação da idade com a alta incidência e prevalência de declínio cognitivo e demência com significância estatística ($p < 0,001$) (21).

Outro fator de risco para demência citado na maioria dos estudos é o sexo feminino. Porém, alguns autores acreditam que a expectativa de vida maior das mulheres, justificaria maior prevalência de demências em relação ao sexo masculino (22) (23). Dos 154 idosos avaliados neste estudo a prevalência de mulheres foi de 63,6% versus 36,4% do sexo masculino. Já no grupo que apresentou suspeita de declínio cognitivo com base no MEEM, a prevalência do sexo feminino 23 (71,8%) foi maior em comparação com indivíduos do sexo masculino 09 (28,1%).

Estudos longitudinais que avaliaram preditores de demência entre os quais o sexo feminino. O primeiro estudo: “Baltimore Longitudinal Study of Aging

2000” acompanhou uma coorte com 1236 participantes com avaliações anuais durante 7,5 anos e encontrou maior incidência de demência para o sexo feminino, porém, sem significância estatística, $p=1.10$ (IC= 0.74-1.62) (24). Da mesma forma os estudos do “East Boston” de 2001 (25) e o estudo sobre envelhecimento da Clínica Mayo (2014) não encontraram diferenças estatísticas na incidência de demência entre homens e mulheres(26).

No entanto, estudo prospectivo de Tchalla e col. (2018) que avaliou 521 idosos da comunidade portadores de DA leve, com média de idade de $80,9 \pm 9$ anos, mostrou que o sexo feminino esteve associado com declínio cognitivo rápido (OR: 1,48 (IC 95% 1.03-2-15) (27) . Esses resultados, apesar das divergências entre os autores, chamam a atenção pelo risco encontrado e não podemos desprezar a queixas cognitivas que podem estar relacionadas com causas reversíveis de demência ou declínio cognitivo rápido como por exemplo, depressão, hipotireoidismo.

Em relação ao preditor de risco para demência que é a baixa escolaridade o percentual de analfabetos em nosso estudo foi de 15,6%, sendo 56,8% com escolaridade entre 1 e 4 anos, 38,54% com menos de 4 anos de escolaridade e analfabetos e 20,8% entre 5 e 8 anos. No grupo de idosos com suspeita de declínio cognitivo, ainda prevaleceu a escolaridade entre 1 e 4 anos em 50% dos idosos, e 25% de analfabetos. A taxa de analfabetismo foi avaliada por diversos pesquisadores os quais encontraram taxa de analfabetismo duas vezes maior em idosos com demência, sendo a maioria do sexo feminino. Caamaño-Isorna, 2006, na Espanha, apresentou dados estatísticos de indivíduos com baixo nível educacional (28). E o risco relativo de demência foi de 44% (IC: 1,24-1,67) comparado aos indivíduos com alto nível educacional 23% (0,93-1,61). No ano de 2013, a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) mostrou que um em cada cinco adultos, no mundo, ainda são analfabetos e dois terços destes são representados por indivíduos do sexo feminino (29).

Nesse sentido, relatórios da ADI sobre diagnóstico e cuidados com demência elaborados nos EUA e Reino Unido têm alertado sobre a alta prevalência de idosos com demência que vivem em países de baixa e média renda onde existe altos índices de baixa escolaridade, grande parcela vive em área rural, o que justifica

a necessidade de medidas urgentes para a redução do analfabetismo nesses países (31) (32).

Com relação à queixa de esquecimento 56,8% dos idosos que responderam “sim” à questão: **O SENHOR (A) TEM PROBLEMA DE MEMÓRIA?: SIM () NÃO ()** e, após revisão de prontuários desses idosos, foram encontradas, apenas, duas anotações do médico generalista referentes à queixa de esquecimento. Acredita-se atualmente que a QSM é preditor para futuro declínio cognitivo nos idosos (14) (19) (33) (34) (35). Foi reportado no estudo de Finkel, 2003 somente 20% de anotações em prontuários de idosos com queixa cognitiva((36). Essa lacuna na baixa valorização da queixa de esquecimento do idoso, pelo médico resulta na ausência do diagnóstico precoce de demência e, conseqüentemente, perda de oportunidade para efetuar medidas preventivas e sobretudo detecção de doenças potencialmente reversíveis envolvidas no desencadeamento de demências

Além disso, fortes evidências com relação à fisiopatologia da DA mostram que lesões patológicas características da doença de Alzheimer estão presentes no cérebro de pessoas saudáveis muitos anos antes da manifestação dos primeiros sintomas de esquecimento ou alteração em outro domínio cognitivo (37) (38). Por esse motivo, nas últimas décadas, muitos estudos têm sido realizados no sentido de se encontrar instrumentos que pudessem revelar quais indivíduos estariam sob o risco de evoluir com declínio cognitivo ou demência. Jessen e col, afirmam que a demora para recordar palavras em testes cognitivos é preditor sensível para futuro declínio cognitivo (19). O presente estudo mostrou que 48,7% dos idosos da ABS apresentaram falha na recordação das três palavras do MEEM.

Embora não estão evidentes, até este momento, quais são os mecanismos envolvidos entre a Síndrome da Fragilidade (SF) e a Fragilidade Cognitiva (FC). Existem dois conceitos envolvidos com a FC que são: Comprometimento Cognitivo sem Demência (CIND) que preenche critérios para CCL e o Comprometimento Cognitivo que não preenche os critérios de CCL (40). Ambos, estão associados com a perda de independência para atividades instrumentais e aumento de mortalidade. Embora no presente estudo, não utilizamos os critérios da SF, no entanto, observamos preditores de declínio cognitivo como a QSM que faz parte dos critérios do CCL e encontramos falha na

memória de evocação tardia (recordação das três palavras) do MEEM. No estudo que avaliou fragilidade e piora cognitiva em idosos da comunidade, a fragilidade foi associada com posterior declínio cognitivo no período de 12 meses usando o MEEM (41).

O MEEM tem sido um teste de rastreio de importância mundial porque ele abrange vários domínios cognitivos, é de domínio público e de fácil aplicação (41). O MEEM mostrou correlação negativa com a idade $-0,274$ ($p=0,001$), baixa escolaridade $-0,259$ ($p=0,001$) e com o número de doenças $-0,251$ ($p=0,002$). Livingston e col, 2017 mostram que indivíduos com menos de 18 anos analfabetos ou baixa escolaridade têm risco relativo de 60% para evoluírem com demência na vida tardia, e quando esse fator foi excluído da análise, ocorreu redução em 19,1% no RR. Outros preditores de risco foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes, tabagismo e isolamento social todos com RR de 60% para demência; baixa atividade física o RR de 40% e somente para perda auditiva o RR foi de 90% (43).

Fabbri e col, relatam que multimorbidade está associada com acelerado declínio cognitivo e envelhecimento (44). Embora a população do nosso estudo mostrou baixo índice de comorbidade (Charlson 2,72 ($\pm 1,52$)), é importante destacar que os idosos com suspeita de declínio cognitivo, representado pelo baixo escore no MEEM, o índice de comorbidade deles foi maior (ICC DE $3,25 \pm 1,78$) versus a amostra total dos idosos (45).

Embora não abordamos as classes de doenças da população de idosos, vale a pena destacar que recentemente vários pesquisadores, bem como a Associação Americana de Hipertensão/Associação Americana de Acidente Vascular Encefálico (AHA/ASA) alertam que as doenças vasculares contribuem para piora cognitiva e aparecimento de demência e, chamam a atenção para que estudos sejam realizados em fases iniciais da vida adulta com a finalidade de elucidar medidas preventivas para evitar e adiar o início do comprometimento cognitivo vascular(46) (47) (48) .

Por fim, detecção de declínio cognitivo e diagnóstico de demência pode ser abordado pelo médico generalista por meio de questionamento ao paciente sobre sua cognição, utilizando instrumentos de avaliação como o MEEM entre outros não citado nesse estudo, valorizar a QSM e a recordação das três

palavras do MEEM, realizar a prevenção das doenças cardiovasculares e checar o tratamento da hipertensão, diabetes, hipotireoidismo, deficiências de vitaminas (B12) ácido fólico, afastar doenças infecciosas que são causas de demência reversível. Este estudo teve por objetivo avaliar a prevalência de declínio cognitivo em idosos da ABS e também, verificar nos prontuários médicos dos idosos se havia alguma anotação a respeito de queixa de esquecimento (49).

7. Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações por seu eixo transversal. A amostra de conveniência pode não ser representativa da população de idosos da cidade de Botucatu. A depressão é considerada fator de risco para alteração cognitiva não foi avaliada neste estudo. Não foram avaliados a polifarmácia e o uso de medicamentos inapropriados que tem forte associação com prejuízo cognitivo.

Outra limitação que deve ser destaca neste estudo é que não utilizamos nenhum critério sobre fragilidade cognitiva que poderia enriquecer o nosso estudo tendo em vista, conforme dissemos anteriormente, a fragilidade cognitiva é preditora de desfechos desfavoráveis tanto para o surgimento da s[síndrome da fragilidade como pode ser decorrente desta.

Porém, os resultados são relevantes porque estão de acordo com os achados da literatura e servem para alertar os médicos generalistas sobre a importância da detecção de queixas cognitivas na atenção básica à saúde. O estudo também mostra a necessidade de envolvimento dos gestores dos serviços de saúde pública para implementação de estratégias de detecção e prevenção de fatores de risco sobre demência na atenção básica.

A capacitação mostrou ser uma ferramenta importante para profissionais da saúde e o envolvimento do especialista com a atenção primária é de suma importância atualmente, tendo em vista a rápida evolução no conhecimento que deve ser compartilhada.

Todos os profissionais da saúde devem saber identificar fatores de risco modificáveis, os quais podem reduzir em até 30% o número de pessoas com demência. Nosso estudo mostrou que, aproximadamente, 20% dos idosos

apresentaram alteração na memória de evocação tardia, que está relacionada, não somente à DA, mas também às demências de causas vasculares.

8. Conclusão

Portanto, este estudo mostrou que o declínio cognitivo em idosos da ABS é pouco detectado pelos clínicos gerais, e mais interessante, que esse fenômeno também ocorre em outros países. Estudos são necessários para sensibilizar e capacitar profissionais da ABS no sentido de melhorar a detecção precoce das queixas cognitivas.

Este estudo serve de alerta aos profissionais da saúde para elaborar estratégias sobre conhecimento das demências. Explanar os resultados para gestores públicos a fim de conscientizá-los que é factível a redução de custos para saúde pública e toda a sociedade quando se investe na detecção precoce dos quadros demenciais.

9. Referências

1. Iliescu ML, Zanoschi G. Population aging and public health. The active aging concept. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2005;109(1):120-3.
2. Bastos LFCS. Demência: número de pessoas afetadas triplicará nos próximos 30 anos [Internet]. Brasília: American Health Organization, World Health Organization; 2017 [citado 19 Mar 2018]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5560:dementia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos&Itemid=839
3. Prince MJ. World Alzheimer Report 2015: the global impact of dementia [Internet]. 2015 [citado 7 Jul 2018]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
4. Barroso M. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 [Internet]. Brasília: IBGE, Agência de Notícias; 2018 [citado 13 Set 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
5. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. The ageing of the world's population: a new challenge. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):200-10.
6. Boff MS, Sekyia FS, Bottino CMC. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira. *Rev Med*. 2015;94(3):154.
7. Lopes MA, Ferrioli E, Nakano EY, Litvoc J, Bottino CMC. High prevalence of dementia in a community-based survey of older people from Brazil: association with intellectual activity rather than education. *J Alzheimers Dis*. 2012;32(2):307-16.
8. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366:2112-7.

9. Green K. What is dementia? [Internet]. London: Alzheimer's Society; 2018 [citado 19 Mar 2018]. Disponível em: https://www.alzheimers.org.uk/info/20007/types_of_dementia/1/what_is_dementia
10. World Population Prospects. The 2002 Revision [Internet]. New York: United Nations; 2004 [citado 10 Out 2018]. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF>
11. Galvin JE. Prevention of Alzheimer's disease: lessons learned and applied. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(10):2128-33.
12. Gifford DR, Holloway RG, Vickrey BG. Systematic review of clinical prediction rules for neuroimaging in the evaluation of dementia. *Arch Intern Med.* 2000;160(18):2855-62.
13. Jacinto AF, Brucki SMD, Porto CS, Martins MA, Nitrini R. Screening of cognitive impairment by general internists using two simple instruments. *Dement Neuropsychol.* 2012;6(1):42-7.
14. Nakamura AE, Opaleye D, Tani G, Ferri CP. Dementia under diagnosis in Brazil. *Lancet.* 2015;385(9966):418-9.
15. Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Lewyn E, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing.* 2004;33(5):461-7.
16. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, Abellan van Kan G, Ousset P-J, Gillette-Guyonnet S, et al. Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) International Consensus Group. *J Nutr Health Aging.* 2013;17(9):726-34.
17. Annear MJ. Knowledge of dementia among the Australian Health Workforce: a national online survey. *J Appl Gerontol.* 2018;073346481775208.
18. Mitchell AJ, Meader N, Pentzek M. Clinical recognition of dementia and cognitive impairment in primary care. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124:165-83.

19. Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, Breteler M, Ceccaldi M, Chételat G, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2014;10(6):844-52.
20. NIH National Institute on Aging. Alzheimer's Disease Diagnostic Guidelines [Internet] [citado 1 Nov 2018]. Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-disease-diagnostic-guidelines>
21. Fiest KM, Jetté N, Roberts JI, Maxwell CJ, Smith EE, Black SE, et al. The prevalence and incidence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol*. 2016;43 Suppl 1:S3-50.
22. Letenneur L, Gilleron V, Commenges D, Helmer C, Orgogozo JM, Dartigues JF. Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1999;66(2):177-83.
23. Rocca WA, Mielke MM, Vemuri P, Miller VM. Sex and gender differences in the causes of dementia: a narrative review. *Maturitas*. 2014;79(2):196-201.
24. Kawas C, Gray S, Brookmeyer R, Fozard J, Zonderman A. Age-specific incidence rates of Alzheimer's disease: the Baltimore longitudinal study of aging. *Neurology*. 2000;54(11):2072-7.
25. Hebert LE, Scherr PA, McCann JJ, Beckett LA, Evans DA. Is the risk of developing Alzheimer's disease greater for women than for men? *Am J Epidemiol*. 2001;153(2):132-6.
26. Roberts RO, Geda YE, Knopman DS, Cha RH, Pankratz VS, Boeve BF, et al. The Mayo Clinic Study of Aging: design and sampling, participation, baseline measures and sample characteristics. *Neuroepidemiology*. 2008;30(1):58-69.
27. Tchalla AE, Clément J-P, Saulnier I, Beaumatin B, Lachal F, Gayot C, et al. Predictors of rapid cognitive decline in patients with mild-to-moderate Alzheimer disease: a prospective cohort study with 12-month follow-up performed in memory clinics. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2018;45(1):56-65.

28. Caamaño-Isorna F, Corral M, Montes-Martínez A, Takkouche B. Education and dementia: a meta-analytic study. *Neuroepidemiology*. 2006;26(4):226-32.
29. UNESCO Institute for Statistics. Adult and youth literacy: national, regional and global trends, 1985-2015 [Internet]. Montreal: UNESCO Institute for Statistics; 2013 [citado 11 Out 2018]. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=217409&set=50D93E3B_0_65&gp=0&lin=1&ll=3
30. Alzheimer's Association. 2014 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*. 2014;10(2):e47-92.
31. Karlawish J, Jack CR, Rocca WA, Snyder HM, Carrillo MC. Alzheimer's disease: the next frontier—special report 2017. *Alzheimers Dement*. 2017;13(4):374-80.
32. Alzheimer Scotland. European Carers's Report 2018 [Internet]. Edinburg; 2018 [citado 11 Out 2018]. Disponível em: https://www.alzscot.org/news_and_community/news/4165_european_carers_report_2018
33. Minett TSC, Dean JL, Firbank M, English P, O'Brien JT. Subjective memory complaints, white-matter lesions, depressive symptoms, and cognition in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(8):665-71.
34. Reid LM, Maclulich AMJ. Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;22(5-6):471-85.
35. Geerlings MI, Jonker C, Bouter LM, Adèr HJ, Schmand B. Association between memory complaints and incident Alzheimer's disease in elderly people with normal baseline cognition. *Am J Psychiatry*. 1999;156(4):531-7.
36. Finkel SI. Cognitive screening in the primary care setting. The role of physicians at the first point of entry. *Geriatrics*. 2003;58(6):43-4.
37. Jack CR Jr, Bennett DA, Blennow K, Carrillo MC, Dunn B, Haeberlein SB, et al. NIA-AA Research Framework: toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2018; 14(4):535-62.

38. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018;90(3):126-35.
39. Petersen RC, Thomas RG, Aisen PS, Mohs RC, Carrillo MC, Albert MS, et al. Randomized controlled trials in mild cognitive impairment: Sources of variability. *Neurology*. 2017;88(18):1751-8.
40. Davis HS, Rockwood K. Conceptualization of mild cognitive impairment: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(4):313-9.
41. Alencar MA, Dias JMD, Figueiredo LC, Dias RC, Alencar MA, Dias JMD, et al. Frailty and cognitive impairment among community-dwelling elderly. *Arq Neuropsiquiatr* 2013;71(6):362-7.
42. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
43. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017;390(10113):2673-734.
44. Fabbri E, An Y, Zoli M, Tanaka T, Simonsick EM, Kitner-Triolo MH, et al. Association of accelerated multi-morbidity and age-related cognitive decline in older, non-demented participants from the Baltimore longitudinal study of aging. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(5):965-72.
45. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
46. Schneider JA, Wilson RS, Bienias JL, Evans DA, Bennett DA. Cerebral infarctions and the likelihood of dementia from Alzheimer disease pathology. *Neurology*. 2004;62(7):1148-55.

47. Tariq S, Barber PA. Dementia risk and prevention by targeting modifiable vascular risk factors. *J Neurochem*. 2018;144(5):565-81.
48. Gorelick PB, Furie KL, Iadecola C, Smith EE, Waddy SP, Lloyd-Jones DM, et al. Defining optimal brain health in adults: a presidential advisory from the American Heart Association. *Stroke*. 2017;48(10):e284-303.
49. Solomon PR, Murphy CA. Should we screen for Alzheimer's disease? A review of the evidence for and against screening Alzheimer's disease in primary care practice. *Geriatrics*. 2005;60(11):26-31.

**ESTUDO 3: COMPARING KNOWLEDGE AND ATTITUDES
TO DEMENTIA CARE IN BRAZILIAN AND UK
GPs TO GUIDE FUTURE DECISIONS ABOUT
EDUCATIONAL INTERVENTIONS**

Title: Comparing knowledge and attitudes to dementia care in Brazilian and UK GPs to guide future decisions about educational interventions

Authors: Alessandro Ferrari Jacinto PhD¹, Adam Lee Gordon PhD^{2,3,4,5}, Rajvinder Samra PhD⁶, Ana Beatriz Steiner MD⁷, Vania Ferreira de Sá Mayoral MD¹, Vanessa de Albuquerque Citero PhD⁷

¹Department of Internal Medicine, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Botucatu, SP, Brazil

²Division of Medical Sciences and Graduate Entry Medicine, University of Nottingham, UK

³Derby Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, UK

⁴East Midlands Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care, UK

⁵Nottingham Biomedical Research Centre (BRC): Musculoskeletal Disease (MSK) Theme, Nottingham, UK

⁶School of Health, Wellbeing and Social Care, Faculty of Wellbeing, Education & Language Studies, Open University, UK

⁷Psychiatry Department, Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brazil

Corresponding Author:

Assoc Prof Alessandro Jacinto

Email: alessandrojacinto@uol.com.br

Postal address: Disciplina de Geriatria, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Botucatu, SP, Brazil.

Abstract

Background: Dementia training for Brazilian GPs is underdeveloped. We investigated knowledge and attitudes to dementia management amongst Brazilian GPs and compared these with previous UK findings to inform future decisions about how training is structured.

Methods: 115 Brazilian GPs were asked to complete a Portuguese translation of a questionnaire previously used in the UK. This comprised a 14-item multiple-choice knowledge quiz, and a 5-point Likert-scale questionnaire assessing attitudes across 10 dementia management domains. Exploratory factorial analysis was conducted for attitudes.

Results: Attitudes towards dementia demonstrated the same underlying factor structure, “heartsink” and “heartfelt” factors, in Brazil as in previous UK studies, explaining 61.6% of variance in responses. Knowledge scores were negatively correlated with both heartfelt and heartsink factors.

Conclusions: Greater knowledge about dementia was associated with some pessimism about dementia care. The similarity in the structure of attitudes towards dementia management between Brazilian and UK GPs provides a starting point for shared educational approaches targeting attitudes.

Keywords: Primary health care; medical education; dementia; knowledge; attitude

Introduction

The rising prevalence of dementia is a global challenge (Rizzi, Rosset & Roriz-Cruz, 2014) and effective dementia training for healthcare staff constitutes an important part of the response to this around the world (Beard & Bloom, 2015). In many countries, medical supervision of long-term care is the primary responsibility of general practitioners (GPs) and thus, GPs play a major and key role in the care of people with dementia.

A systematic review on the barriers to diagnosis and management of dementia patients in primary care found that GPs internationally reported inadequate dementia training and education (Koch & Iliffe, 2010). This lack of preparation contributed to diagnostic uncertainty and reduced confidence for GPs in making a dementia diagnosis as well as managing dementia symptoms. In this same study, negative attitudes, including therapeutic nihilism on the part of the GP, were identified as a barrier to dementia diagnosis and management with some GPs reporting that making a diagnosis was pointless. These findings reinforce the need to improve knowledge and attitudes towards dementia in primary care internationally.

Such international comparisons are limited by the different approaches adopted to studying GP knowledge and attitudes in different countries. To better understand the similarities and differences between nations regarding GP attitudes to dementia, it is important that similar measures and methodologies are used between countries. To enable such cross-national comparison, the present study set out to survey knowledge and attitudes of GPs in Brazil regarding dementia care and to compare these to findings previously described in the UK by using a consistent approach (Turner et al, 2004). In the previous UK study (Turner et al, 2004) attitudes were found to adopt a factor structure comprised of two main item sets, which were classified as “heartsink” and “heartfelt” factors. “Heartsink” factors were pessimistic and reflected frustration with dementia care, the fact that dementia patients are a drain on resources, that referral for care is futile because patients don’t access resources, and a feeling that primary care has little to offer

dementia patients. “Heartfelt” factors showed greater optimism reflecting feelings that doctors could make a difference to dementia care, a feeling that providing a diagnosis enhanced patient care, and a sense that direct communication early in the dementia trajectory was associated with better care.

Since 1988, all Brazilian citizens have the right to access free health care and Brazil’s Unified Health System (UHS) has a legal obligation to provide for all its citizens. Seventy-three percent of Brazilian older people are exclusively cared by the Unified Health System (UHS). Rapid demographic shifts coupled with the pervasive university and medical school focus on illness in hospital settings, and on specialization, has resulted in a failure to educate, recruit and train sufficient generalists in Brazil to deal with the rapidly ageing population (Piterman, Harris, Saddi, Batista & Pego, 2015). In Brazil, family medicine is underrepresented in the curriculum - there may be no family medicine taught at medical school, there is little continuing education for generalists and limited attempts to support continuing professional development in general practice (Blasco et al, 2008). There are a number of differences between primary care education in Brazil and UK. All UK medical students undertake specific placements in primary care and there are specific higher medical training programmes following graduation for those who wish to become GPs. But there are important similarities about the role that GPs play within the healthcare systems in the UK and Brazil, including the mandate to provide free health care to citizens and the role of that GPs as primary gatekeepers to healthcare (Blasco et al, 2008).

This study used adapted versions of UK-developed surveys to measure knowledge and attitudes towards dementia in Brazilian GPs, in order to determine if similar patterns of knowledge and attitudes were seen amongst Brazilian GPs as previously found in the UK (Turner et al, 2004). An understanding of how knowledge and attitudes about dementia amongst Brazilian GPs map onto those of GPs in other countries is relevant when considering whether internationalised approaches to dementia training in primary care can be developed.

Methods

A cross-sectional study of GPs' knowledge and attitudes towards dementia was undertaken in 2017. This used a Brazilian adaptation (Jacinto, Oliveira & Citero, 2015) of a measure used in previous UK research (Turner et al, 2004). The measure included a knowledge quiz with 14 questions, each with five possible answers of which one option was correct and one was "I don't know". Questions covered three knowledge domains (epidemiology, diagnosis and management). Knowledge questions were positively marked, with only the correct answer gaining a point, and both incorrect and "I don't know" scoring zero. The measure also had an attitudes component which comprised 10 statements on management and prognosis in dementia, with answers provided on a 5-point Likert scale ranging from "strongly agree" to "strongly disagree". All respondents were asked to complete a questionnaire on demographics and background. A full version of the measure in English and Brazilian has been published elsewhere (Jacinto, Oliveira & Citero, 2015).

81 GPs from Sao Paulo and 34 from Botucatu were included. Brazilian GPs are organised into Basic Health Units (BHUs), which usually have two GPs working within them. All 41 GPs from all 22 Botucatu BHUs attended a public meeting where they were invited to participate, of which 34 agreed to do so. 10% of Sao Paulo's 451 BHUs (n=45) were selected at random using random number sequence generation, and the two GPs working within each BHU were invited to participate. 9 refused, resulting in 81 respondents. Surveys were conducted by questionnaire which was delivered to the unit manager either in person, or by email, depending on the preference of the GP. All surveys were completed in paper format and returned by post.

Statistical analyses were performed using SPSS 20.0. The means of the knowledge test scores were compared using the Friedman test. Homoscedasticity was verified using the Kolmogorov-Smirnov test and the Levene test.

For the attitudes quiz, scores were resteped to vary from 0 to 100. Suitability for factor analysis was determined using the Kaiser-Meyer-Olkin test and Bartlett's test

of Sphericity. Exploratory factorial analysis was conducted using the main component method and VARIMAX orthogonal rotation. Factors with eigenvalues above one were included. Cronbach's Alpha was used to evaluate internal consistency of the items for each factor.

Differences in measurements based upon GP characteristics (gender, age and time from graduation) were explored using the Student t-test and ANOVA. All correlational analyses were conducted using Spearman's rho. The significance level was set at $p < 0.05$.

Results

115/131 GPs responded (response rate 87.8%). Their mean age (\pm SD) was 35.8 (\pm 11.1) years. 62 (52.9%) were male. 62 (53.9%) had graduated from Medical School less than 5 years previously, with 23 (20%) and 30 (26%) being 6-11 and 12 years post-graduation respectively.

Mean (\pm SD) knowledge scores were 50.4% (\pm 18.1), 53.5% (\pm 16.9), 48.0% (\pm 22.2) and 52.2% (\pm 31.9) for total, epidemiology, diagnosis and management domains respectively. Gender and time from graduation did not show a relationship with knowledge scores. Time from graduation was negatively correlated with score in the diagnosis domain, with those GPs who had graduated more recently scoring higher ($r = -.197$; $p = 0.035$).

Table 1 shows the distribution of attitudes amongst respondents. 9/10 variables had communality values of 0.5 or above, so were included in factor analysis, where two sets of items from the attitudes quiz formed an interpretable factor structure which explained 61.6% of the variance in responses. Similar to the previous UK study, we found a factor structure of "heartsink" (initial eigenvalue 4.14; variance explained = 35.36; Cronbach Alpha = 0.76) and "heartfelt" (initial eigenvalue 1.40; variance explained = 26.24; Cronbach Alpha = 0.85) indicating negative and positive attitudes to dementia respectively. Individual items and their relative contributions to the factors are summarized in Table 2. Endorsement of heartfelt or heartsink responses did not show significantly different patterns according to

the GP characteristics of age, gender or time from graduation. There was a negative correlation between knowledge quiz scores and both heartfelt and heartsink factors.

Discussion

This study is the first attempt to investigate the relationship between dementia knowledge and attitudes in Brazilian GPs. As is the case with UK GPs, Brazilian GPs' attitudes towards dementia correlated with knowledge scores. We found the same underlying factor structure in attitudes amongst GPs as previously seen in the UK. In both countries, variation in responses was explained by an optimistic attitude towards dealing with dementia patients (heartfelt) and a more pessimistic attitude (heartsink). The reliability of the two factors, and the degree of variance explained, were greater in this Brazilian sample than in the original UK study. This raises the possibility that GPs' attitudes towards dementia may transcend national and cultural borders, with common responses to the challenges of dementia care between nations.

The main strength of this study is the use of a standardised questionnaire which enabled detailed and robust evaluation of knowledge and attitudes and how they correlate. The main limitation relates to the sampling bias that might be inherent because we recruited a set of volunteer respondents who comprise a small proportion of the Brazilian GP workforce. The similarity of the findings between this Brazilian and the previous UK study do, though, provide some face validity to our findings.

The scores for all domains of dementia knowledge amongst Brazilian GPs were lower than in British GPs completing the same questionnaire over a decade ago (Turner et al, 2004) for all domains except epidemiology. Given the increased emphasis on quality dementia care in the UK over the intervening period with a National Dementia Strategy which has focussed, amongst other things, on training and equipping staff in primary care (Banerjee, 2010), we expect that UK GPs would score higher if surveyed now. This makes these findings a particularly alarming

indictment of current Brazilian dementia training. Given that GPs in both Brazil and the UK practice well into their sixth decade, the mean age of respondents was low, meaning that these findings are a marker of recent and current training, rather than indicative of an ageing GP workforce which is out of touch.

Consistent with the UK work, greater knowledge about dementia was associated with less heartsink attitudes. However, greater GP knowledge also associated with being less heartfelt. Heartfelt attitude items reflect optimism that dementia care services can improve people's lives. These findings suggest that GPs who know more do not necessarily feel that it makes a positive difference to people lives. This is in fitting with previous studies in the UK which have identified that GPs can simultaneously have improved attitudes towards dementia and improved confidence in being able to diagnose dementia, whilst feeling demotivated by the low quality and availability support for people with dementia and their carers (Fox et al, 2014; Iliffe et al, 2009). Given the consistency in the association between increased knowledge and decreased optimism in the two countries studied, further international work is required to explore the reasons for such a bleak outlook.

In the present study, greater number of years since graduation was not associated with greater knowledge about dementia. This suggests that experiential learning in the medical workplace may not compensate for poor initial knowledge. This is particularly important in the Brazilian context, where family medicine topics may not form a large part of the medical curriculum and there may be limited or no professional training pathways to becoming a general practitioner (Blasco et al, 2008). The poor knowledge about dementia identified in this study reinforces the need for greater inclusion of dementia in the undergraduate medical school curriculum.

This study identified that greater knowledge about dementia does not associate with more positive attitudes and this finding is not entirely surprising. Educational interventions that improve knowledge have been reported elsewhere not to result in improved attitudes, whilst empathy-building interventions, which foster affective reactions, can result in positive attitude changes towards older people (Samra, Griffiths, Cox, Conroy & Knight, 2013). Interventions to foster empathy

can be additive to traditional knowledge-based approaches and can easily be incorporated into educational programmes (Blasco et al, 2006).

Cross-national comparisons are useful because they provide a means by which countries can learn from each others' approaches to common problems. We have already described the significant resource invested in the UK in recent years as part of the National Dementia Strategy (Banerjee, 2010). Revisiting the previous work around attitudes to dementia among GPs in the UK would allow consideration of whether the association between knowledge and attitudes has changed in response to this policy-level intervention. If an improvement is seen, and a reason for such improvement identified, this could provide precedent around which interventions to improve the situation in Brazil could be based. If similarities between the countries are persistent, despite the intervening period in the UK, then it would imply that the policy level approach taken in the UK is not the way to modify the attitudes of frontline primary care doctors. Contrasting attitudes and knowledge cross-nationally has the potential to inform commonalities in the nature of the problem and its resolution. In the UK, Iliffe et al (2015) reported that a tailored educational intervention to improve case identification and dementia management in primary care, customised to the individual practices and their identified needs of students, surprisingly showed no change to practice. Those authors argued that inadequate social care and specialist support affects under-recognition of dementia in UK primary care and changes to practice will require a whole-systems approach to remove obstacles and barriers to care in conjunction with GP dementia education and training. Given the commonality in the patterns of attitudes seen amongst GPs across both countries of increased knowledge and decreased optimism, it is plausible that primary care practitioners in both contexts are affected by barriers to adequate support and dementia care which affect their attitudes to dementia diagnosis and management. There is an opportunity for shared educational approaches focussing, for example, on educational interventions that also address wider whole-systems factors in the identification and management of dementia, which in turn may improve attitudes towards dementia. Given that continuing professional development is underdeveloped in

Brazilian primary care, there is space to develop novel approaches to education about dementia in Brazil which, if an international view is adopted to the outset, may then be reproduced in other settings around the world.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflict of interests.

Author Contributions

AFJ, VAC, ABS and VFMS conceived the work, wrote the initial protocol and collected the data. VAC conducted all statistical analyses. RS and ALG reviewed the statistical analyses and suggested modifications to the statistical analysis plan which were subsequently included in the protocol. AFJ and VAC produced the initial draft, which RS and ALG substantially edited to bring an international perspective. All authors reviewed and approved the final manuscript.

References

Banerjee, S. (2010). Living well with dementia-development of the national dementia strategy for England. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25 (9), 917-922.

Beard, JR. & Bloom, D. E. (2015). Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*, 385 (9968), 658-61.

Blasco, P. G., Lewytes, M. R., Janaudis, M. A., Moreto, G., Roncoletta, A. F. T., de Benedetto, M. A. C. & Pinheiro, T. R. (2008) Family medicine education in Brazil: challenges, opportunities, and innovations. *Academic Medicine*, 83(7), 684-690.

Blasco, P. G., Moreto, G., Roncoletta, A. F., Lewytes, M. R. & Janaudis, M. A. (2006). Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. *Family Medicine*, 38 (2), 94.

Jacinto, A. F., Oliveira, E.C. & Citero V. A. (2015). Brazilian transcultural adaptation of an instrument on physicians' knowledge and attitudes towards dementia. *Dement. Neuropsychol*, 9 (3), 245-250.

Fox, M., Fox, C., Cruickshank, W., Penhale, B., Poland, F. & Steel N. (2014). Understanding the dementia diagnosis gap in Norfolk and Suffolk: a survey of general practitioners. *Quality in primary care*, 22 (2), 101-7.

Iliffe, S., Priya, J., Wong, G., Lefford, F., Warner, A., Gupta, S., Kingston, A. & Kennedy, H. (2009). Dementia diagnosis in primary care: thinking outside the educational box. *Ageing Health*, 5 (1), 51-59.

Iliffe S., Wilcock J., Drennan V., Goodman C., Griffin M., Knapp M., Lowery D., Manthorpe J., Rait G., & Warne, J. (2015). Changing practice in dementia care in the community: developing and testing evidence-based interventions, from timely diagnosis to end of life (EVIDEM). Programme Grants for Applied Research, NIHR Journal Library. 3 (3)

Koch, T., & Iliffe, S. (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice*. 11 (1), 52.

Piterman, L., Harris, M., Saddi, F. C., Batista S. R. and Pego R. A. (2015). International primary care snapshots: Australia and Brazil. *Br J Gen Pract*; 65 (633),198-199

Rizzi, L., Rosset, I. & Roriz-Cruz, M. (2014). Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types. *BioMed Research International*. 2014. Article ID 908915

Samra, R., Griffiths, A., Cox, T., Conroy, S., Knight, A. (2013). Changes in medical student and doctor attitudes toward older adults after an intervention: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61 (7), 1188-1196.

Turner, S., Iliffe, S., Downs, M., Wilcock, J., Bryans, M., Lewyn, E., Keady, J. & O'Carroll, R. (2004). General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing*. 33 (5), 461-467.

Table 1. Brazilian general practitioners' attitudes towards dementia: percentage distribution of answers

| | Strongly agree | Agree | Neither | Disagree | Strongly disagree |
|--|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| 1 . Much can be done to improve the quality of life of careers of people with dementia | 24.3 | 47.8 | 24.3 | 2.6 | .9 |
| 2 . Families would rather be told about their relative's dementia as soon as possible | 14.8 | 32.2 | 46.1 | 4.3 | 2.6 |
| 3 . Much can be done to improve the quality of life of people with dementia | 23.5 | 40.0 | 28.7 | 7.0 | .9 |
| 4 . Providing diagnosis is usually more helpful than harmful | 13.9 | 40.0 | 36.5 | 7.8 | 1.7 |
| 5 . Dementia is best diagnosed by specialist services | 3.5 | 17.4 | 41.7 | 21.7 | 15.7 |
| 6 . Patients with dementia can be a drain on resources with little positive outcome | .9 | 14.8 | 26.1 | 32.2 | 26.1 |
| 7 . It is better to talk to the patient in euphemistic terms | 2.6 | 22.6 | 6.1 | 34.8 | 33.9 |
| 8 . Managing dementia is more often frustrating than rewarding | 3.5 | 14.8 | 17.4 | 22.6 | 41.7 |
| 9 . There is little point in referring families to services as they do not want to use them | 0.9 | 15.7 | 13.0 | 20.9 | 49.6 |
| 10 . The primary care team has a very limited role to play in the care of people with dementia | 6.1 | 22.6 | 20 | 8.7 | 42.6 |

Table 2. Composition of heartfelt and heartsink factors and correlation with general practitioner characteristics

| VARIABLE | ROTATED FACTOR LOADING | |
|---|------------------------|----------------------|
| “HEARTSINK” VARIABLES | | |
| “Managing dementia is more often frustrating than rewarding” | 0.847 | |
| “There is little point in referring families to services as they do not want to use them” | 0.801 | |
| “It is better to talk to the patient in euphemistic terms” | 0.757 | |
| “Patients with dementia can be a drain on resources with little positive outcome” | 0.718 | |
| “The primary care team has a very limited role to play in the care of people with dementia” | 0.716 | |
| “HEARTFELT” VARIABLES | | |
| “Much can be done to improve the quality of life of people with dementia” | 0.767 | |
| “Families would rather be told about their relative’s dementia as soon as possible” | 0.758 | |
| “Providing diagnosis is usually more helpful than harmful” | 0.743 | |
| “Much can be done to improve the quality of life of careers of people with dementia” | 0.673 | |
| KNOWLEDGE TEST SCORES | FACTOR | |
| | HEARTFELT | HEARTSINK |
| Total score | r= - 0.317 (p=0.001) | r= - 0.229 (p=0.014) |
| Epidemiology score | r= - 0.086 (p=0.361) | r= 0.034 (p=0.722) |
| Diagnosis score | r= - 0.399 (p=0.001) | r= - 0.370 (p=0.001) |
| Management score | r= - 0.095 (p=0.314) | r= 0.011 (p=0.909) |

FINAL – PERSPECTIVAS FUTURAS

Esta tese foi apresentada por meio de três estudos sobre conhecimentos e atitudes em demência por parte dos médicos generalistas. No primeiro estudo, os conhecimentos e as atitudes dos médicos foram avaliados através de dois instrumentos desenvolvidos na Inglaterra em 2004, e posteriormente adaptados e validados para o idioma português do Brasil.

No segundo estudo, idosos da ABS da cidade de Botucatu, foram submetidos a rastreio cognitivo por meio do MEEM. Finalmente, o terceiro estudo foi apresentado por meio de artigo publicado em revista internacional. Nesse artigo foram somados os dados coletados dos médicos de Botucatu com os dos médicos de São Paulo (estudos com mesmos objetivos), e os mesmos foram submetidos ao teste de Análise Fatorial com os resultados obtidos no estudo de Turner et al., com o objetivo em direcionar futuras intervenções educacionais sobre demência na ABS.

A literatura é rica em estudos que mostram o envelhecimento como realidade mundial com sobrecarga de doenças crônicas as quais devem receber atenção especial por todos os serviços de saúde. Em particular, a demência na doença de Alzheimer é considerada uma das piores catástrofes que pode agredir o ser humano fazendo-o perder a sua personalidade, sua dignidade e autonomia.

No entanto, nas últimas décadas surgiram pesquisas de relevância sobre o aprofundamento da fisiopatologia da doença de Alzheimer. Assim, grandes expectativas passaram a existir para a realização de estudos clínicos na busca por medicamentos que possam interromper o aparecimento da doença, e também, drogas para tratamento da doença instalada com finalidade de cura. As principais descobertas ocorreram em relação aos marcadores biológicos da doença de Alzheimer que podem ser detectados no Líquido Cefalorraquiano e também através de exames de imagens como o PET-SCAN, a RM entre outros.

Porém, a realidade dessas novas tecnologias ainda está muito distante para uso clínico na saúde pública, principalmente em países de baixa e média renda. Daí a importância de estudos como o nosso que estimulam questionamentos básicos sobre a forma como as demências estão sendo detectadas e conduzidas na ABS.

Os três estudos apresentados nesta tese de doutorado mostraram falhas no conhecimento dos generalistas sobre epidemiologia e manejo das

demências, porém, eles obtiveram melhores escores sobre o diagnóstico das demências. Isso demonstra que a falha na abordagem dos idosos com declínio cognitivo ocorrer por ausência de treinamento e falta de conhecimento sobre os benefícios em se identificar idosos com risco de desenvolver demência. estratégias na formação básica dos médicos. Educação continuada para os médicos com maior tempo de formação médica que atuam na ABS pode ser uma estratégia eficaz, visto que após a capacitação houve melhora no conhecimento sobre manejo das demências. Diversos obstáculos são citados como impeditivos de abordar o idosos ou sua família sobre declínio cognitivo de acordo com a literatura, a falta de tratamento curativo, não saber conversar com o paciente e familiares sobre demências e falta de apoio de especialidades para conduzir os casos de demência.

No Reino Unido, há quase duas décadas, pesquisadores e gestores da saúde pública têm se dedicado, de forma intensa, a estabelecer estratégias de capacitação para médicos generalistas porque entendem que eles são os pilares do atendimento básico à saúde, por ser o primeiro contato com pessoas idosas que buscam cuidados a sua saúde. Nossa pesquisa mostrou dados relevantes sobre idosos com queixa de esquecimentos os quais nunca foram abordados pelos seus médicos.

Não obstante, as dificuldades existentes sobre o diagnóstico precoce das demências, impulsionam os pesquisadores na busca de estratégias de baixo custo que podem, não somente identificar indivíduos em risco de ter a doença, mas também os que já estão apresentando sintomas sutis e que podem se beneficiar de medidas preventivas e detecção de causas reversíveis de demências.

A literatura médica mostra a importância de valorizar a queixa subjetiva de memória e também dar maior atenção à fragilidade cognitiva, já que ambos são preditores de demência. Após a definição do estágio pré-clínico da doença de Alzheimer o Comprometimento Cognitivo Leve tem ocupado lugar de destaque em estudos sobre declínio cognitivo. É possível, por meio do questionamento do idoso e da família sobre alterações cognitivas que possam estar ocorrendo, ou mesmo uso de testes de triagem para déficit cognitivo, dar a oportunidade aos idosos de receberem medidas de tratamentos sobre vários aspectos, por exemplo, orientação sobre a doença para o paciente e seus familiares,

evolução e prognósticos, permite que a família se organize sobre demandas futuras resultantes da evolução da doença.

Portanto, o objetivo dos pesquisadores é, primeiramente, divulgar nossos dados para gestores e responsáveis pelos serviços de saúde da cidade de Botucatu e posteriormente:

1. Desenvolver estratégias de capacitação contínua para médico e demais profissionais da atenção básica à saúde sobre doenças neurodegenerativas dando ênfase à Demência de Alzheimer.
2. Estabelecer um modelo de avaliação cognitiva para idosos da rede básica de saúde, que seja eficiente e de rápida aplicação e sobretudo, factível para o sistema público de saúde.
3. Desenvolver trabalhos com equipe multidisciplinar e multiprofissional para desenvolver atividades cognitivas com idosos e familiares.
4. Incentivar médicos e estudantes da graduação médica sobre a relevância de pesquisas sobre o Comprometimento Cognitivo Leve e demências.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1



UNESP - FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimentos e atitudes em demências por parte dos médicos generalistas da rede de atenção básica à saúde

Pesquisador: Vania Ferreira de Sá Mayoral

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59005116.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Clínica Médica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.782.531

Apresentação do Projeto:

O presente projeto foi considerado como pendente para que o pesquisador esclareça dúvidas do relator referente aos procedimentos metodológicos.

Objetivo da Pesquisa:

Já avaliado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora respondeu aos questionamentos feitos pelo relator.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já avaliado

Recomendações:

Entregar Relatório Final de Atividades.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto pode ser aprovado sem necessidade de encaminhar à CONEP

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Anexo 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimentos e atitudes em demências por parte dos médicos generalistas da rede de atenção básica à saúde

Pesquisador: Vania Ferreira de Sá Mayoral

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59005116.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Clínica Médica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.782.531

Apresentação do Projeto:

O presente projeto foi considerado como pendente para que o pesquisador esclareça dúvidas do relator referente aos procedimentos metodológicos.

Objetivo da Pesquisa:

Já avaliado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora respondeu aos questionamentos feitos pelo relator.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já avaliado

Recomendações:

Entregar Relatório Final de Atividades.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto pode ser aprovado sem necessidade de encaminhar à CONEP

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Anexo 2



Prefeitura de
BOTUCATU
Secretaria de
S a ú d e

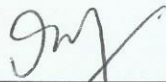
DECLARAÇÃO

DECLARO que tenho **CIÊNCIA E AUTORIZO** o desenvolvimento do **Projeto de Pesquisa** intitulado "**Conhecimentos e atitudes em demências por parte dos médicos e generalistas da rede de atenção básica à saúde**", a ser desenvolvido pela pesquisadora **Vânia Ferreira de Sá Mayoral** sob a orientação do **Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto**, junto a esta entidade.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os **Requisitos da Resolução 466 de Dezembro de 2012** e suas complementares e como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Botucatu, 23 de Novembro de 2016.



Valéria Maria Lopes Manduca Ferreira
Secretária da Saúde do Município de Botucatu

Valéria Maria L.M. Ferreira
Secretária da Saúde

Anexo 3



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Faculdade de Medicina
Departamento de Clínica Médica



Botucatu/SP - Rubião Júnior - CEP 18618-970 - TEL. 55-14-3880-1171 - FAX 55-14-3882-2238

Botucatu, 29 de novembro de 2016.

Ofício 004/2016

Para

Supervisão do Centro de Saúde Escola/FMB

Eu, Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto, docente do Departamento de Clínica Médica, como orientador da aluna Vânia Ferreira de Sá Mayoral, aprovada no concurso de Doutorado do Programa de Pós-graduação "Fisiopatologia em Clínica Médica", com o projeto de pesquisa sob título: "**Conhecimentos e atitudes em demências por parte dos médicos generalistas da rede de atenção básica à saúde**", venho solicitar que a pesquisa seja realizada nesta unidade de saúde. Ressalto que o referido projeto tem como abrangência para coleta de dados todas as Unidades Básicas de Saúde de Botucatu, as Unidades de Programa de Saúde da Família, o Centro de Saúde Escola e o Centro de Saúde 1.

A pesquisa é voltada para todos os médicos da rede municipal que atuam como Clínicos Gerais e a uma amostra de pacientes idosos também atendidos na rede. Os médicos serão convidados a participar da pesquisa. Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, os médicos responderão a dois questionários sobre conhecimentos e atitudes em demência. Em seguida, serão capacitados com seis aulas sobre demência, uma vez ao mês, durante seis meses. No final da capacitação, os médicos responderão novamente aos mesmos questionários.

Para os idosos a pesquisa se dará em duas etapas: 1. Rastreamento de 250 idosos, por meio da aplicação de um instrumento de rastreamento cognitivo que será o teste do Mini Exame do Estado Mental (MEEM); 2. Consulta ao prontuário dos idosos que apresentarem resultados abaixo do esperado no teste de rastreamento com o MEEM. O objetivo dessa consulta ao prontuário é saber se os médicos da rede de atenção básica de saúde, fizeram alguma anotação sobre a queixa cognitiva do idoso cujo teste mostrou suspeita de alteração cognitiva.

Além da pesquisadora principal, teremos dois alunos de iniciação científica que farão a aplicação do instrumento de rastreamento nos idosos e também, consultarão o prontuário conforme descrito acima: aluno do terceiro ano graduação médica: **Pedro Cavinato** e a aluna do segundo ano da graduação médica: **Ieda Hiromi**.

Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto - Orientador
Disciplina de Geriatria – Dept. de Clínica Médica FMB - UNESP



Botucatu/SP

UN

Centro de Saúde Escola - FMB
PROTÓCOLO N.º 1641/6
ENTRADA 01 12 16
SAÍDA DATA Supervisão

Kate

Ofício 004/2016

Para

Supervisão do Centro de Saúde

Eu, P

Médica, como orientador do
Doutorado do Programa de
pesquisa sob título: "**Conhec
da rede de atenção básica à
saúde**". Ressalto que o refe
Unidades Básicas de Saúde d
Saúde Escola e o Centro de S

A pe

como Clínicos Gerais e a um
serão convidados a particip
esclarecido, os médicos res
demência. Em seguida, serã
seis meses. No final da capac

Para

por meio da aplicação de un
Estado Mental (MEEM); 2. Co
esperado no teste de rastrei
médicos da rede da atenção
idoso cujo teste mostrou sus

Além

que farão a aplicação do in
conforme descrito acima: al
segundo ano da graduação n

Alu

Pr
Discipli

Anexo 4

Escala de Conhecimentos em demência

| |
|--|
| <p>1. Um clínico geral com uma lista de 1000 pessoas com 60 anos ou mais deve esperar ter o seguinte número aproximado de pessoas com demência nesta lista:</p> <ul style="list-style-type: none">A. 10B. 500C. 200D. 70E. Não sei. |
| <p>2. A partir dos 65 anos de idade, a prevalência de demências:</p> <ul style="list-style-type: none">A. Dobra a cada 5 anosB. Dobra a cada 10 anosC. Dobra a cada 15 anosD. Dobra a cada 20 anosE. Não sei |
| <p>3. Um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer é:</p> <ul style="list-style-type: none">F. Endurecimento das artériasG. IdadeH. Deficiências nutricionaisI. Exposição ao alumínioJ. Não sei |
| <p>4. Todas as seguintes são etiologias potencialmente tratáveis de demência, exceto:</p> <ul style="list-style-type: none">A. HipotireoidismoB. Hidrocefalia de pressão normalC. Doença de Creutzfeld-JakobD. Deficiência de vitamina B12E. Não sei |
| <p>5. Um paciente com suspeita de demência deve ser avaliado assim que possível, pois:</p> <ul style="list-style-type: none">A. O tratamento imediato contra a demência pode impedir o agravamento dos sintomasB. O tratamento imediato contra a demência pode reverter os sintomasC. É importante descartar e tratar sintomas reversíveisD. É melhor institucionalizar um paciente com demência já no início da doençaE. Não sei |
| <p>6. Qual dos procedimentos seguintes é necessário para confirmar definitivamente que os sintomas são causados pela demência?</p> <ul style="list-style-type: none">A. Mini Exame do Estado MentalB. Exame <i>pos mortem</i>C. Tomografia do cérebroD. Exame de sangueE. Não sei |
| <p>7. Qual das alternativas não é necessária na avaliação inicial de um paciente com suspeita de demência?</p> <ul style="list-style-type: none">A. Exame de função da tireoideB. Eletrólitos séricosC. Níveis de vitamina B e ácido fólicoD. Eletroforese de proteínasE. Não sei |
| <p>8. Qual das alternativas pode se assemelhar à demência?</p> <ul style="list-style-type: none">A. DepressãoB. Estado confusional agudoC. Derrame cerebralD. Todas as anterioresE. Não sei |
| <p>9. Quando um paciente apresenta um súbito início de confusão, desorientação e incapacidade de manter a atenção, esse quadro é mais compatível com o diagnóstico de:</p> <ul style="list-style-type: none">A. Doença de AlzheimerB. Estado confusional agudoC. Depressão maiorD. Demência vascularE. Não sei |

Escala de Conhecimentos em demência

10. Qual das seguintes opções está quase sempre presente na demência?

- A. Perda de memória
- B. Perda de memória e incontinência
- C. Perda de memória, incontinência e alucinações
- D. Nenhuma das anteriores
- E. Não sei

11. Qual dos seguintes achados clínicos melhor diferencia a demência vascular da demência da doença de Alzheimer?

- A. Problemas para encontrar palavras
- B. Perda de memória visual imediata (2 minutos)
- C. Desenvolvimento da doença em escada (patamares com estabilização, intercalados com declínio súbito)
- D. Presença de depressão
- E. Não sei

12. O efeito dos medicamentos anti demência atua em:

- A. Interromper temporariamente a doença em todos os casos
- B. Interromper temporariamente a doença em alguns casos
- C. Interromper temporariamente a doença em alguns casos, mas frequentemente causa danos ao fígado
- D. Interromper definitivamente a doença em alguns casos
- E. Não sei

13. Qual afirmação é verdadeira sobre o tratamento de pacientes com demência que estão deprimidos?

- A. Geralmente é inútil trata-los para a depressão, pois os sentimentos de tristeza e inadequação são parte da doença
- B. Tratamentos contra a depressão podem ser eficazes no alívio dos sintomas depressivos
- C. Medicamentos antidepressivos não devem ser prescritos
- D. A medicação correta pode aliviar os sintomas da depressão e prevenir um futuro declínio intelectual

14.A ABRAZ é a associação brasileira que fornece informações para pacientes e cuidadores com qual propósito?

- A. Ajudar as pessoas a entenderem melhor a doença, para que possam lidar de maneira mais adequada com os sintomas e tratamentos
- B. Atendimento médico ambulatorial gratuito
- C. Captação de pessoas com demência para pesquisas
- D. Todas as anteriores
- E. Não sei

Anexo 5

Escala de Atitudes em demências

Responda as seguintes perguntas assinalando o quanto você concorda ou discorda da assertiva.

| |
|--|
| <p>1. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p> |
| <p>2. As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p> |
| <p>3. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p> |
| <p>4. Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p> |
| <p>5. A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p> |
| <p>6. Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p> |
| <p>7. É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p> |
| <p>8. Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p> |
| <p>9. Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p> |
| <p>10. A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p> |

Anexo 6

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pacientes

Conhecimentos e atitudes em demências por parte dos médicos generalistas da rede de atenção básica à saúde

Eu, _____, R.G: _____, declaro por meio deste termo que recebi o convite e concordei em participar da pesquisa intitulada acima, desenvolvida na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Fui informado (a) pelo pesquisador Vânia Ferreira de Sá Mayoral ainda, de que este estudo é coordenado pelo Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone 14-3880-1720

Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, no qual serei submetido a rastreio de alteração cognitiva por meio de um instrumento denominado Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Estou ciente de que este instrumento é composto de perguntas sobre avaliação de domínios cognitivos, entendi que não sofrerei nenhum dano em consequência desta avaliação.

Também fui informado de que, caso venha apresentar alteração nesse teste de rastreio serei encaminhado ao ambulatório de queixas cognitivas do idoso, cujo prestador é a Dra. Vânia Ferreira de Sá Mayoral, onde serei submetido a outras avaliações neurocognitivas e darei continuidade ao acompanhamento se houver confirmação que estou apresentando transtorno cognitivo.

Fui informado que durante a pesquisa, não será coletado exame de sangue. Afirmo, ainda, que aceitei participar do estudo, por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para com o sucesso da pesquisa.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar o pesquisador responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP situado em Rubião Jr ou pelo telefone (14) do CEP (14) 3880-1608 e 3880-1609.

O pesquisador desta pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do participante do estudo

Pesquisadora: Dra Vânia Ferreira de Sá Mayoral
CRM 91699 – e-mail : Vmayoral@fmb.unesp.br
Telefone VOIP; 0(xx) 14 3880-1720 Celular 0(xx)11 – 99543-3882

Apêndice 1

Pesquisa sobre “Conhecimentos e atitudes em demências por parte dos médicos generalistas da rede básica em saúde”.

| | |
|--|-----------------------|
| 1-Nome: | 2-Idade (anos) |
| 3-- Há quanto tempo você atua como médico? 1-5 anos <input type="checkbox"/> 6-11 anos <input type="checkbox"/> 12-17 anos <input type="checkbox"/> >18 anos <input type="checkbox"/> | |
| 4-Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | |
| 5-Raça: Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> | |
| 6- Você teve aula sobre demência durante o seu curso de graduação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| 7-Você fez algum curso extracurricular sobre demência durante sua graduação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| 8-Você fez Residência médica? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se você respondeu “Sim”: Em qual área? _____ | |
| 9-Você gostaria de receber cursos de atualizações sobre Demência? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| Pesquisadora Dra Vânia Ferreira de Sá Mayoral Médica Geriatra – CRM 91699 Contato:Fone; 0(xx) 11 -9 9543 3882 e-mail. Vmayoral@fmb.unesp.br | |

Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Médicos

Conhecimentos e atitudes em demências por parte dos médicos generalistas da rede de atenção básica à saúde.

Eu, _____, R.G: _____, declaro por meio deste termo que recebi o convite e concordei em participar da pesquisa intitulada acima, desenvolvida na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Fui informado (a) pelo pesquisador Vânia Ferreira de Sá Mayoral ainda, de que este estudo é coordenado pelo Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone 14-3880-1720

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para com o sucesso da pesquisa.

Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. No primeiro momento responderei perguntas de dois questionários sobre conhecimentos e atitudes em demência, cujo tempo gasto para responde-los será de aproximadamente 15 minutos.

No segundo momento serei capacitado por meio de 6 aulas sobre o tema “demências” em horário a ser estabelecido junto ao coordenador da Secretaria de Saúde da Cidade de Botucatu, com duração de 60 minutos cada aula. Após esta capacitação, responderei novamente aos mesmos questionários do primeiro momento da pesquisa.

Fui informado que caso eu não queira participar do estudo, não serei penalizado de forma alguma, tendo em vista que a participação em pesquisas é totalmente de livre escolha e vontade do sujeito convidado com base na Resolução 466/12.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar o pesquisador responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP situado em Rubião Jr ou pelo telefone (“(14) 3880-1608 e 3880-1609”

O pesquisador desta pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do participante do estudo

Pesquisadora: Dra Vânia Ferreira de Sá Mayoral
CRM 91699 – e-mail : Vmayoral@fmb.unesp.br
Telefone VOIP; 0(xx) 14 3880-1720 Celular 0(xx)11 – 99543-3882

**Conhecimentos e atitudes em demências por parte dos médicos
generalistas da rede de atenção básica à saúde**

Dra. Vânia Ferreira de Sá Mayoral
Médica - Geriatra
CRM 91699e-mail: vmayoral@fmb.unesp.br FONE: 11-995433882 VOIP: 1720
Definição da demência e critérios diagnósticos

I. Introdução

A população de idosos no mundo é de aproximadamente 900 milhões de pessoas e a maioria vive em países relativamente pobres, A expectativa de vida tende a ser cada vez maior. Uma das consequências do envelhecimento é o aumento na prevalência de doenças crônicas e neurodegenerativas. Mudanças no estilo de vida e de comportamento, por exemplo, alto consumo de alimentos industrializados, sedentarismo, tabagismo que, associados ao envelhecimento celular, e ao estresse da trajetória da existência no mundo competitivo, faz parte do novo contexto de sobrevivência. Dentre as doenças neurodegenerativas a demência na doença de Alzheimer (DDA) é a mais prevalente nos idosos acima 60 anos de idade.

II. Definição e critérios diagnósticos

Doença de Alzheimer é caracterizada por déficits cognitivos progressivos e alteração de comportamento devido anormalidades em estruturas cerebrais .

Os sintomas comuns da doença incluem:

1. Perda de memória (presente em todos os casos de DA)
2. Confusão
3. Alteração de julgamento
4. Mudanças de personalidade
5. Desorientação
6. Alteração de linguagem

A doença de Alzheimer denominada familiar (3%) ocorre antes dos 60 anos de idade em consequência de mutações genéticas. O segundo grupo (97%), denominado DA de início tardio, surge a partir dos 60 anos de idade e o principal fator de risco é o envelhecimento cerebral e não mutações.

A DA de início tardio tem sido associada a com muitos fatores de risco, tais como: hipercolesterolemia e outros fatores de risco vasculares, história de trauma na cabeça e baixo nível educacional, sexo feminino e, também, fator de risco genético, por exemplo, portadores do alelo $\epsilon 4$ do gene da Apolipoproteína E (APOE).

A doença de Alzheimer (DA) representa 72% dos casos de demência. Os critérios de definição da DA foram revisados

em 2011 e, estabeleceu-se que a DDA apresenta alteração de memória episódica nos estágios iniciais, com prejuízo gradual e progressivo. Além disso, o indivíduo pode apresentar alteração em outro domínio cognitivo que deve ser comprovado através de avaliação objetiva.

O diagnóstico definitivo da DA é realizado apenas através de biópsia pós morte. Para fortalecer o diagnóstico clínico da DA, foram incluídas outras análises tais como exames de imagem e laboratorial descritos no quadro 1. Esses marcadores concordam com exame anatomopatológico em 90% dos casos.

Quadro 1 - Marcadores de demência.

| | |
|---|--|
| 1-ATROFIA DO LOBO TEMPORAL MEDIAL. | |
| 2-BIOMARCADORES ANORMAIS DO LÍQUIDO CEFALORRAQUIANO: | - BAIXA CONCENTRAÇÃO DE BETA AMILOIDE <i>B42</i> . - AUMENTO NA CONCENTRAÇÃO DA PROTEÍNA <i>TAU TOTAL</i> . |
| 3-AUMENTO NA CONCENTRAÇÃO DA <i>TAU</i> FOSFORILADA. | |
| 4-OU COMBINAÇÃO DAS TRÊS ANTERIORES. | |
| 5-NEUROIMAGEM FUNCIONAL COM TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS - PET: AVALIA A REDUÇÃO DO METABOLISMO DA GLICOSE EM REGIÕES PARIETO-TEMPORAL. | |
| 6-MUTAÇÃO AUTOSSÔMICA DOMINANTE DA DOENÇA DE ALZHEIMER. | |

Segundo dados do DSM-V, a DA está incorporada na categoria do “transtorno neurocognitivo” que pode ser “menor” ou “maior”. O transtorno neurocognitivo menor (TCm) refere-se ao Comprometimento cognitivo leve ou CCL(quadro 2), termo muito utilizado nos artigos científicos. O indivíduo com TCm ou CCL apresenta declínio cognitivo em relação ao nível de funcionalidade prévia em um ou mais domínios cognitivos. Esse declínio pode ser referido pelo próprio paciente, pelo informante (familiar, vizinho, amigo) e pelo médico. No indivíduo com CCL não ocorre perda da autonomia ou independência, ou seja, indivíduo portador de CCL tem vida familiar e social normal.

Quadro 2 – Transtorno cognitivo

| TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MENOR OU (CCL) | |
|--|---|
| REFERIDO | PRÓPRIO PACIENTE FAMILIAR, AMIGO, VIZINHO, OUTRA PESSOA MÉDICO |
| TESTES COGNITIVOS | REALIZADOS PELO MÉDICO OU POR NEUROPSICÓLOGO. |
| ALTERAÇÕES COGNITIVAS | NÃO INTERFEREM NA INDEPENDÊNCIA DO INDIVÍDUO, MESMO QUE ELE ESTEJA USANDO MEIOS COMPENSATÓRIOS. |
| TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR | |
| TESTES COGNITIVOS | ALTERADOS EM DOIS OU MAIS DESVIOS PADRÕES ABAIXO DO ESPERADO. |
| ALTERAÇÕES COGNITIVAS | INTERFEREM NA INDEPENDÊNCIA |

Devem ser excluídos, dos transtornos cognitivos, os casos de indivíduos com delírio ou outro transtorno mental como esquizofrenia ou depressão. O Quadro 3 mostra o Código internacional (CID 10) da DA e das demências.

Quadro 3- CID-10 – Código Internacional das Doenças

| Doenças | CID-10 |
|---|--------|
| DOENÇA DE ALZHEIMER | G-30 |
| DOENÇA DE ALZHEIMER DE INÍCIO PRECOCE | G30.0 |
| DOENÇA DE ALZHEIMER DE INÍCIO TARDIO | G30.1 |
| OUTRAS FORMAS DE DOENÇA DE ALZHEIMER | G30.8 |
| DOENÇA DE ALZHEIMER NÃO ESPECIFICADA | G30.9 |
| | |
| DEMÊNCIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER | F00 |
| DEMÊNCIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER DE INÍCIO PRECOCE | F00.0 |
| DEMÊNCIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER DE INÍCIO TARDIO | F00.1 |
| DEMÊNCIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER DE FORMA ATÍPICA OU MISTA | F00.2 |

No Brasil o diagnóstico das demências é realizado com base nos critérios do DSM-V e das recomendações da Academia Brasileira de Neurologia (ABN) e são descritos abaixo:

1. Critérios diagnósticos do DSM-V (Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais)

O comprometimento cognitivo é detectado e diagnosticado mediante combinação:

- Anamnese com o paciente e informante que tenha conhecimento da história;
- Da avaliação cognitiva objetiva, mediante exame breve do estado mental.

Os comprometimentos cognitivos ou comportamentais afetam no mínimo dois dos seguintes domínios:

- Memória
- Função executiva
- Habilidades visuo-espaciais
- Linguagem
- Personalidade ou comportamento

a. **Comprometimento Cognitivo Leve (CCL)** devido à DA (modificado de Albert et al., 2011). Existem dois critérios que podem ser utilizados para o diagnóstico de CCL devido à DA:

- **Critérios clínicos centrais:** para uso na prática clínica, sem a necessidade de testes ou procedimentos altamente especializados;
- **Critérios de pesquisa clínica:** que incorporam informações obtidas a partir do uso de biomarcadores e são destinados sobretudo para contextos de pesquisa, centros especializados e ensaios clínicos.

b. Para o diagnóstico de **DA pré-clínica** a detecção dos biomarcadores, estudo cerebral de neuroimagem estrutural, metabólica (PETscan) e de fluxo cerebral

(SPECT) é voltada apenas para pesquisa porque necessita de validação experimental.

c. Critérios clínicos principais para o diagnóstico de **demência de qualquer etiologia:**

- Demência é diagnosticada quando há sintomas cognitivos ou comportamentais (neuropsiquiátricos) que:
- Interferem com a habilidade no trabalho ou em atividades usuais;
- Representam declínio em relação a níveis prévios de funcionamento e desempenho e
- Não são explicáveis por *delirium* (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica maior.

d. Critérios clínicos centrais da **demência da DA e da doença de Alzheimer:**

• **Demência da doença de Alzheimer provável** (modificado de McKhann et al., 2011) (9). Preenche critérios para demência e tem adicionalmente as seguintes características:

- Início insidioso (meses ou anos).
- História clara ou observação de piora cognitiva.

Déficits cognitivos iniciais são mais proeminentes em uma das seguintes categorias:

- Apresentação amnésica (deve haver outro domínio afetado).
- Apresentação não-amnésica (deve haver outro domínio afetado).
- Linguagem (lembranças de palavras).
- Visual-espacial (cognição espacial, agnosia* para objetos ou faces, simultaneoagnosia e alexia).
- Funções executivas (alteração de raciocínio, julgamento e solução de problemas).

*agnosia=não consegue descrever o objeto, mas consegue vê-lo.

- Tomografia ou, preferencialmente, ressonância magnética do crânio deve ser realizada para excluir outras possibilidades diagnósticas ou comorbidades, principalmente a doença vascular cerebral.

❖ Os seguintes itens, quando presentes, aumentam o grau de confiabilidade do diagnóstico clínico da demência da DA provável:

- Evidência de declínio cognitivo progressivo, constatado em avaliações sucessivas;
- Comprovação da presença de mutação genética causadora de DA (genes da APP e presenilinas 1 e 2);
- Positividade de biomarcadores que reflitam o processo patogênico da DA (marcadores moleculares através de PET ou Líquor; ou neuroimagem estrutural funcional).

✓ O diagnóstico de demência da DA provável não deve ser aplicado quando houver

- Evidência de doença cerebrovascular importante definida por história de AVC temporalmente relacionada ao início ou piora do comprometimento cognitivo; ou presença de infartos múltiplos ou extensos; ou lesões acentuadas na substância branca evidenciadas por exames de neuroimagem; ou
- Características centrais de demência com corpos de Lewy (alucinações visuais, parkinsonismo e flutuação cognitiva); ou
- Características proeminentes da variante comportamental da demência Frontotemporal (hiperoralidade, hipersexualidade, perseveração); ou
- Características proeminentes de afasia progressiva primária manifestando-se como a variante semântica (também chamada demência semântica, com discurso fluente, anomia, e dificuldades de memória semântica) ou como a variante não-fluente, com agramatismo importante; ou
- Evidência de outra doença concomitante e ativa, neurológica ou não-neurológica, ou de

uso de medicação que pode ter efeito substancial sobre a cognição.

❖ **Demência da doença de Alzheimer possível.**

O paciente preenche os critérios clínicos para demência da DA, porém apresenta algumas das circunstâncias abaixo:

- Curso atípico: início abrupto e/ou padrão evolutivo distinto daquele observado usualmente, isto é, lentamente progressivo.
- Apresentação mista: tem evidências de outras etiologias conforme detalhado no item 4 dos critérios de demência da DA provável (doença cerebrovascular concomitante; características de demência com corpos de Lewy; outra doença neurológica ou uma comorbidade não-neurológica ou uso de medicação as quais possam ter efeito substancial sobre a cognição).
- Detalhes de história insuficientes sobre instalação e evolução da doença.

❖ **Demência da doença de Alzheimer definida**

- O paciente preenche critérios clínicos e cognitivos para demência da DA e exame neuropatológico demonstra a presença de patologia da DA segundo os critérios do National Institute on Aging e do Reagan Institute Working Group.

III. Memória e envelhecimento normal

A memória pode sofrer comprometimento lento e progressivo no decorrer dos anos. Após os 50 anos de idade ocorrem muitas queixas de esquecimentos ou lentificação do pensamento, mas a grande maioria dos idosos mantêm-se autônomos e independentes, mesmo com leve esquecimento. O idoso saudável apresenta mais dificuldades para manejar a memória de curto prazo associada com as funções executivas. Do ponto de vista neuropsicológico, o idoso apresenta

redução na velocidade de processamento da informação e de sua recuperação. Até o momento, não há evidências científicas que justifiquem essas alterações. No entanto, sabe-se que o neurotransmissor, denominado Acetilcolina, pode estar envolvido no processamento da memória, e que a redução na sua produção poderia explicar as queixas de esquecimentos relativas ao envelhecimento.

IV. Anatomia cerebral

1. Revisão da Anatomia cerebral e sua importância nas doenças degenerativas.

O cérebro é constituído de células nervosas e células de apoio. As células nervosas são denominadas de neurônios e as células de apoio astrócitos e oligodendrócitos. Oitenta por cento (80 %) das células do cérebro estão no córtex cerebral. Todas as células estão sujeitas a danos no decorrer do processo de envelhecimento por meio de diversos fatores: extrínsecos e intrínsecos. Os fatores intrínsecos podem ser: genético, o gênero, circulatório, radicais livres e outros. Os fatores extrínsecos são: ambientais, sedentarismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, radiações, etc.

De acordo com a disposição das células no cérebro, podemos ter duas regiões distintas, mas que interagem entre si. O córtex cerebral é caracterizado pela presença dos núcleos dos neurônios que dão o aspecto característico da substância cinzenta. Portanto, é o local de "recepção e integração" de informações e respostas. Os prolongamentos dos neurônios, os axônios, estão localizados no interior do cérebro, abaixo do córtex e ao redor dos núcleos (estes constituídos de substância cinzenta). Portanto, a substância branca constitui a via de comunicação entre o SNC e regiões internas e externas a ele (Figuras 1 e 2).

Figura 1

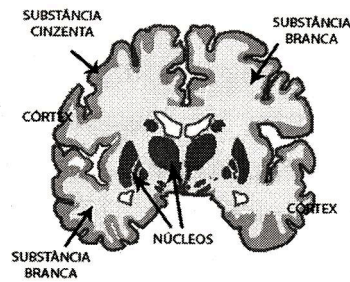
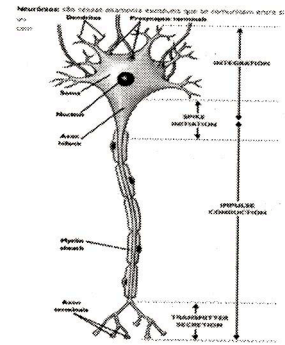


Figura 2



Corpo celular: é o centro metabólico do neurônio, responsável pela síntese de todas as proteínas neuronais. A forma e o tamanho do corpo celular são extremamente variáveis, conforme o tipo de neurônio. O corpo celular é também, junto com os dendritos, local de recepção de estímulos, através de contatos sinápticos, e constituem a substância cinzenta.

Dendritos: geralmente são curtos e ramificam-se profusamente à maneira de galhos de árvore em ângulos agudos, originando dendritos de menor diâmetro. São os processos ou projeções que **transmitem** impulsos para os corpos celulares dos neurônios ou para os axônios. Em geral os dendritos não são mielinizados. Um neurônio pode apresentar milhares de dendritos. Portanto, os dendritos são especializados em receber estímulos.

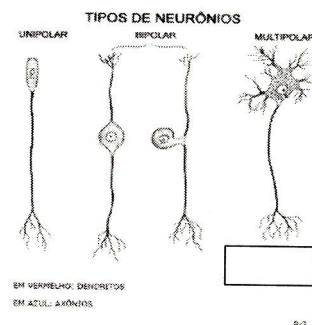
Axônios: a grande maioria dos neurônios possui um axônio, prolongamento longo e fino que se origina do corpo celular ou de um dendrito principal. O axônio apresenta comprimento muito variável, podendo ser de alguns milímetros como mais de um metro. São os processos que transmitem impulsos que deixam os corpos celulares dos neurônios, ou dos dendritos. A porção terminal do axônio sofre várias ramificações para formar de centenas a milhares de terminais axônios, no interior dos quais são armazenados os neurotransmissores químicos. Portanto, o axônio é especializado em gerar e conduzir o potencial de ação.

Tipos de neurônios (figura 3)

- **Unipolares:** Não são muito frequentes e constituem, por exemplo, as células sensoriais da retina e mucosa olfatória.

- **Bipolares:** São frequentes nas estruturas sensoriais: retina, mucosa olfatória.
- **Pseudounipolares:** possuem um corpo celular e somente um prolongamento, que se comporta como dendrito em uma de suas porções e como axônio na outra porção. Um exemplo típico deste tipo é representado pelos neurônios sensitivos dos gânglios sensitivos da medula espinal, responsáveis pela condução de impulsos nervosos de tato, pressão, calor frio etc.
- **Multipolares:** possuem um corpo celular, vários dendritos e um axônio. Constituem a maioria dos neurônios do tecido nervoso.

Figura 3



Os principais neurotransmissores envolvidos nas doenças neurodegenerativas como a DA, são a acetilcolina e a norepinefrina. Existem outros neurotransmissores como a epinefrina, serotonina, o GABA, as endorfinas que também apresentam papel importante nos quadros depressivos, sono, comportamento. A recepção do impulso nervoso ocorre nos dendritos, passando pelo corpo celular do neurônio e segue em direção ao axônio (figura 4). A transmissão do impulso nervoso alcança os terminais axônicos local de contato entre os neurônios. Nestas regiões estão presentes as vesículas pré-sinápticas contendo os neurotransmissores ou mediadores químicos, que vão efetivamente, dar continuidade ao impulso nervoso a outro neurônio, alcançando a membrana pós-sináptica do corpo celular do outro neurônio (figura 4).

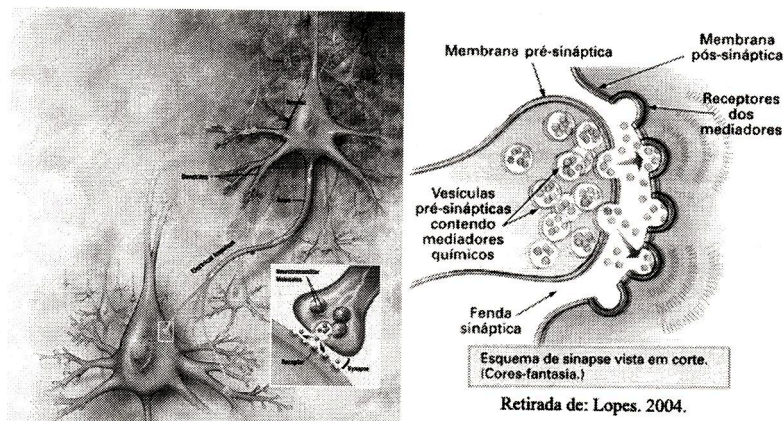


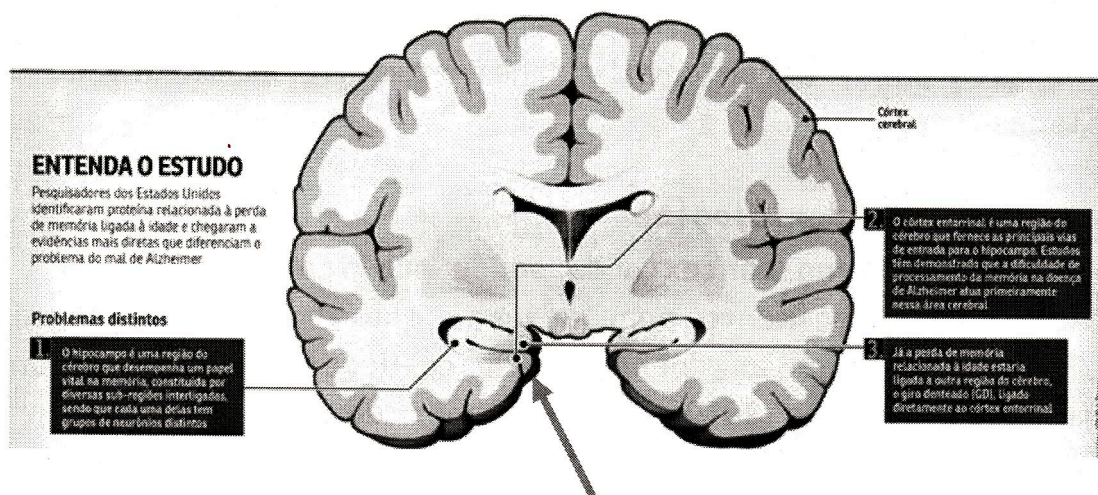
Figura 4

V. Fisiopatologia da Doença de Alzheimer

A fisiopatologia da doença de Alzheimer envolve alterações nas células (neurônios) e nos neurotransmissores. Macroscopicamente, ocorre atrofia no córtex temporal, principalmente na região de hipocampo. As principais características microscópicas são a presença das placas neuríticas (senis), dos emaranhados neurofibrilares e da angiopatia amiloide. As Placas neuríticas são aglomerados das terminações nervosas degeneradas, que ficam dispostas em torno de um núcleo amiloide central, que é o peptídeo B-amiloide. Esse peptídeo é derivado da proteólise (α -secretase e gama secretase) da molécula precursora de peptídeo amiloide (PPA) transmembrana.

Emaranhados Neurofibrilares: encontrados no citoplasma de neurônios alterados. São estruturas resistentes que consistem de proteínas fibrosas, enrolando-se umas com as outras de forma helicoidal, ficam nos neurônios até morrerem ou desaparecerem. Esses filamentos mostram em sua estrutura hiperfosforilação da proteína tau, que está associada aos micros túbulos dos axônios para reforçar a coesão dos micros túbulos. **Lembrar que algumas placas e emaranhados estão presentes em cérebros de pessoas idosas que não apresentam comprometimento cognitivo. Essas alterações estão envolvidas da deterioração intelectual da doença de Alzheimer.

*Em pessoas com a doença de Alzheimer essas alterações citadas anteriormente associadas a reação do componente glial, ocorrem precocemente no córtex “Entorrinal” em seguida se espalham pela formação hipocampal, isocórtex e finalmente para o neocórtex.



Entorrinal córtex

Alterações neurotransmissores

A acetilcolina (ACh) é um neurotransmissor que funciona como propagador do impulso nervoso nas fendas sinápticas.

| Acetilcolina | |
|-------------------------|--------------------------|
| Precursores=> | Colina e Acetil-CoA |
| Enzima sintetizadora=> | Colina acetiltransferase |
| Enzima metabolizadora=> | Acetilcolinesterase |
| Metabólitos=> | Colina e acetato |

Ocorre alteração importante no sistema colinérgico, principalmente com a diminuição (40%-90%) na atividade da colina acetiltransferase, sobretudo no córtex cerebral e hipocampo. Também estão diminuídas as atividades da precursora acetilcoenzima A (Coa), resultando em importante

diminuição dos níveis de acetilcolina. A butirilcolinesterase (BuChE) é uma enzima que, tal como a acetilcolinesterase, degrada a acetilcolina. No cérebro de indivíduos normais, a BuChE é encontrada em baixos níveis de concentração, no entanto está significativamente aumentada e intensamente distribuída nos cérebros das pessoas com doença de Alzheimer. À medida que as placas neuríticas adquirem uma estrutura compacta, há um aumento local de BuChE, sugerindo que esta possa estar envolvida diretamente na maturação das placas.

VI. Epidemiologia

• Demência no contexto da saúde pública

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e com ele surgem as doenças crônico-degenerativas. Segundo dados do IBGE de 2010, 14,5 milhões de brasileiros tinham mais de 60 anos de idade (8,6% da população total). Estima-se que o Brasil terá 216 milhões de habitantes em 2025 sendo que 32 milhões (14,8%) serão de idosos. Já em 2050 esse número alcançará 52 milhões de idosos. A expectativa de vida será de 81,2 anos. Segundo o World Report on Alzheimer, no ano de 2010 foram gastos 604 bilhões de dólares americanos com as demências e, em 2015, 818 bilhões. Em 2030 esses valores alcançarão 1 trilhão. Os gastos foram relacionados basicamente aos cuidados médicos, serviços sociais e cuidados informais.

Prevalência

A prevalência de demência no Brasil é 7,1%, baseada em estudos epidemiológicos realizados nas regiões sudeste e sul do Brasil. Não existem estudos sobre esses dados nas regiões norte e nordeste do país. Dados semelhantes são encontrados na América Latina 7,6%. Dois terços dos casos de demência estão relacionados à doença de Alzheimer (DA) e a sua prevalência dobra a cada 5 anos. A demência vascular (DV) é responsável por 15 a 20% dos casos. Há aumento da prevalência da demência mista (DA+DV). Em menor número vêm outros tipos de demência como, por exemplo, a Demência frontotemporal (DFT), a Doença de Huntington, a demência na doença de

Parkinson entre outras. Acima dos 85 anos há maior prevalência de demência mista. Em relação as doenças crônicas mais comuns por gênero, a prevalência de demência é de 59% para mulheres e 41% para os homens. Diferente da prevalência das doenças cardiovasculares de 60%, de câncer 59% e diabetes 58% para os homens. Somente o Acidente vascular cerebral não existe diferença na prevalência entre homens e mulheres (50%).

VII. Importância do envelhecimento e políticas públicas de saúde.

Sabendo que o processo de envelhecimento populacional é um processo irreversível, é fundamental discussões urgentes e planejamento acerca de futuras políticas públicas direcionadas a este segmento etário e voltadas para a complexidade do envelhecer. Não existem, atualmente, projetos direcionados à detecção e prevenção das demências. A justificativa é que não há evidências claras para que se faça o rastreamento de idosos com alteração cognitiva pelo fato de não existirem tratamentos medicamentosos.

Porém, a detecção precoce das queixas cognitivas são objeto da alta qualidade em serviços de geriatria. Existem evidências para rastreamento de idosos com queixas cognitivas, para detecção das causas reversíveis de demência: o hipotireoidismo, a deficiência de vitamina B12, hidrocefalia de pressão normal, quadros depressivos que causam pseudodemências, delirium, doenças cardiovasculares, hematoma subdural e, sobretudo, identificar os indivíduos para manejo das multicomorbidades que são terreno fértil para o desenvolvimento de demências.

As demências resultam em consequências severas, tanto para o indivíduo portador da doença, bem como para familiares e poder público. Altos custos estão envolvidos no tratamento e cuidados da demência. O desenvolvimento de doenças crônicas nos cuidadores têm sido motivo de estudos atualmente. Estudos mostram que tanto idosos, familiares e também médicos acreditam que a queixa de esquecimento da pessoa idosa é consequência do envelhecimento. No entanto, existem as causas reversíveis de demência, a mais prevalente

é a depressão, subdiagnosticada nos idosos em serviços de cuidados primários.

VIII. Depressão no idoso

Byers e Yaffe, 2011, através de revisão com 16 estudos clínicos concluíram que depressão de surgimento precoce (antes dos 60 anos) foi um fator de risco consistente para demência e que 9 a 25% dos pacientes idosos com depressão e ou demência reversível progridem para demência irreversível a cada ano.

Morimoto e Alexopoulos, 2013 concluíram que idosos com depressão podem estar no estágio inicial de demência, sugerindo que a depressão seja pródromo de demência. Outro autor Kang et al., 2014 refere que déficit cognitivo no idoso, ainda que parcialmente reversível, presente em quadros moderados a graves de depressão maior, parece ser um forte preditor de demência.

A depressão é responsável por 30% dos casos de demência, e idosos com DA podem ter depressão em 50% dos casos. As principais hipóteses estão relacionadas a fatores vasculares, processos inflamatórios e hipercortisolismo, que leva a redução da reserva cognitiva por atuar na inibição da neogênese, reduzir fatores neurotróficos deixando os neurônios vulneráveis aos efeitos da proteína amilóide. Por outro lado, o tratamento da depressão aumenta os níveis de fatores neurotróficos como o BDNF (brain derived neurotrophic factor).

Sabendo que os idosos não referem aos seus médicos que estão tristes, ou que estão desanimados por entenderem que esses comportamentos fazem parte do envelhecimento, é necessário que os médicos estejam atentos e questionem seus pacientes sobre o humor. Para isto, na prática diária, são utilizados alguns instrumentos de rastreio de depressão. Os dois instrumentos mais utilizados na literatura e na prática clínica são: o Patient Health Questionnaire PHQ2/9 (quadro 10) e a Escala de depressão geriátrica (Yesavage).

IX. Diagnóstico diferencial de depressão e demência

As principais alterações cognitivas que ocorrem nos idosos com depressão são as funções executivas (FE): volição, planejamento, ação intencional e desempenho efetivo.

Importante destacar que a função executiva alterada é preditora de baixa resposta ao tratamento com antidepressivos isoladamente. Outra alteração que deve ser avaliada está na atenção e no processamento da informação, que está lentificado. No entanto, o paciente conserva a informação aprendida. O quadro 5 mostra alguns parâmetros que facilitam diferenciar a depressão de um quadro demencial.

Quadro 5 – Diagnóstico diferencial de depressão e demência

| Parâmetro | Depressão | Demência |
|--|------------------------|---|
| Duração dos sintomas até a época da consulta | Curta | Longa |
| Data de início pode ser identificada com precisão | Usual | Pouco usual |
| Progressão rápida dos sintomas | Usual | Pouco usual |
| História de depressão | Usual | Menos usual |
| Queixas de perda cognitiva | Enfatizadas | Minimizadas no estágio tardio da doença |
| Descrição pelo paciente de sua perda cognitiva | Detalhada | Vaga |
| Incapacidade | Enfatizada | Ocultada no estágio tardio |
| Esforço para executar tarefas | Pequeno | Grande |
| Tentativa de ultrapassar a deficiência | Mínima | Máxima |
| Reação emocional | Grande aflição | Indiferença no estágio tardio |
| Humor | Deprimido | Lábil; deprimido; embotamento afetivo |
| Deterioração para atividades sociais | Precoce | Tardia |
| Comportamento congruente com a gravidade da perda cognitiva | Pouco usual | Usual |
| Atenção e concentração | Adequadas irreversível | DEFICIENTES |
| RESPOSTAS COMO “não sei” | Usuais | Pouco usuais |
| Respostas como “quase certo” | Pouco usuais | Usuais no estágio tardio |
| Perda de memória para eventos recentes comparada à perda de memória para eventos remotos | Igual | Maior |
| Perda de memória lacunar | Usual | Pouco usual |
| Desempenho em tarefas com dificuldade semelhante | Variável | Consistente |

Fonte: Tratado de Geriatria 5ª edição (ver)

O idoso com alteração cognitiva de rápida evolução deve ser investigado para causas potencialmente reversíveis tais como uso de fármacos (quadro 6), doenças infecciosas (meningite crônica, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), neurosífilis). As causas nutricionais como a deficiência de vitamina B12, pelagra, deficiência de folato, deficiência de tiamina, alcoolismo e a pseudodemência depressiva. Os distúrbios hidroeletrólíticos são prevalentes nos pacientes internados e são importantes causas de distúrbios cognitivos agudos. A desidratação, hipoxemia, insuficiência hepática e a renal devem ser afastadas. Outras causas de demência reversível são as doenças do colágeno (Lúpus, arterite temporal, vasculite, sarcoidose, púrpura trombocitopênica trombótica); as causas neurológicas (hidrocefalia de pressão normal, neoplasias) e endócrinas

(hipotireoidismo, paratireoidismo; idosos portadores da síndrome da apneia do sono (SAOP), insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfim, o médico deve estar atento a qualquer mudança cognitiva do idoso e aplicar medidas de tratamento o mais rápido possível para que o indivíduo restabeleça sua funcionalidade e independência.

Quadro 6- Substâncias potencialmente causadores de déficit cognitivo

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Antidepressivos tricíclicos (Amitríptilina) | | |
| Antipsicóticos (haloperidol, risperidona, quetiapina, etc) | | |
| Benzodiazepínicos (todos) | | |
| Lítio | | |
| Anticolinérgicos | | |
| Anti-hipertensivos | Alfa metildopa Propranolol Clonidina Diuréticos | |
| Anticonvulsivantes | Barbitúricos <ul style="list-style-type: none"> • Fenobarbital • Tiopental • Fenitoína *Carbamazepina (hiponatremia) | |
| Anti histamínicos | | |
| Anti parkinsonianos | Levodopa Bromocriptina Pergolida | |
| Cardiovasculares | Digitálicos Quinidina Procainamida | |
| Outros | Corticosteróides Cimetidina Metoclopramida Antibióticos (Quinolonas) Agentes anti neoplásicos | Codeína Morfina Oxicodona |

A prevenção e o tratamento de depressão no idoso, a retirada ou troca de medicamentos, quando for possível, deve fazer parte da avaliação do idoso com queixa cognitiva. O quadro 7 mostra alguns fatores de risco bem estudados que mostram correlação importante para o aparecimento de depressão e seu tratamento.

Quadro 7 - Fatores de risco para depressão e tratamento

| FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO | | | |
|--|--------------|------------------|---------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL • DEGENERAÇÃO MACULAR • BAIXO SUPORTE SOCIAL • SINTOMAS SUBLIMINARES | | | |
| TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO | | | Medicamentoso |
| AVALIAR AS FUNÇÕES EXECUTIVAS PARA ACOMPANHAR A RESPOSTA AO TRATAMENTO | Psicoterapia | Atividade física | Inibidores da recaptção da serotonina |

Tendo em vista que o atendimento primário é a porta de chegada do idoso para os cuidados de sua saúde, é importante que a abordagem dos potenciais fatores de risco que atuam sobre os idosos devem ser investigados. Lembrando que o idoso não vai referir ao seu médico, na maioria das vezes, que sofreu queda, que está triste, que está esquecido. A equipe de saúde da rede de atenção primária deve estar atenta a pessoa idosa, no momento em que ela busca qualquer atendimento. Portanto, não somente os médicos, mas também, equipe de enfermagem deve realizar o rastreio de causas de prejuízo cognitivo.

A aplicação do mini exame do estado mental (MEEM) (quadro 9), pode ser realizada por qualquer indivíduo treinado; é o teste de rastreio mais utilizado no mundo todo. É um teste de rápida aplicação para rastreio de distúrbios cognitivos e também, para avaliação da gravidade e da intensidade de declínio cognitivo. Ele consiste em questões que são agrupadas para avaliar cinco domínios cognitivos: Atenção, Orientação, Cálculo, Linguagem e Construção visuo-espacial. O score total é de 30 e o ponto de corte com base na escolaridade (final do quadro 9).

O MEEM apresenta algumas limitações para pacientes nas fases mais tardias da doença, indivíduos com afasia (sequela de AVC), idosos com depressão que pode prejudicar o rendimento durante a avaliação.

O rastreio das alterações de humor pode ser realizado através das duas primeiras perguntas do PHQ2/9. Se o resultado for positivo, a avaliação deve continuar com a realização das outras questões.

Medidas preventivas para o aparecimento de demência, já comprovadas através de estudos são orientação de mudanças de hábitos, dieta saudável, prática de atividade física, cessar e evitar o tabagismo, dormir bem, evitar o estresse, manter rede social. Diagnosticar e tratar as causas reversíveis (ex. hipotireoidismo, dor etc.).

Os tratamentos medicamentosos das demências modificam os sintomas e não a doença. Existem, até o momento, três inibidores da enzima acetilcolinesterase (quadro 8):

Quadro 8 - Inibidores da Acetilcolinesterase

| | | | |
|---|--|------------------------|--|
| Aumentar a dose gradativamente cada 3 semanas | Donepezila Dose única | Inicia com: 5mg | Após jantar |
| | | Máxima: 10 mg | |
| | Rivastigmina Duas vezes ao dia | Inicia com: 1,5 mg | 2x ao dia. Após café da manhã e jantar. |
| | | 3 mg | 2 x ao dia. |
| | | 6 mg Máx. 12 mg/dia | 2 x ao dia. |
| | Se o paciente apresentar intolerância quando a dose for aumentada, duas coisas podem ser feitas: 1-Volta na dose que o paciente tolerou; 2-Troca o medicamento por outro anticolinesterásico, até encontrar o medicamento que o idoso tolera. Obs. Existem casos em que o paciente não tolera nenhum dos três medicamentos. | | |
| | Galantamina Dose única | Inicia com: 8mg | Após café da manhã |
| | 16mg | | |
| | 24mg (máx). | | |

Na fase moderada da demência deve ser introduzida a Memantina que é um inibidor do receptor NMDA (*N*-methyl-D-aspartate receptor antagonist memantine). Este medicamento deve ser iniciado da seguinte forma:

| Semana | Após café da manhã | Após jantar |
|------------------------|--------------------|-------------|
| Primeira semana | 5mg | zero |
| Segunda semana | 5mg | 5mg |
| Terceira semana | 10mg | 5mg |
| Quarta semana | 10mg | 10mg |

OBS: Não prescrever esses medicamentos nas fases tardias das demências. Com exceção daqueles casos para os quais o medicamento está sendo usado para controle de sintomas comportamentais.

Para saber em que fase da doença o paciente se encontra, ele deve ser avaliado através do CDR- Clinical Dementia Rating (Anexo 1). De forma geral, o CDR é uma escala usada para caracterizar seis domínios da performance cognitiva e funcional aplicável para a DA e demências relacionadas: Memória, Orientação, julgamento, e Resolução de problemas, relações com a comunidade, Lar e Passatempos,

cuidados pessoais. A pontuação é dada através da soma dos resultados obtidos.

Memória é considerada a categoria primária e todas as outras são secundárias:

Como pontuar o CDR? Comece avaliando a Memória

| DOMÍNIOS | SCORE MEMÓRIA | SCORE Secundárias | Score CDR |
|----------|---------------|---|-----------|
| MEMÓRIA | 0,5 | +3 SECUNDÁRIOS \geq OU = 1 | 1 |
| MEMÓRIA | 0,5 | NENHUM SECUNDÁRIO | 0,5 |
| MEMÓRIA | 0 | NENHUM SECUNDÁRIO | 0 |
| MEMÓRIA | 0 | Se 2 OU MAIS SECUNDÁRIOS = 0,5 ou maior | 0,5 |
| MEMÓRIA | 0,5; 1;2;3 | Uma categoria secundária = 3 Duas categorias secundária = 2 Duas categorias secundárias = 1 | M |
| MEMÓRIA | 0,5;1;2;3 | 1 ou 2 secundárias na mesma pontuação M | M |
| MEMÓRIA | 1 | CDR NÃO PODE SER ZERO | M |

Morris, J.C. (1993). The clinical dementia rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43(11), 2412-2414

O escore do CDR deve sempre ser dado pelo escore mais próximo do domínio Memória. Por isto, quando CDR = 0,5 e a Memória é zero, é porque as categorias secundárias que prevaleceram foram as mais próximas do domínio memória, ex. em orientação o paciente teve 0,5 e nas relações comunitárias ele teve 1, o CDR dele é 0,5.

X. Atitudes em demencia nos serviços de cuidados primários

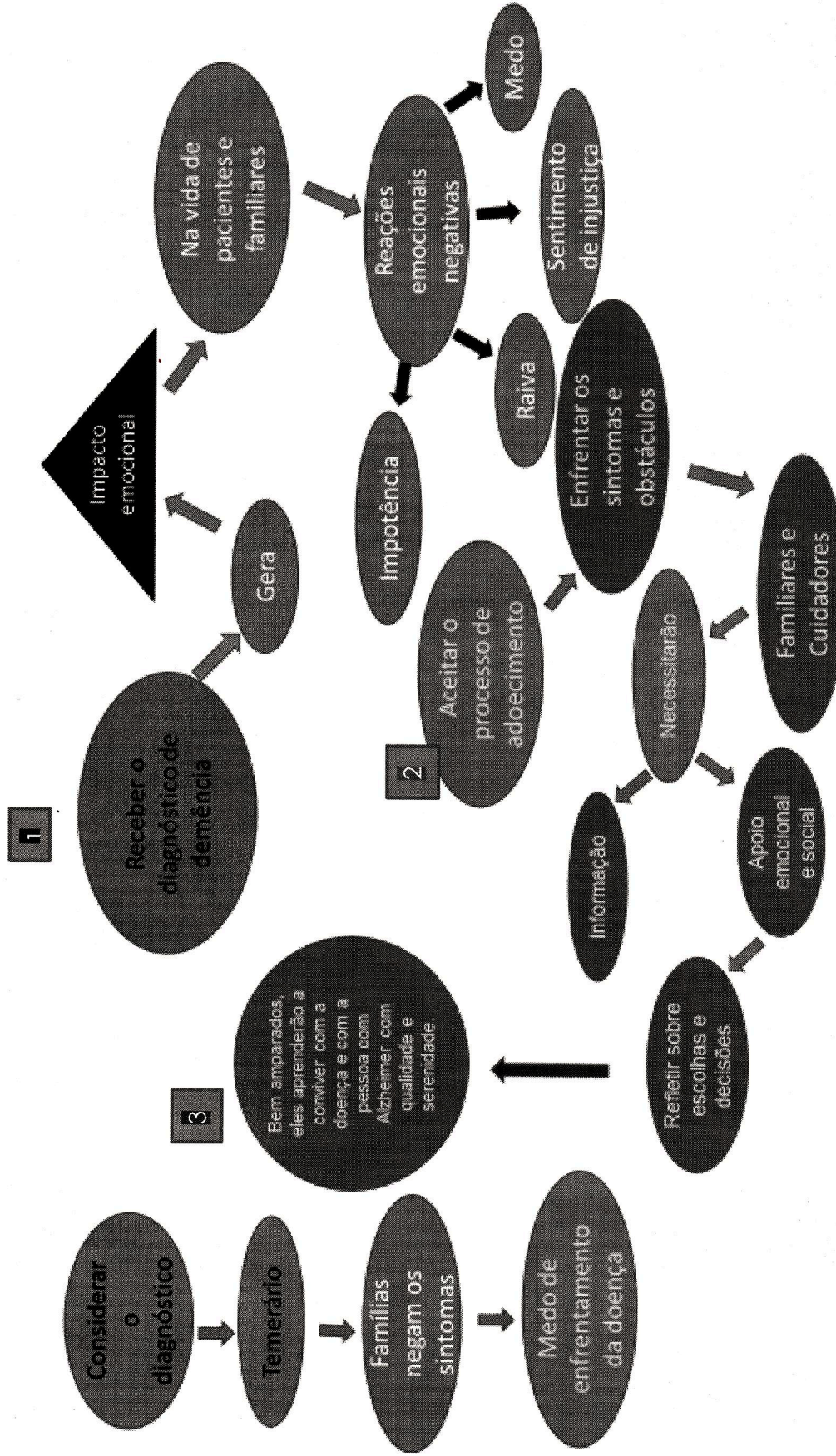
Estudos mostram que pacientes recusam o diagnóstico de demência quando o screening é positivo. Essa recusa está relacionada a idade, etnia e percepção dos sintomas, medo de perder a independência (dirigir veículos, seguro de vida etc.).

O screening deve ser realizado com cuidado para não sobrecarregar os serviços especializados com excesso de encaminhamentos de casos que não são realmente de demência. Por outro lado, o benefício do screening para alterações cognitivas é a detecção precoce dos idosos em risco de desenvolver demencia, que apresentam fatores de risco potencialmente tratáveis e reversíveis.

Diversos estudos mostram que os médicos generalistas não abordam seus pacientes sobre queixa cognitivas, mas que gostariam de tratar seus pacientes com diagnóstico de demência.

Um estudo realizado no Reino Unido mostrou que é necessário melhorar o acesso aos serviços de saúde, e mudança significativa na organização dos cuidados: profissionais, cuidadores e familiares deveriam trabalhar em parceria. Quando há flexibilidade nos serviços, ocorre maior detecção de pessoas portadoras de fatores de risco. Observou também que é necessário maior colaboração de especialistas nos cuidados primários.

Dividir tarefas entre familiares envolvidos com a pessoa idosa (psicólogos). Incentivar os idosos com demência manter atividade física, praticar a comunicação (Terapeutas Ocupacionais). Os idosos com sintomas comportamentais devem ser manejados por especialistas. Porém, o clínico deve ter conhecimento básico dos sintomas comportamentais e psicológicos das demências (SCPD). O manejo dos SCPD sem medicamentos deve ser a primeira opção de tratamento. Quando essas medidas falharem os antipsicóticos podem ser utilizados com cautela. Inicia-se com doses baixas, de acordo com o grau de alteração comportamental. Ex. Quetiapina com dose inicial: 25mg cedo ou à noite, ou 1 hora antes dos SCPD quando há o “fenômeno do entardecer”. Abaixo está um mapa conceitual que mostra a interrelação do impacto do diagnóstico de demência, para todos os envolvidos no processo do adoecer.



Mapa conceitual - Impacto da demência nos pacientes, familiares e cuidadores

XI. Estresse do Cuidador gera as seguintes situações:

1. Diminuição da independência
2. Restrição de tempo para atividades pessoais
3. Problemas sexuais
4. Privação do sono
5. Vive exclusivamente por a pessoa doente
6. Isolamento
7. Falta de apoio social

XII. Redução do estresse - Depende de equipe multidisciplinar

1. Apoio emocional
2. Social
3. Familiar
4. Criar alternativas de cuidados para o cuidador e o paciente demenciado.

XIII. Conclusão

Os serviços de atenção básica à saúde têm um papel fundamental na detecção e prevenção do surgimento das doenças neurodegenerativas. A doença de Alzheimer e a demência vascular compartilham fatores de risco modificáveis. Os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados do adulto, devem estar capacitados na prevenção das doenças crônicas que serão cada vez mais prevalentes em consequência do envelhecimento populacional.

Quadro 9- Escore do Mini exame do estado mental de acordo com Brucki et al, 2003.

| Mini Exame do Estado Mental | |
|--|---------------------------|
| Escolaridade em anos: | Pontuação |
| Orientação Temporal | Total de pontos =5 |
| Dia da semana | /1 |
| Dia do mês | /1 |
| Mês | /1 |
| Ano | /1 |
| Hora aproximada | /1 |
| Orientação | Total de pontos =5 |
| Local que estamos (específico) consultório, sala do médico | /1 |
| Local que este (amplo) Hospital, Unesp, Rubião | /1 |
| Bairro ou rua próxima | /1 |
| Cidade | /1 |
| Estado | /1 |
| Memória imediata | Total de pontos =3 |
| Vaso, Carro, Tijolo | /3 |
| Atenção e cálculo (Subtrair 7 a partir do 100 até 65) (1 ponto para cada acerto) (100-7) (93-7), (86-7), (79-7), (72-7) 65 | Total de pontos =5 |
| Memória de evocação | Total de pontos =3 |
| Vaso, carro, tijolo | /3 |
| Linguagem | Total de pontos=8 |
| Nomeação (deixe o relógio e a caneta na mesa) | |
| Relógio | /1 |
| Caneta | /1 |
| Repetir (Repita a frase após eu terminar de falar) "nem aqui, nem ali, nem lá" | /1 |
| Comando (fale somente uma vez) "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no seu colo" | /3 |
| Ler e executar ("Vou te mostrar uma frase, quero que leia e faça o que está escrito") "FECHE OS OLHOS" | /1 |
| Escreva uma frase (qualquer coisa que o Sr (a) quiser, ou queira falar para alguém. | /1 |
| Vísuo-espacial | Total de ponto=1 |
| Copiar o desenho do pentágono (Vou te mostrar uma figura quero que copie, pode olhar a figura) | /1 |
| Total: | /30 |

Quadro 9- Escore do Mini exame do estado mental (Brucki et al, 2003).

| Escolaridade | Escore de corte |
|---------------------|------------------------|
| 0 | < 18 |
| 1-4 | <22 |
| 5-8 | <24 |
| 9-11 | <26 |
| ≥12 | <27 |

Quadro 10 - Patient Health Questionnaire PHQ2/9

| <p>PHQ-2 – Refere-se às duas primeiras perguntas do questionário PHQ-9. Pergunte ao paciente exatamente como está escrito no questionário. Fale devagar e perceba se o paciente está ouvindo e entendendo o que você está falando. “Vamos falar sobre o seu HUMOR. Nas últimas duas semanas, com que frequência o Sr. ou a Sra. sentiu-se incomodado (a) por estar com pouco interesse ou prazer em fazer as atividades do dia a dia”. Você deve dar as opções: nunca, várias vezes...), continue com a segunda pergunta e pontue.</p> | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Nas últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu incomodado por algum dos problemas abaixo? | Nunca (0) | Várias vezes (1) | Mais da metade dos dias (2) | Quase todo dia (3) |
| 1. Pouco interesse ou prazer em fazer as atividades do dia a dia | | | | |
| 2. Sentindo-se para baixo, deprimido ou sem esperança | | | | |
| <p>Pontuação do PHQ-2 <input type="checkbox"/></p> <p>Se a pontuação for > ou igual a 3, você deve completar o questionário para avaliação completa do Humor do paciente.</p> | | | | |
| 3. Dificuldade para iniciar o sono ou continuar dormindo ou dormir demais | | | | |
| 4. Sentindo-se cansado ou com pouca energia | | | | |
| 5. Pouco apetite ou comendo demais | | | | |
| 6. Sentindo-se mal com você mesmo, um fracasso ou deixa para baixo você mesmo ou sua família | | | | |
| 7. Problemas de concentração, como para ler jornal ou assistir televisão | | | | |
| 8. Se movimenta ou fala tão devagar que outras pessoas notaram? Ou o contrário, está tão agitado ou inquieto que acaba se movimentando mais que o habitual | | | | |
| 9. Pensamentos de que seria melhor morrer ou se ferir | | | | |
| 10. Se você apresentou algum destes problemas, o quanto eles dificultaram o trabalho, as tarefas domésticas ou a relação com outras pessoas | Não dificul tou () | Pouca dificulda de () | Muito dificulda de () | Extrema dificulda de () |
| Pontuação total: | | | | |
| Gravidade da depressão | | | | |
| 0-4 pontos | Mínima | | | |
| 5-9 pontos | Leve | | | |
| 10-14 pontos | Moderada | | | |
| 15-19 pontos | Moderadamente grave | | | |
| 20-27 pontos | Grave | | | |

| Dano | Nenhum (0) | Questionável (0,5) | Leve (1) | Moderado (2) | Grave (3) |
|--|---|--|---|---|---|
| Memória | Sem Perda de Memória ou perda leve e Inconstante. | Esquecimento constante, recordação parcial de eventos. | Perda de memória moderada, mais para eventos recentes, atrapalha as atividades de vida diária. | Perda grave de memória, apenas assunto altamente aprendido é recordado. | Perda de memória grave. Apenas fragmentos são recordados. |
| Orientação | Completa orientação | Completamente orientado com dificuldade leve em relação ao tempo. | Dificuldade moderada com relação ao tempo, orientado em áreas familiares. | Dificuldade grave com relação ao tempo, desorientado quase sempre no espaço. | Apenas orientado em relação a pessoas. |
| Julgamento e Solução de Problemas | Resolve problemas diários, como problemas financeiros, julgamento preservado. | Dificuldade leve para solucionar problemas, similaridades e diferenças. | Dificuldade moderada em lidar com problemas, similaridades e diferenças, julgamento social mantido. | Dificuldade séria em lidar com problemas, similaridades e diferenças, julgamento social danificado. | Incapaz de fazer julgamento ou resolver problemas. |
| Relações comunitárias | Função independente no trabalho, compras, grupos sociais. | Leve dificuldade nestas tarefas. | Não é independente nestas atividades, parece normal em uma inspeção casual. | Não há independência fora de casa, parece bem o bastante para ser levado fora de casa. | Não há independência fora de casa, parece doente o bastante para ser levado fora de casa. |
| Lar e Passatempos | Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais bem mantidos | Vida em casa, passatempos, interesses intelectuais levemente prejudicados. | Prejuízo suave em tarefas em casa, tarefas mais difíceis, passatempo e interesses abandonados. | Apenas tarefas simples são preservadas, interesses muito estritos e pouco mantidos. | Sem função significativa em casa. |
| Cuidados Pessoais | Completamente capaz de cuidar-se. | Completamente capaz de cuidar-se. | Necessita de ajuda. | Requer assistência ao vestir-se, para higiene. | Muita ajuda para cuidados pessoais, incontinências frequentes. |

CDR=0 indivíduo Normal

CDR= 0,5 Comprometimento Cognitivo Leve ou Demência muito Leve

CDR= 1 Demência Leve

CDR= 2 Demência Moderada

CDR= 3 Demência Grave

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| MANEJO | 9. Quando um paciente apresenta um súbito início de confusão, desorientação e incapacidade de manter a atenção, esse quadro é mais compatível com o diagnóstico de: | A. Doença de Alzheimer | | | 27 | 30 | | | 6 | 3 | 1 | 1 | |
| | | B. Estado confusional agudo | | | | | | | | | | | |
| | | C. Depressão maior | — | — | | | | | | | | | |
| | | D. Demência vascular | | | | | | | | | | | |
| | | E. Não sei | | | (70,6%) | (88%) | | | (17,6%) | (8,8%) | (2,9%) | (2,9%) | |
| | | A. Perda de memória | | | | | | | | | | | |
| | | B. Perda de memória e incontinência | | | | | | | | | | | |
| | | C. Perda de memória, incontinência e alucinações | 28 | 31 | | | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | | |
| | 10. Qual das seguintes opções está quase sempre presente na demência? | D. Nenhuma das anteriores | | | — | — | | | | | | | |
| | | E. Não sei | (82,3%) | (91%) | | | (8,8%) | (5,88%) | (2,9%) | (2,9%) | (5,88%) | | |
| | | A. Problemas para encontrar palavras | | | | | 4 | 5 | 23 | 26 | 1 | 5 | 3 |
| | 11. Qual dos seguintes achados clínicos, melhor diferencia a demência vascular da demência da doença de Alzheimer? | C. Desenvolvimento da doença em escada (patamares com estabilização, intercalados com declínio súbito) | | | | | (11,8%) | (14,7%) | (67,6%) | (76,5%) | (2,9%) | (14,7%) | (8,8%) |
| | | D. Presença de depressão | | | | | | | | | | | |
| | | E. Não sei | | | | | | | | | | | |
| | A. Interromper temporariamente a doença em todos os casos | | | | | | | | | | | | |
| 12. O efeito dos medicamentos anti demência atua em: | B. Interromper temporariamente a doença em alguns casos | 2 | 3 | 25 | 29 | | | | 1 | | 5 | 1 | |
| | C. Interromper temporariamente a doença em alguns casos, mas frequentemente causa danos ao fígado | (5,88%) | (8,8%) | (73,5%) | (85%) | | | | (2,9%) | | (14,7%) | (2,9%) | |
| | D. Interromper definitivamente a doença em alguns casos | | | | | | | | | | | | |
| | E. Não sei | | | | | | | | | | | | |
| | A. Geralmente é inútil trata-los para a depressão, pois os sentimentos de tristeza e inadequação são parte da doença | | | | | | | | | | | | |
| 13. Qual afirmação é verdadeira sobre o tratamento de pacientes com demência que estão deprimidos? | B. Tratamentos contra a depressão podem ser eficazes no alívio dos sintomas depressivos | | | 13 | 11 | | | | 1 | 18 | 22 | 1 | |
| | C. Medicamentos antidepressivos não devem ser prescritos | | | (38,2) | (32,3%) | | | | (2,9%) | (52,9%) | (64,7%) | (2,9%) | |
| | D. A medicação correta pode aliviar os sintomas da depressão e prevenir um futuro declínio intelectual. | | | | | | | | | | | | |
| | A. Ajudar as pessoas a entenderem melhor a doença, para que possam lidar de maneira mais adequada com os sintomas e tratamentos. | 15 | 22 | | | | | | | | | | |
| 14. A ABRAZ é a associação brasileira que fornece informações para pacientes e cuidadores com qual propósito? | B. Atendimento médico ambulatorial gratuito | | | | | | | | | | | | |
| | C. Captação de pessoas com demência para pesquisas | (44%) | (64,7%) | | | | | | | | | | |
| | D. Todas as anteriores | | | | | 1 | | | 7 | 11 | 9 | 1 | |
| | E. Não sei | | | | | (2,9%) | | | (20,6%) | (32,3%) | 26,5% | (2,9%) | |

*antes e após a capacitação com aulas sobre demência.

Apêndice 5

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS DEMOGRÁFICO

Identificação do Participante do Estudo

Data da coleta: _____

| | | | | | |
|---|--------------|------------|------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Nome da Unidade: | | | | | |
| Nome do paciente: | | | | | Nº do Prontuário |
| Idade (anos): | | | Profissão que exerceu: | | |
| Sexo: M () F () | | | | | |
| Escolaridade em anos: | | | | | |
| Etnia | Branco () | Negro () | Pardo () | Asiático () | Indígena () |
| Estado Civil: | Solteiro () | Casado () | Viúvo () | Separado () | União Estável () |
| Em quantas consultas o Sr. ou a Sra. passou nos últimos 12 meses? | | | Nenhuma () | Uma () | 2 ou mais () |
| CrITÉRIOS de Exclusão: Interromper o rastreo se as seguintes questões são afirmativas: | | | | | |
| Possui diagnóstico prévio de demência? (Essa pergunta só é possível para o acompanhante do idoso) | | | Sim | <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| O Sr. ou Sra. está sendo atendido por alguma dessas especialidades? Geriatria () Psiquiatria () Neurologia () | | | Sim | <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Idosos com incapacidade auditiva, visual e que não escrevem. | | | Sim | <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Ao menos duas consultas na UBS/CSE/PSF nos últimos 12 meses | | | Sim | <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| O SENHOR (A) TEM PROBLEMA DE MEMÓRIA? | | | Sim | <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Em consulta dos últimos 12 meses existe alguma anotação no prontuário do idoso referente à queixa cognitiva ou diagnóstico de demência? | | | Sim | <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

Índice de Comorbidade de Charlson

| Comorbidades | Score |
|---|------------------|
| Doença Coronariana/Infarto Agudo do Miocárdio | 1 |
| Insuficiência Cardíaca Congestiva | 1 |
| Doença Vascular Periférica | 1 |
| Doença Cerebrovascular | 1 |
| Demência | 1 |
| Doença Pulmonar obstrutiva Crônica | 1 |
| Doença do tecido conectivo | 1 |
| Úlcera Péptica | 1 |
| Doença hepática leve | 1 |
| Diabetes | 1 |
| Hemiplegia | 2 |
| Doença renal moderada a severa | 2 |
| Diabetes com lesão órgãos alvo | 2 |
| Qualquer tumor, | 2 |
| Leucemia | 2 |
| Linfoma | 2 |
| Doença hepática moderada-severa | 3 |
| Tumor metastático sólido | 6 |
| AIDS | 6 |
| OBS: Adicionar 1 ponto para cada década acima dos 50 anos. | |
| Total | 37 pontos |

Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. J Chronic Dis. janeiro de 1987;40(5):373-83.

Apêndice 6

Mini Exame do Estado Mental

“O SENHOR (A) TEM PROBLEMA DE MEMÓRIA? ”: SIM () NÃO () INFORMAÇÃO DO: PACIENTE () ACOMPANHANTE
() AMBOS ()

| | |
|---|------------------------|
| Orientação Temporal e Espacial | Total 10 pontos |
| Dia da semana | /1 |
| Dia do mês | /1 |
| Mês | /1 |
| Ano | /1 |
| Hora aproximada | /1 |
| Local que estamos (específico) consultório, sala do médico | /1 |
| Local que este (amplo) Hospital, Unesp, Rubião | /1 |
| Bairro ou rua próxima | /1 |
| Cidade | /1 |
| Estado | /1 |
| Memória imediata | Total 3 pontos |
| Vaso, Carro, Tijolo | /3 |
| Atenção e cálculo (Subtrair 7 a partir do 100 até 65) (1 ponto para cada acerto) | Total 5 pontos |
| (100-7) (93-7), (86-7), (79-7), (72-7) | /5 |
| Memória de evocação | Total 3 pontos |
| Vaso, carro, tijolo | /3 |
| Linguagem | Total 8 pontos |
| Nomeação | |
| Relógio | /1 |
| Caneta | /1 |
| Repetir | /1 |
| “nem aqui, nem ali, nem lá” | |
| Comando | /3 |
| “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no seu colo” | |
| Ler e executar (“Vou te mostrar uma frase, quero que leia e faça o que está escrito”) | /1 |
| “FECHE OS OLHOS” | |
| Escreva uma frase (qualquer coisa que o Sr (a) quiser, ou queira falar para alguém). | /1 |
| Copiar o desenho do pentágono | /1 |
| Total: | /30 |

| | |
|--------------|-----------------|
| Escolaridade | Escore de Corte |
| 0 | <18 |
| 1-4 | <22 |
| 5-8 | <24 |
| 9-11 | <26 |