



**FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
CURSO DE MEDICINA**

**KARINA ROCHA ALMAGRO
SABRINY NOLÊTO KASBURG**

**ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES COM DEMÊNCIA VASCULAR
NO AMBULATÓRIO DA FAPAC/ITPAC E NO CEME DE PORTO NACIONAL-TO
NO PERÍODO DE 2019**

PORTO NACIONAL - TO

2018

**KARINA ROCHA ALMAGRO
SABRINY NOLÊTO KASBURG**

**ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES COM DEMÊNCIA VASCULAR
NO AMBULATÓRIO DA FAPAC/ITPAC E NO CEME DE PORTO NACIONAL-TO
NO PERÍODO DE 2019**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a aprovação na disciplina de trabalho de conclusão de curso I (TCC I) e obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Marcelo Silva Cabral

PORTO NACIONAL- TO

2018

**KARINA ROCHA ALMAGRO
SABRINY NOLÊTO KASBURG**

**ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES COM DEMÊNCIA VASCULAR
NO AMBULATÓRIO DA FAPAC/ITPAC E NO CEME DE PORTO NACIONAL-TO
NO PERÍODO DE 2019**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Marcelo Silva Cabral

BANCA EXAMINADORA

APROVADO EM: __/__/__

Prof. Marcelo Silva Cabral – Orientador
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto

João Felipe Borges Bento
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto

Guilherme Vaz Burns
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto

PORTO NACIONAL – TO

2018

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DV - Demência Vascular

DA - Doença de Alzheimer

DM – Demência Mista

CEME- Centro de Especialidades Médicas

ABN - Academia Brasileira de Neurologia

DCL- Demência com Corpos de Lewy

DFT- Demência Frontotemporal

AVE – Acidente Vascular Encefálico

IQCODE - Questionário de Informação sobre declínio cognitivo em idosos

MEEM - Mini-Exame do Estado Mental

AVD - Atividades básicas de Vida Diária

IVD - Atividades Instrumentais de vida Diária

SUS – Sistema Único de Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

DLFT- Degeneração Lobar Frontotemporal

RESUMO

Introdução: Demência é descrita como uma síndrome que culmina com o déficit progressivo da função cognitiva e que aumenta sua frequência gradualmente, necessitando, portanto, de um bom e prévio diagnóstico. **Objetivo:** Acompanhar as consultas neurológicas realizadas no consultório de neurologia do ambulatório do ITPAC e do CEME em Porto Nacional- TO, para dessa maneira investigar o diagnóstico e subdiagnóstico de demência vascular. **Metodologia:** Para a realização da pesquisa, será aplicado o escore de Hachinski, autorizado pelo paciente. O escore isquêmico de Hachinski pontua alguns achados apresentados pelo paciente como exemplo, confusão noturna, depressão e labilidade emocional. Segundo a pontuação obtida cada valor é sugestivo de um respectivo diagnóstico de demência. A aplicação do escore não se limita apenas em diagnosticar a demência vascular, mas sim, em quantificar os subdiagnósticos existentes, bem como identificar uma possível associação, como exemplo, a demência mista (associação da doença de Alzheimer com a demência vascular). **Resultado esperados:** Por meio dessa pesquisa, espera-se priorizar aspectos importantes e de interesse para profissionais da saúde, em especial neurologistas e psiquiatras. Assim como o seu resultado também é de interesse social, visto que, o diagnóstico correto da demência oferece uma melhoria da saúde para a população senil. Pois um diagnóstico preciso, possibilita uma conduta adequada de tratamento e de orientações, os quais, melhoram a qualidade de vida dos idosos, portadores de demência juntamente com o dos seus familiares.

Palavras-chave: Demência vascular. Alzheimer. Idosos.

ABSTRACT

Introduction: Demence is described as a syndrome that culminates in the progressive deficit of cognitive function and increases its frequency Gradually, you need tondo therefore a good and previous diagnostic plastic. **Objective:** the diagnostic conduct adopted at the neurology office of the outpatient clinic the ITPAC and the CEME in Porto Nacional-to, well as Investigating the diagnosis and subdiagnosis of vascular dementia. **Methodology:** to conduct the research, the Hachinski score will be applied, authorized by the patient. the Hachinski score scores some findings presented by the patient as an example, nocturnal confusion, depression and emotional lability. according to the score obtained each value is suggestive of a diagnostic of dementia. the application of the score is not only limited to diagnostic the vascular dementia, but rather, in quantifying the existing subdiagnoses, as well as identifying a possible association, as an example, mixed dementia (Association of Alzheimer's disease with dementia Vascular). **Expected result:** through this research, wait-it prioritizes important aspects and of interest to health professionals, especially neurologists and psychiatrists. Just as its result is also of social interest, since it offers a better health for a Population. Because a precise diagnosis, provides adequate treatment and guidance, which improves the quality of life of the elderly, patients with dementia along with their relatives.

Keywords: Vascular dementia. Alzheimer. Elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	2
1.2 HIPÓTESE	2
1.3 JUSTIFICATIVA	2
2 OBJETIVOS	4
2.1 OBJETIVO GERAL	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3 REFERENCIAL TEÓRICO	5
3.1 HISTÓRIA	5
3.2 EPIDEMIOLOGIA	5
3.3 CONCEITO	6
3.4 CLASSIFICAÇÃO DAS DEMÊNCIAS	7
3.4.1 Demências irreversíveis	7
3.4.2 Doença de Alzheimer (DA)	8
3.4.3 Demência Vascular (DV)	9
3.4.4 Demência com corpos de Lewy (DCL)	9
3.4.5 Demência Frontotemporal (DFT)	10
3.4.6 Demência mista (DM)	11
3.4.7 Demências potencialmente reversíveis	11
3.5 DIAGNÓSTICO	12
3.6 IMPACTO E ASSISTÊNCIA NO PÓS DIAGNÓSTICO	13
3.7 SUBDIAGNÓSTICO	14
3.8 TRATAMENTO	14
4 METODOLOGIA	16
4.1 TIPO DE PESQUISA	16
4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	16
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	16
4.4 CRITÉRIOS	16
4.4.1 Critérios de inclusão	16
4.4.2 Critérios de exclusão	17
4.5 PROCEDIMENTOS	17
4.5.1 Instrumentos de coletas de dados	17

4.5.2 Estratégias de aplicação	17
4.5.3 Variáveis	17
4.5.4 Análise e apresentação de dados	18
5 DELINEAMENTO DA PESQUISA	19
6 ASPECTOS ÉTICOS	20
6.1 RISCOS	20
6.2 BENEFÍCIOS	20
7 DESFECHOS	21
7.1 DESFECHO PRIMÁRIO.....	21
7.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS.....	21
8 ORÇAMENTO	22
9 CRONOGRAMA	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	27
ANEXO I – Escore Isquêmico de Hachinski.....	27
ANEXO II – Miniexame do Estado Mental (MEEM)	28
ANEXO III - Bateria Breve de Rastreo Cognitivo.....	32
APÊNDICES	36
APÊNDICE I: TCLE.....	36
APÊNDICE II: CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP	4040
APÊNDICE III: CARTA DE ANUÊNCIA.....	41
APÊNCIDE IV: TERMO DE ANUÊNCIA FAPAC.....	42
APÊNDICE V: TERMO DE COMPROMISSO SOBRE O INÍCIO DA PESQUISA.....	43

1 INTRODUÇÃO

No século XX, houve um significativo aumento da expectativa de vida da população mundial fato que, conseqüentemente acarretou, na elevação do número de casos de doenças crônico-degenerativas. Assim, pacientes com suspeita diagnóstica de demência passaram a ser atendidos cada vez mais com uma frequência maior nos consultórios de profissionais médicos que lidam com pacientes idosos (NITRINI, BACHESCHI, 2003; CARAMELLI, BARBOSA, 2002).

Segundo Neto et al (2005) demência é uma síndrome composta pela presença de déficit progressivo na função cognitiva, tendo maior ênfase na perda de memória e interferência nas atividades sociais e ocupacionais que independem de alterações do nível de consciência. A demência vascular (DV) e doença Alzheimer (DA) são as principais causas de demência relacionadas ao aumento da longevidade. Desse modo, identificar as alterações cognitivas previamente possibilita a intervenção e evita casos de maior gravidade.

O Alzheimer é uma doença de etiologia ainda desconhecida que possui como quadro clínico principal distúrbios de memória e desorientação. O seu curso de evolução decorre de diferentes estágios caracterizados por três fases: inicial, intermediário e terminal. De acordo com BURLAR et al (2012) a evolução dessas fases apresenta um nível cada vez maior de comprometimento das funções neurovegetativas com agitação ou delirium, distúrbios de raciocínio lógico e de planejamento, alterações de linguagem, disfunção visuo-espacial e desinteresse por atividades habituais.

Já a demência vascular, clinicamente, depende de fatores causais e da localização do infarto cerebral, sendo responsável pela segunda maior causa de demência. Pode ser definida pelo declínio de memória e pelo déficit de uma função cognitiva que possa interferir no desempenho do indivíduo. Seu diagnóstico exige, portanto, a ocorrência de comprometimento da memória, embora essa função possa estar relativamente preservada nas fases iniciais da doença (NITRINI, BACHESCHI, 2003; CARAMELLI, BARBOSA, 2002).

Dessa maneira, dado as semelhanças entre as doenças apresentadas, frequentemente de forma errônea é atribuído somente ao Alzheimer as manifestações de demências (LENITA WANNMACHER). Portanto, é relevante conhecer a caracterização clínica das duas doenças a fim de diferenciar os seus

diagnósticos, tendo conhecimento das suas possíveis associações. Existem alguns critérios que auxiliam, por exemplo, a Escala de Hachinski (NETO et al. 2005).

Na execução do presente trabalho pretende-se aplicar a Escala de Hachinski durante as consultas neurológicas realizadas no ambulatório da FAPAC/ITPAC PORTO e no CEME de Porto Nacional-TO. Objetiva-se acompanhar a consulta realizada pelo neurologista, analisar o quadro demencial e classificar a demência do paciente. Desse modo, vivenciar e perceber como é feito o diagnóstico preciso.

Nesse sentido, faz-se necessário uma abordagem ampla das características demenciais e de como classificá-las, não negligenciando nenhum detalhe a fim de que possamos chegar a uma conclusão satisfatória e a um melhor tratamento, diminuindo, dessa forma, o subdiagnóstico e as consequências deste para a população.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Há casos de subdiagnóstico de demência vascular no ambulatório da FAPAC/ITPAC e no Centro de Especialidades Médicas (CEME) de Porto Nacional-TO em 2019?

1.2 HIPÓTESE

É provável que o desconhecimento da associação da demência vascular a outras demências e também a doenças psiquiátricas pelos médicos gerem subdiagnósticos que interferem negativamente na conduta terapêutica e na melhora clínica do paciente com diagnóstico demencial.

1.3 JUSTIFICATIVA

A relevância deste projeto baseia-se nos benefícios que um diagnóstico correto acarreta na efetividade do tratamento de um paciente, tendo como finalidade investigar as causas dos subdiagnósticos, bem como o impacto que isso gera na

vida do indivíduo. Não sendo apenas um estudo e análise meramente numéricos, mas visando alcançar meios que possibilitam um diagnóstico preciso e diferencial das demências.

Além disso, a pesquisa tem como referencia a identificação de casos subdiagnosticados de demência no ambulatório da FAPAC/ITPAC e no CEME de Porto Nacional – TO, podendo, a partir disso, quantificar a porcentagem da amostra acometida e melhorar o quadro clínico dos pacientes portadores de demência vascular por meio de com um diagnostico efetivo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar se existe o subdiagnóstico de doenças demenciais, com foco na demência vascular, nas consultas realizadas no ambulatório da FAPAC/ITPAC e no CEME de Porto Nacional- TO.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como se manifesta a demência vascular por meio da avaliação neurológica (anamnese, exame físico e aplicação do escore de Hachisnki).
- Analisar como se apresenta a associação da demência vascular com outras demências e/ou doenças psiquiátricas na prática clínica;
- Detectar por intermédio da avaliação neurológica as consequências decorridas do subdiagnóstico médico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTÓRIA

Segundo Gomes, Marleide (2012) a história da medicina em terras brasileiras remete a chegada da corte portuguesa em 1808, período de várias mudanças entre política, cultura e economia. Nesse contexto, observou-se a fundação de duas Faculdades de Medicina, uma em Salvador e outra no Rio de Janeiro. Mais tardiamente, teve-se o início da Neurologia formal que começou em 1912, com a Neurologia clássica brasileira e a fundação da Academia Brasileira de Neurologia (ABN). Marcas importantes como a fundação de Hospícios, concurso público para a especialidade, fundação do Instituto de Neurologia do Brasil, entre outras.

Após isso, teve-se o desenvolvimento da especialidade médica de neurologia e da sua diferenciação de atuação do campo da psiquiatria e finalmente começou no Brasil os estudos, relatos e avanços na esfera do declínio cognitivo. Ressaltando as demências, em primeiro lugar o Alzheimer e em segundo a demência vascular. Sendo essas de acordo com Smid, Jerusa (2001), as principais causas de demência relacionadas ao envelhecimento. É importantíssimo a distinção entre os tipos de demência e seus aspectos específicos de diagnóstico clínico, visto que no Brasil, assim como no mundo, é nítido o aumento da expectativa de vida, o que acarreta na elevação do número de pacientes portadores dessa síndrome.

3.2 EPIDEMIOLOGIA

A prevalência de demências tem crescido nos últimos anos, levando em conta o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente uma maior parcela da população com mais de 65 anos de idade. Sendo o crescimento das demências maior entre os idosos acima de 85 anos. Esse aumento tem maiores proporções em países em desenvolvimento, com uma pirâmide etária alargada no topo, constituindo-se como um problema relevante em se tratando de saúde pública. O principal fator de risco para as demências é a idade e a maior causa de demência é a Doença de Alzheimer (DA) respondendo por 60% a 70% dos casos, seguindo-se demência vascular, demência por corpos de Lewy e demência fronto-temporal.

A projeção do número de casos de demência nos Estados Unidos, caso nenhuma estratégia para reduzir o risco seja implementada, é de 4,7 milhões em 2010, 5,8 milhões em 2020, 8,4 milhões em 2030, 11,6 milhões em 2040 e 13,8 milhões em 2050. Estima-se que em 2010 cerca de 35,6 milhões de pessoas viviam com demência em todo o mundo, e os números devem dobrar a cada 20 anos, para 65,7 em 2030 e 115,4 em 2050. Em nosso meio, um estudo populacional realizado na cidade de Tremembé, no interior de São Paulo, mostrou uma prevalência de demência de 17,5% e de alteração cognitiva sem causar demência de 19,5%, em sujeitos com mais de 60 anos de idade. (FROTA, 2016, p.381).

De acordo com Parnera (2015) os fatores de risco para demência podem ser classificados em demográficos como idade, sexo feminino, baixo nível educacional, baixo nível econômico, de estilo de vida como tipo de dieta, sedentarismo, tabagismo e de morbidades associadas como diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, hipertensão arterial e depressão. Alguns desses fatores podem ser modificáveis como tabagismo e sedentarismo.

3.3 CONCEITO

As demências podem ser compreendidas como uma síndrome caracterizada pela presença de declínio cognitivo persistente que interfere com as atividades sociais ou profissionais do indivíduo e que não dependem de alterações do nível de consciência (NITRINI, 2003, p.323). Sendo mais relevantes aspectos clínicos tais como:

1. Perda de memória: déficit que engloba várias modalidades de memória, sendo chamado de multimodal e concentrando-se principalmente na perda de memória recente.

2. Perda de múltiplas funções cognitivas: alterações de linguagem com dificuldade para encontrar palavras no início com subsequente parafasias semânticas e narrativas e afasias; agnosias (dificuldade de reconhecer pessoas ou lugares), dificuldades em atividades gestuais de vestir-se, construir objetos (apraxias), e também de funções que envolvam raciocínio complexo, habilidades aritméticas (acalculia), compreensão de problemas e de novas situações ambientais, capacidade de aprendizagem e julgamento, orientação de direita-esquerda e relação espaço-simbólica.

3. Alterações das funções executivas: perda da capacidade de planejamento e monitorização de atos complexos, da capacidade para solução de

problemas novos, diminuição da fluência verbal, perda da flexibilidade cognitiva, dificuldades com o pensamento abstrato.

4. Alterações da personalidade: perda dos hábitos sociais mais refinados e do controle emocional, acompanhado do surgimento de atitudes grosseiras e inadequadas. Verifica-se também progressivo desleixo com higiene pessoal, vestimenta, alimentação e atividades fisiológicas. Há, tendência à desinibição da personalidade e à deterioração do comportamento social global.

5. O curso da doença é insidioso e progressivo: frequentemente também irreversível, embora existam formas tratáveis e reversíveis de demência.

6. Presença de alterações difusas do tecido cerebral: sobretudo do córtex dos hemisférios cerebrais, apresentando-se de maneira difusa, crônica e, geralmente, progressiva.

7. Em geral o nível de consciência apresenta-se normal: o paciente está desperto, vígil. Não há obnubilação de consciência.

8. Podem surgir sintomas psiquiátricos associados: ideias paranoides, depressão, ansiedade, alucinações, delírios e heteroagressividade. (DALGALARRONDO, 2008, p.377).

3.4 CLASSIFICAÇÃO DAS DEMÊNCIAS

As demências podem ser definidas como um estado no qual acontece declínio cognitivo com alteração das funções sociais e funcionais. Há várias propostas para a definição a ser adotada de demência, entre elas a do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM V), que propõe o termo “transtorno neurocognitivo maior” para substituir o termo “demência”, tendo como mais características o comprometimento de memória exigido necessariamente na apresentação, declínio em relação a um padrão prévio cognitivo e ausência de delirium concomitante durante a avaliação. (FROTA, 2016, p.162).

3.4.1 Demências irreversíveis

O grupo das demências irreversíveis inclui todas as demências degenerativas primárias, além da Demência Vascular (DV) e da Demência Mista (DM). Esse grupo de doenças caracteriza-se por ser mais frequente e apresentar curso progressivo.

Com exceção da DV, nenhuma das demais demências irreversíveis é comprovadamente passível de prevenção, os danos causados ao cérebro, não podem ser interrompidos ou revertidos, porém, diagnosticá-las precocemente é papel crucial do clínico (ENGELHARDT, 2011).

3.4.2 Doença de Alzheimer (DA)

A DA é caracterizada por atrofia do hipocampo e do córtex cerebral, com envolvimento primário do córtex de associação fronto-temporal e é responsável por mais de 50% dos casos de demência. Além disso, possui uma série de alterações neuropatológicas que incluem: atrofia cerebral, placas cerebrais senis que contêm depósitos extracelulares de peptídeo β -amilóide, emaranhados neurofibrilares intracelulares que contêm proteína tau hiperfosforilada e perda de células neurais. Estas alterações resultam em perda de memória, confusão, afetação do julgamento, desorientação e problemas na expressão. Os sintomas pioram ao longo do tempo e a doença é fatal. Estas alterações neuropatológicas podem ser provocadas por alterações genéticas e ambientais (RIZZO, 2007).

A herança de genes conhecidos que predispõe à Doença de Alzheimer engloba apenas 5-10% de todos os casos de doença com apresentação clínica. Em se tratando da idade de início, a Doença de Alzheimer pode ser precoce (idade inferior a 60-65 anos) ou tardia (idade superior a 60-65 anos). Segundo a história familiar, os casos de Alzheimer podem ser classificados em autossômicos dominantes, familiares ou esporádicos. A DA de início tardio é responsável por 93-94% de todos os casos da doença. Tem uma componente genética substancial com hereditariedade estimada em 58-79%.

No início dos anos 90, foi descrita a associação entre o gene apoE e a Doença de Alzheimer de início tardio. O *Genome Wide Association Study* confirmou que o gene apoE é o mais susceptível para a Doença de Alzheimer de início tardio. O apoE tem três alelos comuns – $\epsilon 2$, $\epsilon 3$, $\epsilon 4$ – que correspondem a seis fenótipos. A Doença de Alzheimer está associada ao alelo $\epsilon 4$.

A Doença de Alzheimer é um distúrbio progressivo da memória recente, da linguagem, da função visuoespacial e da função executiva. Está associado, durante algum momento da doença, à elevada frequência de alterações neurocomportamentais. Os casos típicos da doença apresentam-se com alteração precoce da memória e afetação subsequente da linguagem, da

função visuoespacial e da função executiva. No entanto, a apresentação e progressão clínicas da patologia são variáveis. A rejeição da doença, a anosognosia (incapacidade do paciente estar consciente da sua doença) e a perda de memória, pelo paciente, são manifestações comuns e podem conduzir à elaboração de uma história clínica não fidedigna. Um achado clínico comum é o paciente que olha constantemente para o cuidador na tentativa de obter respostas às perguntas, muitas vezes simples, sobre a sua história clínica. (PEREIRA, 2013).

3.4.3 Demência Vascular (DV)

A DV é a mais prevalente entre as demências secundárias, ocupando o segundo lugar entre todos os quadros demenciais, depois da DA, sobretudo na faixa senil. A estimativa global é de 15-20%, sendo de 2% na população de 65-70 de idade e de 20-40% na de acima de 80 anos de idade. É mais comum em homens do que em mulheres (*ENGELHARDT, 2011*).

O quadro clínico clássico é caracterizado por início abrupto, relacionado a um acidente vascular cerebral ou a um ataque isquêmico transitório, podendo haver estabilidade, melhora ou piora progressivas, geralmente de caráter flutuante ou com deterioração em degraus. Comprometimento cognitivo, sintomas de comportamento, psicológicos e sinais motores, em associações variáveis, de acordo com a localização e o número de lesões que atinge territórios corticais e/ou subcorticais específicos e as vias associativas. É diferente da doença de Alzheimer e de outras demências degenerativas, nas quais se observa comprometimento sequenciado e relativamente padronizado. A ocorrência de sinais e/ou sintomas neurológicos focais contribui de maneira importante para o diagnóstico de DV (*SMID, 2001*).

3.4.4 Demência com corpos de Lewy (DCL)

A DCL é a causa mais frequente de demência com parkinsonismo evidente, constituindo a terceira causa mais comum de demência em estudos de autópsia. Clinicamente, manifesta-se através de uma síndrome demencial gradualmente progressiva, onde ocorrem: flutuações da função cognitiva em questão de minutos ou horas; alucinações visuais vívidas, persistentes e recorrentes; e parkinsonismo rígido-acinético, de distribuição simétrica (*FORNARI, 2010*).

Já a memória permanece mantida nas fases iniciais, sendo mais prejudicadas as habilidades visuo-espaciais, a atenção e a função executiva. Com a

evolução do quadro, tais especificidades desaparecem, resultando em maior dificuldade no diagnóstico diferencial. Podem-se adicionar ao quadro clínico quedas de frequentes, síncope, sensibilidade a medicações neurolépticas (exacerbação de sintomas parkinsonianos), delírios, alucinações não visuais, depressão e disfunções comportamentais do sono REM (FORNARI, 2010).

3.4.5 Demência Frontotemporal (DFT)

A DFT é uma patologia heterogênea caracterizada por atrofia do lobo frontal e temporal na ausência de DA. Clinicamente, manifesta-se relativamente cedo (por volta dos 57 anos), sendo rara depois dos 75 anos. Há três fenótipos clínicos distintos para a DFT. A forma de apresentação mais comum é a DFT comportamental (variante frontal), que se caracteriza por progressivas mudanças comportamentais e de personalidade que incluem comportamento social anormal, padrão de alimentação não usual e comportamentos ritualizados (FORNARI, 2010).

Ao contrário da DA, tais sintomas surgem precocemente, a despeito de testes cognitivos normais ou minimamente anormais ao início. A doença de Pick apresenta este padrão de acometimento. A segunda forma da DFT manifesta-se sob a forma de uma afasia de fluência em estágios iniciais, havendo dificuldade para encontrar a palavra certa, porém a compreensão de seu significado encontra-se preservada. O comportamento e a interação social estão frequentemente inalterados até estágios tardios da doença, quando o paciente se torna mudo (FORNARI, 2010).

A terceira forma de apresentação é conhecida como variante temporal da DFT ou demência semântica. Caracteristicamente manifesta-se sob a forma de uma afasia progressiva, havendo dificuldade para nomear objetos e compreender palavras (o que reflete a predominância de disfunção no lobo temporal esquerdo), além de reconhecer objetos e faces (refletindo uma disfunção temporal direita). Existem critérios de diagnóstico de acordo com Texeira (2017) que são: início insidioso com evolução lenta e gradual; deterioração precoce da conduta interpessoal e no manejo da conduta pessoal; embotamento emocional precoce; perda precoce do insight; quadro de declínio na higiene e no cuidado pessoal; rigidez e inflexibilidade mental.

3.4.6 Demência mista (DM)

Estudos neuropatológicos mostram que frequentemente ocorrem lesões da DA associadas com DV, particularmente em pacientes mais idosos. Esta associação é geralmente denominada de “demência mista” (DM) onde a DA e a DV compartilham fatores de risco, aspectos clínicos e mecanismos patogênicos. A DV parece ter um papel importante na expressão dos sintomas clínicos na DA.

A sobreposição existente entre essas duas síndromes demenciais diz respeito às comorbidades, bem como aos fatores de risco e patogênese compartilhados.

Até o momento, não há consenso em afirmar que as alterações neuropatológicas condizentes com DA predisponham à doença cerebrovascular, ou que a doença cerebrovascular desencadeie o início da DA, uma vez que alguns pesquisadores acreditam que cada entidade se desenvolva independentemente da outra (*ENGELHARDT, 2011*).

Em séries de autópsias, a doença vascular foi encontrada em 34 a 50% dos indivíduos com DA. A apresentação mais comum de DM é a de um paciente com sintomas e características clínicas típicas de DA que sofre piora abrupta, acompanhada por sinais clínicos de acidente vascular encefálico (AVE). Essa forma de DM foi chamada de demência pré-AVE e sua detecção pode ser auxiliada pelo uso do IQCODE (questionário de Informação sobre declínio cognitivo em idosos) e pela entrevista com parentes ou cuidadores. Recorre-se outras vezes, com fins diagnósticos, ao escore isquêmico de Hachinski, o qual é útil em diferenciar DA e DV de multi-infartos (*ENGELHARDT, 2011*).

3.4.7 Demências potencialmente reversíveis

Demências potencialmente reversíveis são aquelas que, apesar de causarem danos ao cérebro, podem ter seus sintomas revertidos, como as demências relacionadas a neoplasias do sistema nervoso central, demência por deficiência de vitamina B12, hidrocefalia normotensiva, declínio cognitivo relacionado à depressão (pseudodemência), demência relacionada ao hipotireoidismo e demência induzida por medicamentos. São incomuns na prática clínica, apresentando frequência de 0 a 23%. São consideradas importantes do ponto de

vista diagnóstico, uma vez que o tratamento pode suprimir a deterioração intelectual. Salientamos, entretanto, que apenas uma minoria dos pacientes demenciados melhora após o tratamento do fator potencialmente reversível, sendo uma exceção a recuperação completa (ZANINI, 2010).

3.5 DIAGNÓSTICO

De acordo com Academia Brasileira de Neurologia (2013), a detecção precoce de demência é essencial para orientar as primeiras linhas de cuidados e as avaliações futuras. Assim, o laudo médico é primordial para as orientações, avaliações e cuidados com o idoso demente e também para a família que precisa compreender as novas necessidades que irão surgir no leito familiar. O diagnóstico de demência é clínico e pode vir acompanhado da aplicação de múltiplos testes de rastreio, exames laboratoriais e exames de imagem. Os testes servem como potenciais indicadores da necessidade de um acompanhamento posterior de pacientes suspeitos.

Primeiramente, faz-se necessário uma anamnese centrada na caracterização demencial, a qual deve ser abrangente e detalhada e deve contar com um indivíduo informante que conviva diariamente com o paciente e possa oferecer informações precisas. Além disso, para o auxílio da avaliação neurológica completa são utilizados testes de rastreio cognitivo, um exemplo é a Escala de Queixa que é dividida em forma A e B, composta por 7 perguntas cada, uma que o paciente responde e outra que o acompanhante responde sobre o paciente. Outro exemplo é o mini exame do estado mental (MEEM), que é um dos mais utilizados e será explicado posteriormente.

Deve-se fazer avaliação clínica e neurológica completa e pelo menos alguns testes de rastreio cognitivo, por exemplo, com o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e avaliação de atividades instrumentais da vida diária. Outros testes breves podem ser realizados para avaliação de outras funções, como fluência verbal (animais), teste de aprendizado de informações. Todo paciente deve ser avaliado com exames laboratoriais: hemograma completo; função renal, hepática e tireoideana; cálcio; dosagem de vitamina B12 e ácido fólico; sorologia para sífilis. Além disso, deve ser realizada tomografia de crânio ou de preferência ressonância magnética (ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, p.13, 2013).

Segundo Caramelli (2002) testes de rastreio podem iniciar a avaliação cognitiva do paciente. O diagnóstico sintromico de demência é feito com base na

avaliação do desempenho do paciente na prática das atividades cotidianas, que são divididas em atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (AVD e IVD, respectivamente). Como exemplo de AVD temos, o cuidado com a higiene pessoal, já IVD está relacionada com a atividades como mexer no celular e cozinhar. Inicialmente, as atividades instrumentais são as que primeiramente são afetadas. Além disso, faz-se uma avaliação do funcionamento cognitivo.

O Teste de Mini exame do estado mental (MEEM) é um dos mais aplicados e mais estudados no mundo. Pode ser executado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos. Além disso, o exame é essencial para o rastreamento epidemiológico da doença. Ele permite avaliar a função cognitiva e rastrear quadros demenciais de um paciente. Segundo Laks, Jerson (2003), a escolaridade e a idade influenciam no resultado do exame.

3.6 IMPACTO E ASSISTÊNCIA NO PÓS DIAGNÓSTICO

Segundo FIOCRUZ (2018), entende-se que a atenção primária é a porta de entrada do sistema de saúde e é primordial compreender como as mudanças do processo de envelhecimento populacional e aumento dos casos de demência tem impactado nos cuidados de saúde desta população. O diagnóstico de demência impacta não somente o paciente bem como o seu cuidador e seus familiares. Com isso, todos da casa necessitam receber assistência, assim é tão relevante e primordial o funcionamento adequado da atenção primária no sistema único de saúde (SUS).

O paciente diagnosticado com demência exige um cuidado amplo, no entanto, a estratégia saúde da família (ESF) deve olhar para o ambiente familiar e todos que ali estão inseridos. Segundo FIOCRUZ (2018) a carga de estresse e sofrimento pode vir a afetar tanto o doente quanto seus familiares. Pois, muitas vezes o cuidador e/ou familiares abdicam de seus cuidados básicos de saúde, pois estão focados apenas no cuidado do paciente em questão. O idoso demente sofre de limitações psicofuncionais e com isso, muitas vezes, os papéis na casa se invertem e surgem novas carências.

3.7 SUBDIAGNÓSTICO

Segundo Cordeiro, Ricardo (1995), o subdiagnóstico implica em um não reconhecimento de uma doença, impossibilitando a tomada de medidas terapêuticas. Quando não se sabe o que o paciente tem ou não se reconhece uma possível associação entre demências, por exemplo, o maior prejudicado é o paciente e também a epidemiologia.

Um dos graves problemas gerados pelo subdiagnóstico de doenças demenciais são os acidentes de trânsito provocados por esses pacientes, geralmente idosos e que tentam manter preservadas suas atividades diárias sem a dependência de seus familiares. Com o subdiagnóstico ou até mesmo o diagnóstico tardio os pacientes dementes colocam suas vidas e de outras pessoas em risco. De acordo com Cunha (2011), os condutores com deficiência cognitiva devem ser identificados antes que se envolvam em acidentes. Tal fato se constitui como um desafio, visto que, a doença geralmente surge de forma insidiosa.

3.8 TRATAMENTO

Segundo Frota (2016), o tratamento da DA é composto basicamente pelos seguintes medicamentos:

- Anticolinesterásicos: Donepezila 5 a 10 mg/dia; Rivastigmina 6-12 mg/dia (ou 4,6 mg/24horas a 13,3 mg/24horas quando transdérmico) e Galantamina ER 16 a 24 mg/dia;
- Memantina até 20 mg/dia. Não se deve associar memantina na fase leve, inicial da doença;
- Antiparinsonianos: Levodopa;
- Antipsicóticos: Quetiapina, Clozapina, Pimavanserina.

O tratamento da Demência vascular de acordo com Stephen, Gomperts (2016), consiste, inicialmente, em tratar a doença de base. Concomitantemente faz-se o uso dos mesmos medicamentos utilizados no tratamento da Doença de Alzheimer. Além disso, o uso de psicoestimulantes, como exemplo, ritalina, pode ser indicado. Já a Degeneração Lobar Frontotemporal (DLFT) possui um tratamento sintomático com Trazodona, ISRS (Fluvoxamina), Desipramina, Antipsicóticos e

Psicoestimulantes. Por fim, o tratamento da Demência com Corpos de Lewy é feito com base de medidas de apoio, de segurança e a parte medicamentosa é igual a escolhida para o tratamento da DA.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de cunho descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, no qual será realizado um levantamento de dados por meio da aplicação de um escore, de uma reavaliação médica diagnóstica e de uma revisão de prontuário dos idosos portadores de demência no município de Porto Nacional- TO. Para esse fim, serão utilizados o escore de Hachinski, juntamente associado com a consulta neurológica, e se necessário, em casos de dúvida diagnóstica, também serão aplicados o MEEM e a escala de avaliação de Nitrini.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo será realizado com pacientes já diagnosticados como portadores de demência e/ou pacientes ainda não diagnosticados, mas com pelo menos um exame de imagem no ambulatório da FAPAC/ITPAC e no CEME de Porto Nacional no período de 2019.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Pessoas já diagnosticadas ou sem diagnóstico prévio, mas com pelo menos um exame de imagem na cidade de Porto Nacional - TO e que procurem os serviços de saúde na esfera pública ou particular. Sendo contratadas no mínimo 20 (vinte) e no máximo 30 (trinta) pessoas no município de Porto Nacional- TO.

4.4 CRITÉRIOS

4.4.1 Critérios de inclusão

- Pessoas com demência que procurem atendimento no município de Porto Nacional - TO;

- Pessoas com demência que concordarem em participar da pesquisa ou com a autorização do responsável legal e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);
- Pacientes que possuam pelo menos um exame de imagem.

4.4.2 Critérios de exclusão

- Pessoas que não fazem consultas no Ambulatório da FAPAC/ITPAC ou no CEME em Porto Nacional – TO;
- Pacientes portadores de Demência Frontotemporal (DFT);
- Pacientes portadores de Demência com Corpos de Lewy (DCL).

4.5 PROCEDIMENTOS

4.5.1 Instrumentos de coletas de dados

Será utilizado o Escore Isquêmico de Hachinski com o objetivo de auxiliar na investigação e diferenciação entre demência vascular, doença de Alzheimer e demência mista. Em casos de diagnósticos duvidosos serão aplicados o MEEM e a escala de avaliação de Nitrini, para poder estabelecer um diagnóstico preciso.

O presente projeto será submetido ao comitê de ética da FAPAC/ITPAC e somente após a sua aprovação será iniciada a sua execução. As pessoas com demência serão escolhidas a partir de informações levantadas na comunidade e na FAPAC/ITPAC, contanto com a interpretação do professor orientador do projeto.

4.5.2 Estratégias de aplicação

O escore isquêmico de hachinski será aplicado durante as consultas neurológicas realizadas no ambulatório da FAPAC/ITPAC e no CEME de Porto Nacional- TO. E se necessário também serão aplicados o MEEM e a escala de avaliação de Nitrini.

4.5.3 Variáveis

Nesta pesquisa serão consideradas as variáveis:

- Idade;
- Sexo;
- Escolaridade;
- Comorbidades associadas;
- Renda familiar;
- Coabitantes.

4.5.4 Análise e apresentação de dados

A coleta de dados se dará a partir das respostas obtidas por meio do escore isquêmico de Hachinski que pode auxiliar na diferenciação entre demência vascular (escore maior que 7) e doença de Alzheimer (escore menor que 4), com sensibilidade e especificidade de 70 a 80%. A tabulação de dados objetivos e a análise de dados subjetivos permitirão aos pesquisadores do presente projeto chegarem a conclusões acerca do diagnóstico e subdiagnóstico de demência vascular, doença de Alzheimer e demência mista.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo é um modelo de delineamento denominado pesquisa de levantamento. Caracterizado pela investigação direta com pessoas para conhecer o seu comportamento. Baseia-se nas informações colhidas de um grupo significativo de pessoas acerca das informações sobre demência. Procede-se à análise descritiva e quantitativa, projetando esses dados para o universo pesquisado.

As informações serão colhidas por meio da aplicação do escore isquêmico de Hachinski a população que procurar o serviço de saúde do ambulatório da FAPAC/ITPAC e o CEME de Porto Nacional – TO com suspeita diagnóstica de qualquer tipo de demência. Somente após a autorização previa dos pacientes o escore será aplicado.

Após avaliação obtida por meio do levantamento dos dados será possível investigar se há casos de subdiagnóstico de demência vascular associada à doença de Alzheimer na região e o impacto deste na vida das pessoas. Os dados colhidos farão parte do estudo em questão e realizaremos gráficos com o objetivo de quantificar a porcentagem da amostra acometida.

6 ASPECTOS ÉTICOS

6.1 RISCOS

Os riscos da pesquisa são mínimos. Tais riscos estão relacionados à quebra não intencional do sigilo sobre as informações dos pacientes envolvidos no estudo. Entretanto, os pesquisadores garantem que irão tomar todas as medidas para garantir o sigilo dos sujeitos de pesquisa.

6.2 BENEFÍCIOS

Os benefícios da pesquisa se relacionam em elucidar se há possíveis subdiagnósticos de demência vascular e de que forma isso afetaria a população. Contribuindo, assim, para uma melhor assistência médica ao paciente e melhor qualidade de vida aos afetados que seriam diagnosticados e tratados de maneira correta, podendo modificar a forma como o processo de adoecimento afeta as suas vidas e o ambiente familiar em que está inserido.

7DESFECHOS

7.1 DESFECHO PRIMÁRIO

Espera-se identificar subdiagnósticos de demência vascular por meio do escore de Hachinski aplicado durante as consultas neurológicas no ambulatório da FAPAC/ITPAC e no CEME em Porto Nacional- TO, podendo assim interferir na melhor abordagem médica frente ao paciente com demência. Haja vista uma possível associação entre a demência vascular e o Alzheimer, caracterizando a demência mista, abrindo o leque de diagnóstico demenciais.

7.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS

A partir da aplicação do escore de Hachinski, da reavaliação na consulta neurológica e da revisão de prontuário é provável que se obtenham como resultado um diagnóstico e/ou subdiagnóstico de pacientes portadores de demência frontotemporal, de demência com corpos de Lewy ou de demência mista, os quais não estavam incluídos como objetivos da presente pesquisa.

Além do escore de Hachinski, também poderão ser aplicados o MEEM e a escala de avaliação de Nitrini, para elucidar os diagnósticos duvidosos. Assim, busca-se adotar estratégias para uma melhor abordagem da pesquisa dos pacientes idosos, visando obter uma detecção precoce o que possibilitará um tratamento eficaz

8 ORÇAMENTO

QUADRO 01: Orçamento para desenvolvimento do projeto de pesquisa

Categoria: Gastos em Recursos Materiais:			
ITENS:	Quantidade	Valor R\$:	Valor Total
Xerox	100	0,15	15,00
Impressão	60	0,25	15,00
Caneta	20	1,50	30,00
Lápis	1	2,00	2,00
Borracha	1	2,00	2,00
Valor Total:			64,00
Categoria: Gastos com Recursos Humanos:			
ITENS:	Quantidade	Valor R\$:	Valor Total
Combustível	50L	4,90	245,00
Alimentação	20	16,00	320,00
Valor TOTAL:			565,00
Financiamento TOTAL da Pesquisa			
Itens:			Valor Total Diário
Gastos com Recursos Materiais			64,00
Gastos com Recursos Humanos			565,00
Valor TOTAL			629,00

FONTE: Pesquisador.

As despesas para realização do projeto de pesquisa serão custeadas pelos pesquisadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Osvaldo P. **Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil**. Arq neuropsiquiatr, v. 56, n. 3B, p. 605-12, 1998.
- ALMEIDA, Osvaldo P. **Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência**. Arq Neuropsiquiatr, v. 56, n. 3A, p. 412-8, 1998.
- ARAÚJO, Claudia Lysia de O.; NICOLI, Juliana Silva. **Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira**. Revista Kairós: Gerontologia, v. 13, n. 1, 2010.
- ALMEIDA, O. P. **Biologia molecular da doença de Alzheimer: uma luz no fim do túnel?** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 43, n. 1, p. 77-81, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- BURLÁ, Claudia et al. **Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 2949-2956, 2013.
- CUNHA, Ulisses Gabriel de Vasconcelos; THOMAZ, Débora Pereira. **Riscos do subdiagnóstico da demência em condutores de veículos**. 2011.
- CARAMELLIA, Paulo; BARBOSAB, Maira Tonidandel. **Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?** How to diagnose the four most frequent causes of dementia? Rev Bras Psiquiatr, v. 24, n. Supl I, p. 7-10, 2002.
- COSTA, Andry Fiteman et al. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas-Doença de Alzheimer**. Portaria SAS/MS, n. 1298, 2013.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed Editora, 2018.
- ENGELHARDT, Elias et al. **Demência vascular. Critérios diagnósticos e exames complementares**. Dementia & Neuropsychologia, v. 5, n. 1, 2011.
- FROTA, Norberto Anízio Ferreira et al. **Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer**. 2011.
- FORNARI, Luís Henrique Tieppo et al. **As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente**. Scientia médica, v. 20, n. 2, 2010.
- GOMES, Marleide da Mota; TEIVE, Hélio A.G. **História da neurologia brasileira : Cinquentenário da Academia Brasileira de Neurologia Centenário da Neurologia Brasileira**. 1. ed. São Paulo: Omnifarma, 2012. 78 p. v. único. Disponível em: <<http://www.cadastro.abneuro.org/site/Livro%20ABN%20Historia%20da%20Neurologia%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

GUERREIRO, Manuela. **Diagnóstico de demência:** Uma questão de critérios DSM-IV ou ICD-10. *Psicologia*, v. 16, n. 1, p. 51-58, 2002.

LEIBING, Annette. **Olhando para trás:** os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 1, 1999.

LEIBING, Annette. **Doença de Alzheimer:**(um) a história. *Informação psiquiátrica*, v. 17, n. S1, p. s4-10, 1998.

LOPES, Marcos A.; BOTTINO, Cássio MC. **Prevalência de demência em diversas regiões do mundo:** análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq neuropsiquiatr*, v. 60, n. 1, p. 61-9, 2002.

NASCIMENTO, Hellen Guedes do et al. **O cuidado com a pessoa com demência por familiares e por profissionais de saúde.** 2018.

NETO, José Gallucci; TAMELINI, Melissa Garcia; FORLENZA, Orestes Vicente. **Diagnóstico diferencial das demências.** *Rev Psiquiatr*, v. 32, n. 3, p. 119-30, 2005.

NITRINI, Ricardo; BACHESCHI, Luiz Alberto. **A neurologia que todo médico deve saber** . 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. 494 p. v. único.

PARMERA, Jacy Bezerra; NITRINI, Ricardo. **Demências:** da investigação ao diagnóstico. *Revista de Medicina*, v. 94, n. 3, p. 179-184, 2015.

PEREIRA, Pedro Miguel Cabral de Melo. **Doença de Alzheimer:** perspectivas de tratamento. 2013. Tese de Doutorado. Universidade da Beira Interior.

RABELLO, JUNIOR; CABRAL, Francisco de Assis Pinto. **Diagnóstico diferencial das síndromes demenciais na Atenção Básica à Saúde:** projeto de intervenção. 2017.

SANTOS, Ana Paula Ribeiro dos; MONTEIRO, Mikaele da Costa Gomes; SANTOS, Jéssica Michelle dos. **A perda da identidade em pacientes com alzheimer, qual o impacto para o paciente e a família?**, 2017.

SEIXAS, Flavio Luiz et al. **Descrição de um sistema de suporte ao diagnóstico de demência e Transtornos Mentais Relacionados.** *Journal of Health Informatics*, v. 9, n. 3, 2017.

SCHLINDWEIN-ZANINI, Rachel. **Demência no idoso:** aspectos neuropsicológicos. *Rev neurociênc*, v. 18, n. 2, p. 220-226, 2010.

SILVA TALMELLI, Luana Flávia da et al. **Doença de Alzheimer:** declínio funcional e estágio da demência. *Órgão Oficial de Divulgação Científica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo*, v. 26, n. 3, p. 219-25, 2013.

SMID, Jerusa et al. **Caracterização clínica da demência vascular. Avaliação retrospectiva de uma amostra de pacientes ambulatoriais.** *Arq Neuropsiquiatr*, v. 59, n. 2-B, p. 390-393, 2001.

HEUTINK, Peter. Demência Fronto-temporal. **Encyclopedia of Molecular Mechanisms of Disease** , p. 510-512, 2009.

WANNMACHER, Lenita. **Demência**: evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos. **Uso racional de medicamentos**: temas selecionados. Brasília, v. 2, p. 1-6, 2005.

ANEXOS

ANEXO I – Escore Isquêmico de Hachinski

Quadro 1. Escore Isquêmico de Hachinski*.

Achado	Pontos
Início abrupto	2
Progressão em etapas	1
Curso flutuante	2
Confusão noturna	1
Preservação relativa da personalidade	1
Depressão	1
Queixas somáticas	1
Labilidade emocional	1
História de hipertensão	1
História de acidentes vasculares cerebrais	2
Evidência de aterosclerose associada	1
Sintomas neurológicos focais	2
Sinais neurológicos focais	2
Pontuação ≤ 4 é sugestiva de Doença de Alzheimer; ≥ 7 é sugestiva de Demência Vascular; 5 e 6 sugerem Demência Mista.	

*Adaptado de Hachinski et al., 1975.²⁶

Fonte: FORNARI, Luís Henrique Tieppo et al. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente. **Scientia médica**, v. 20, n. 2, 2010.

ANEXO II – Miniexame do Estado Mental (MEEM)

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação (10 pontos)

- Dia da semana
- Dia do mês
- Mês
- Ano
- Hora aproximada
- Local específico (apartamento, setor)
- Instituição (hospital, residência)
- Bairro ou rua próxima
- Cidade
- Estado

Linguagem

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)
- Comando: "pegue este papel com sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (3 pontos)
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)
- Escrever uma frase (1 ponto)

Memória imediata

- Vaso, carro, tijolo (3 pontos)

Habilidades visuoespaciais

- Copiar um desenho (1 ponto)

Atenção e cálculo

- 100 - 7 sucessivos (5 pontos)

Escore total:

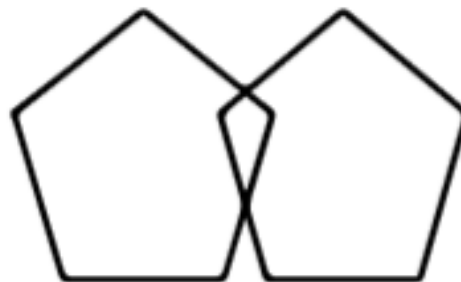
Evocação

- Recordar as três palavras (3 pontos)

Memória operacional

- Soletrar a palavra "mundo" de trás para a frente (5 pontos)
-

FECHE OS OLHOS



ATENÇÃO E FUNÇÕES EXECUTIVAS

- Dígitos em ordem direta _____ Em ordem inversa _____
- Meses do ano na ordem inversa _____
- Vigilância (levantar a mão quando falar A): _____

Controle inibitório: *Go no go* _____

Atos motores alternados e flexibilidade mental

- Teste de Luria (punho-borda-palma) _____
- Teste do aplauso _____
- Teste de Ozeretski (abrir e fechar as mãos) _____

NEUROLOGIA COGNITIVA E DO ENVELHECIMENTO: DO CONHECIMENTO BÁSICO À ABORDAGEM CLÍNICA

Planejamento: Teste do desenho do relógio (fazer durante bateria breve)

Fluências verbais (fazer durante bateria breve)

- Fonêmica _____ Semântica _____

Julgamento e resolução de problemas

- “Chegando a uma cidade desconhecida, como você faria para localizar um amigo que você gostaria de ver?”
- “O que faria se visse fumaça saindo da janela de seu vizinho?”

Abstração

- Provérbios “Água mole em pedra dura tanto bate até que fura.”
 “A cavalo dado não se olham os dentes.”
- Semelhanças: “beterraba e couve-flor”, “escrivainha e estante”.

Sinais de "frontalização"

- Reflexos axiais da face inesgotáveis
- Reflexo de protrusão labial (*snout*)
- Reflexo palmomentoniano
- Reflexo de preensão (*grasping*)

MEMÓRIA VERBAL

- Repetição (três vezes): João Silva, Rua Central, 42, São Paulo
- Quando você nasceu? _____
- Onde você nasceu? _____
- Qual foi a última escola que você frequentou (nome, lugar, série)? _____
- Qual era sua ocupação principal (ou do cônjuge)? _____
- Qual foi seu último emprego importante (ou do cônjuge)? _____
- Quando você (ou seu cônjuge) se aposentou e por quê? _____
- Evocação: João Silva, Rua Central, 42, São Paulo _____

BATERIA BREVE DE RASTREIO COGNITIVO BREVE**Memória, funções executivas, linguagem e funções visuoespaciais**

	Corretas	Intrusões
Nomeação		
Memória incidental		
Memória imediata		
Aprendizagem		
Interferências (teste do desenho do relógio e fluências verbais)		
Memória tardia		
Reconhecimento		

ANEXO III - Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (Nitrini et al., 1994)

Percepção Visual e Nomeação

Mostre a folha contendo as 10 figuras e pergunte: “que figuras são estas?”

Memória Incidental

Esconda as figuras e pergunte: “que figuras eu acabei de lhe mostrar?”

(Tempo máx. de evocação: 60s)

Memória Imediata

Mostre a figuras novamente durante 30 seg dizendo: “Olhe bem e procure memorizar esta figuras” (Se houver *deficit* visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome/segundo; fale a série toda duas vezes).

Esconda as figuras e pergunte: “que figuras eu acabei de lhe mostrar?”

(Tempo máx. de evocação: 60s)

1. *Aprendizado (Memória Imediata2)*

Mostre a figuras novamente durante 30s dizendo: “Olhe bem e procure memorizar estas figuras” (Se houver *deficit* visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome/segundo; fale a série toda duas vezes). Esconda as figuras e pergunte: “que figuras eu acabei de lhe mostrar?” (Tempo máximo de evocação: 60s)

2. *Teste de Fluência Verbal*

“Você deve falar todos os nomes de frutas que se lembrar, no menor tempo possível. Pode começar”.

Anote o número de frutas lembrados em um minuto:

3. **Desenho do relógio** (Sunderland et al.,1989)

Dê uma folha de papel em branco e diga: “Desenhe um relógio com todos os números. Coloque ponteiros marcando 2h45.” (guarde o desenho com a ficha).

4. **Memória tardia (5min)**

“Que figuras eu lhe mostrei há alguns minutos?” Se necessário, reforce, dizendo figuras desenhadas numa folha de papel plastificada. (60 segundos)

5. **Reconhecimento**

Mostre a folha contendo as 20 figuras e diga: “aqui estão as figuras que eu lhe mostrei hoje e outras figuras novas; quero que você me diga quais você já tinha visto há alguns minutos. ”

	Percepção	Nomeação	Memória Incidental	Memória Imediata	Aprendizado	Memória Tardia (M5)	Reconhecimento
Sapato							
Casa							
Pente							
Chave							
Avião							
Balde							
Tartaruga							
Livro							
Colher							
Árvore							
CORRETAS							
INTRUSÕES							

Fluência Verbal Fonêmica

F: _____

A: _____

S: _____

Pontuação do Relógio (Sunderland et al., 1989)

Avaliação 10 – 6: Relógio e número estão corretos

10 - Hora certa;

9 - Leve distúrbio nos ponteiros (p. ex.: ponteiro das horas sobre o 2);

8 - Distúrbios mais intensos nos ponteiros (p. ex.: anotando 2:20);

7 - Ponteiros completamente errados;

6 - Uso inapropriado (p. ex.: uso de código digital ou de círculos envolvendo números);

Avaliação 5-1: Desenhos do relógio e dos números incorretos:

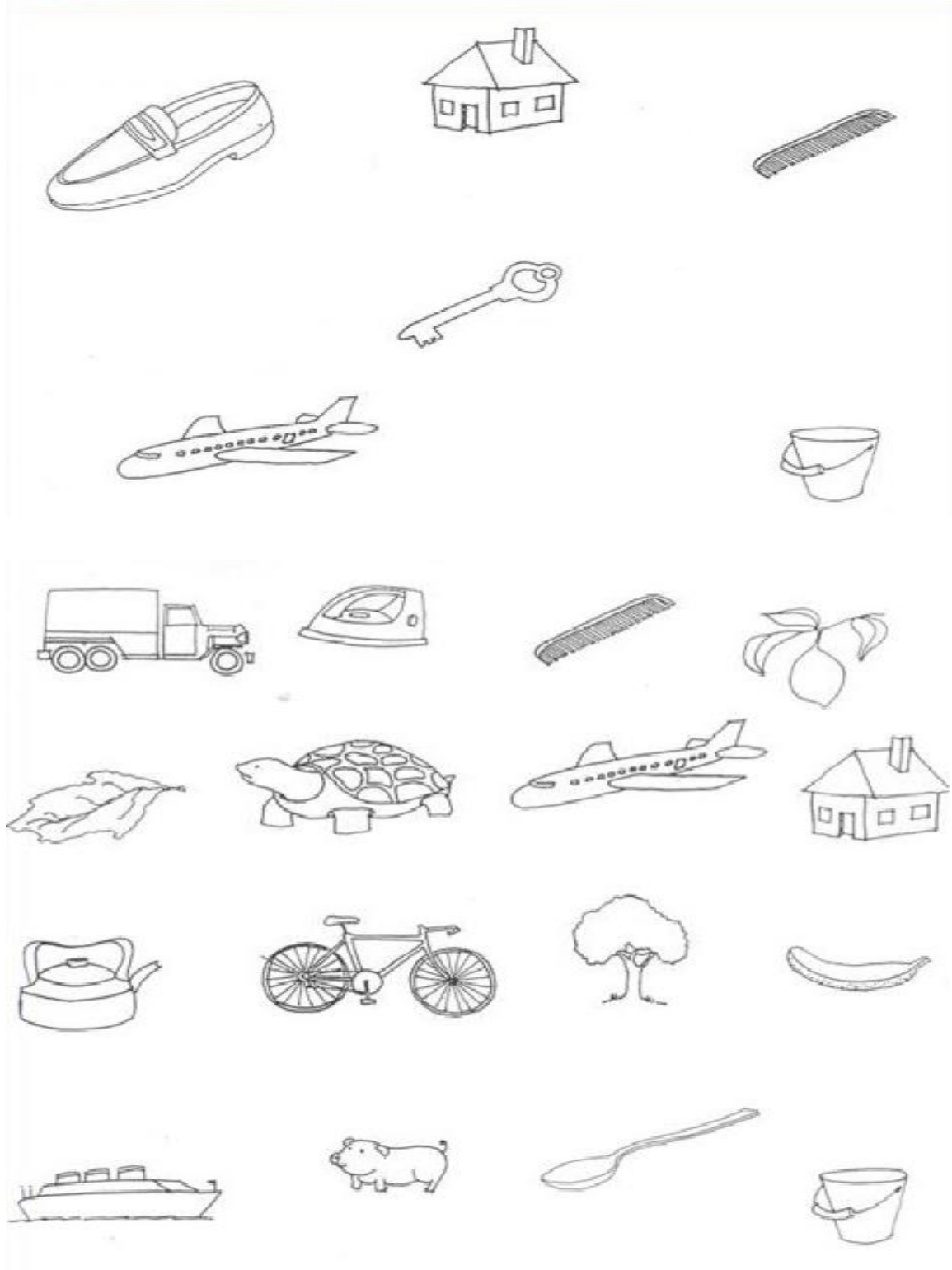
5 - Números em ordem inversa ou concentrados em alguma parte do relógio;

4 - Números faltando ou situados fora dos limites do relógio;

3 - Números e relógio não mais conectados. Ausência de ponteiros;

2 - Alguma evidência de ter entendido as instruções, mas com vaga semelhança com um relógio;

1 - Não tentou ou não conseguiu representar um relógio.



Fonte: DAMIN, Antonio Eduardo. **Aplicação do questionário de mudança cognitiva como método para rastreio de demências.** 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.



FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
Rua 02, Quadra 07, S/N, Jardim dos Ypês, Porto Nacional/TO
CEP 77.500-000 CNPJ 10.261.569/0001-64 Fone: (63) 33639600 - www.itpacporto.com.br

APÊNDICES

APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

O (A) Senhor (a) _____, está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa “Análise dos diagnósticos de pacientes com demência vascular no ambulatório da FAPAC/ITPAC e no CEME de Porto Nacional-TO”. Para isso receberá dos acadêmicos Karina Rocha Almagro e Sabriny Nolêto Kasburg e do orientador Prof. Marcelo Silva Cabral, responsáveis por sua execução, as seguintes informações, a fim de entender, sem dificuldade e sem dúvidas, os seguintes aspectos:

Este projeto de pesquisa tem como objetivo Investigar se existe o subdiagnóstico de doenças demenciais, com foco na demência vascular, nas consultas realizadas no ambulatório da FAPAC/ITPAC e no CEME de Porto Nacional- TO.

Esse estudo se baseia na importância dos benefícios que um diagnóstico correto acarretam na efetividade do tratamento de um paciente, tendo como finalidade investigar as causas dos subdiagnósticos, bem como o impacto que isso gera na vida do indivíduo. Não sendo apenas um estudo e análise meramente numéricos, mas visando alcançar meios que possibilitam um diagnóstico preciso e diferencial das demências.

Além disso, a pesquisa tem como referencia a identificação de casos subdiagnosticados de demência no ambulatório da FAPAC/ITPAC e no CEME de Porto Nacional – TO, podendo, a partir disso, quantificar a porcentagem da amostra acometida e melhorar o quadro clínico dos pacientes portadores de demência vascular por meio de com um diagnostico efetivo.

Ao final deste estudo espera-se identificar subdiagnósticos de demência vascular por meio do escore de Hachinski aplicado durante as consultas

neurológicas no ambulatório da FAPAC/ITPAC e no CEME em Porto Nacional- TO, podendo assim interferir na melhor abordagem médica frente ao paciente com demência. Haja vista uma possível associação entre a demência vascular e o Alzheimer, caracterizando a demência mista, abrindo o leque de diagnóstico demenciais.

Esse estudo começará em março de 2019 e terminará em novembro de 2019. Esclarecemos que essa pesquisa não oferecerá riscos à sua pessoa, todavia se o (a) senhor (a) se sentir constrangido, não será obrigado (a) a continuar na pesquisa. Objetivando minimizar e reduzir esses impactos, o questionário será realizado de forma individual em um espaço reservado e lhe será assegurado o sigilo das informações, utilizando-as apenas para fins acadêmicos científicos.

Por outro lado, a pesquisa trará benefícios que se relacionam em elucidar se há possíveis subdiagnósticos de demência vascular e de que forma isso afetaria a população. Contribuindo, assim, para uma melhor assistência médica ao paciente e melhor qualidade de vida aos afetados que seriam diagnosticados e tratados de maneira correta, podendo modificar a forma como o processo de adoecimento afeta as suas vidas e o ambiente familiar em que está inserido.

Para participar desse estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr. (a) tem assegurado o direito à indenização.

O (A) Sr. (a) terá esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a).

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade FAPAC/ITPAC Porto e a outra será fornecida ao (à) Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão a sua disposição quando finalizada a pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão, atendendo a legislação brasileira (Resolução CNS N. 466/2012), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em casos de dúvidas ou reclamações a respeito da pesquisa, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato a qualquer momento com os pesquisadores através dos contatos (63) 99267 6161 (Professor Orientador) ou (63) 98444 6736 Sabriny Nolêto Kasburg (Acadêmica Pesquisadora) e do (63) 99233 9159 (Acadêmica Pesquisadora). Também poderá entrar em contato com o CEP – Comitê de Ética e Pesquisa localizado no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda – ITPAC PORTO, na Rua 02, Quadra 07, s/n., Bairro Jardim dos Ipês, Porto Nacional – TO, CEP: 77500-00 pelo telefone: (63) 3363 – 9674, ou ainda pessoalmente de segunda a sexta-feira no período das 12 às 18 horas, e-mail: cep@itpacporto.com.br.

Eu, _____, portador do RG N. _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “A humanização no atendimento ao paciente surdo pelos internos de Medicina no Hospital Geral de Palmas”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste Termo de consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Porto Nacional, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante

Assinatura da Acadêmica Pesquisadora

Assinatura da Acadêmica Pesquisadora

Assinatura do Orientador



FAPAC - Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês - Porto Nacional - TO - CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363 - 9600 - CNPJ - 10.261. 569/0001 - 64
www.itpacporto.com.br

Prof. Orientador: Marcelo Silva Cabral

**APÊNDICE II: CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO AO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA**

Eu, Karina Rocha Almagro, CPF: 606423293-54 e Sabriny Nolêto Kasburg, CPF: 032571051-18 alunas regularmente matriculadas no Curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA, sob orientação Do Doutor e Professor Marcelo Silva Cabral, encaminho o projeto intitulado : **“ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES COM DEMÊNCIA VASCULAR NO AMBULATÓRIO DA FACULDADE FAPAC/ITPAC E NO CEME DE PORTO NACIONAL NO PERÍODO DE 2019”**, para apreciação neste Comitê de Ética em Pesquisa indicado pela Plataforma Brasil.

Acadêmicas

Porto Nacional/TO

2018



FAPAC - Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês - Porto Nacional - TO - CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363 - 9600 - CNPJ - 10.261. 569/0001 - 64
www.itpacporto.com.br

APÊNDICE III: CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que temos conhecimento, estamos de acordo e autorizamos a execução do projeto de pesquisa que tem como tema: **ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES COM DEMÊNCIA VASCULAR NO AMBULATÓRIO DA FAPAC/ITPAC E NO CEME DE PORTO NACIONAL-TO NO PERÍODO DE 2019**, a ser realizado no município de Porto Nacional - TO, sob orientação da Prof. Marcelo Silva Cabral.

Porto Nacional, _____/_____/_____

Secretário Municipal de Saúde – Porto Nacional

FAPAC - Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês - Porto Nacional - TO - CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363 - 9600 - CNPJ - 10.261. 569/0001 - 64
www.itpacporto.com.br



APÊNCIDE IV: TERMO DE ANUÊNCIA FAPAC

A Faculdade Presidente Antônio Carlos ITPAC PORTO, está de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado pesquisa “ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES COM DEMÊNCIA VASCULAR NO AMBULATÓRIO DA FAPAC/ITPAC E NO CEME DE PORTO NACIONAL-TO NO PERÍODO DE 2019”

coordenado pelo pesquisador Prof^o. Marcelo Silva Cabral, desenvolvido em conjunto com os acadêmicos Karina Rocha Almagro e Sabriny Nolêto Kasburg, da FAPAC/ITPAC Porto, com os objetivos de analisar a percepção dos formandos em medicina do 11^o e 12^o período do segundo semestre de 2018 da FAPAC/ITPAC Porto Nacional sobre sua formação. Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/12 do CNS. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Porto Nacional, 03 de dezembro
de 2018.

Larissa Jácome Barros Silvestre

Coordenação de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Larissa Jácome Barros Silvestre
Coord. de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão
DEPEX/FAPAC/ITPAC PORTO



FAPAC - Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês - Porto Nacional - TO - CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363 - 9600 - CNPJ - 10.261. 569/0001 - 64
www.itpacporto.com.br

APÊNDICE V: TERMO DE COMPROMISSO SOBRE O INÍCIO DA PESQUISA

PROJETO: ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES COM DEMÊNCIA VASCULAR NO AMBULATÓRIO DA FAPAC/ITPAC E NO CEME DE PORTO NACIONAL-TO NO PERÍODO DE 2019

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Professor Marcelo Silva Cabral

PESQUISADORAS PARTICIPANTES: Karina Rocha Almagro e Sabriny Nolêto Kasburg

Eu, Professor Marcelo Silva Cabral, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, com a anuência da IES FAPAC/ITPAC Porto declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções CNS/MS 240/97, 251/97, 292/99, 340/2004 e 510/2016 e assumo, neste termo o compromisso de:

1) Somente iniciar a pesquisa após sua aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAPAC/ITPAC Porto e, nos casos assim previstos em lei (Resolução CNS/MS 196/96, VIII, 4 e CNS/MS 340/04, item VI), na Comissão Nacional Ética em Pesquisa – CONEP;

2) Caso a pesquisa seja interrompida, informar tal fato ao Comitê de Ética e Pesquisa, de forma justificada;

3) Na ocorrência de evento adverso grave comunicar imediatamente ao CEP, bem como prestart todas as informações que me foram solicitadas;

4) Utilizar os dados e/ou informações coletadas assegurando a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

5) Destinar os dados e/ou informações coletadas somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa;

6) Apresentar relatório final, sobre o desenvolvimento da pesquisa ao
CEP.

Porto Nacional, 3 de dezembro de 2018.

Prof. Marcelo Silva Cabral

Pesquisador Responsável

Matrícula Funcional: