

Reunião - Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia - Ministério da Saúde

06/10/2011

Secretário de Atenção à Saúde SAS/MS - Dr. Helvécio Miranda Magalhães Junior

Dra. Elza Dias-Tosta - Presidente da Academia Brasileira de Neurologia (ABN)

Dra. Sonia Maria Dozzi Brucki - Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da ABN

Considerações Gerais

As demências e, em especial, a Doença de Alzheimer tem sua prevalência aumentada com o envelhecimento da população. Alguns estudos brasileiros comprovam esta mesma tendência observada nos estudos populacionais ao redor do mundo.

Os estudos realizados no Estado de São Paulo apresentam prevalência que varia de 5.1 a 19 % entre indivíduos com idade superior a 65 anos; dois estudos no Rio de Janeiro apresentam prevalência de 15.1 e 37.7 (Herrera Jr et al.; Lebrão e Laurentis; Lopes et al.; Bottino et al.; Scazufca et al., Veras e Murphy; Lacks et al.).

A prevalência aumenta entre analfabetos e menos escolarizados, com menor nível socioeconômico e, em alguns estudos entre as mulheres.

Entre dados de estudos epidemiológicos da América Latina temos a prevalência de demência de 7.13%, dividindo-se entre alfabetizados e analfabetos temos, respectivamente, 7.16 e 15.67% (Nitrini et al.).

Existem os indivíduos classificados com comprometimento cognitivo sem demência, pacientes em alto risco para o desenvolvimento de demência, variando de 10 a 20% entre os estudos (Petersen et al.).

Considerando-se as prevalências encontradas por estes estudos e tomando-se por base os dados do IBGE de 2010 temos ao redor de:

- para indivíduos acima dos 65 anos: entre 718.155 (prevalência de 5.1%) a 2.675.481 (prevalência de 19%).

- considerando indivíduos com comprometimento cognitivo leve (10 a 20%): 1.408.148 a 2.816.296

- Somando-se, teremos aproximadamente de 2.500.000 a 3.500.00 de idosos com comprometimento cognitivo (sem demência e com demência).

Aproximadamente 50 a 55% dos casos de demência são de doença de Alzheimer, em segundo lugar está a demência vascular no nosso meio. Embora, muitos casos tenham patologia de doença de Alzheimer e também alterações vasculares, vista também nos exames de imagem. O que é importante, pois as

medidas de prevenção primárias e secundárias para doenças vasculares cerebrais podem reduzir o número de casos de demência vascular e de Doença de Alzheimer.

Uma porcentagem dos casos de demência e, principalmente de comprometimento cognitivo sem demência pode ser potencialmente revertida. A porcentagem exata no Brasil é desconhecida, temos casuísticas de serviços especializados de aproximadamente 8% dos pacientes atendidos.

O paciente com demência representa um custo direto aos serviços de saúde, por aumento de internações hospitalares, maior risco de quedas; além de custos indiretos, necessidade de um cuidador, familiar em sua maioria (em geral alguém deixa de trabalhar) ou cuidador profissional pago; redução da renda pelo próprio paciente. Os custos incluem: visitas médicas ao longo do tratamento e à época do diagnóstico, tratamento medicamentoso (drogas anticolinesterásicas – fornecidas; memantina – não fornecida), tratamento de outras comorbidades, cuidados pessoais, com gastos aumentando com a fase da doença.

Segundo a *Alzheimer's Association* (2006) o custo anual direto e indireto é de US\$100 bilhões. O custo anual médio nos EUA é de: US\$18.400 em estágio leve; US\$30.100 em estágio moderado e US\$36.132 para estágio grave. Na Argentina o custo do paciente vivendo em comunidade é de US\$8129 e de US\$14863 em institucionalizados (Castro et al.)

Temos dados no Brasil de que apenas 16% dos idosos atendidos em serviço de clínica geral, que tiveram diagnóstico de demência por especialista, tiveram alguma anotação sobre comprometimento cognitivo no seu prontuário (Jacinto et al.).

- Propostas:

1) realização de manual técnico: "**Diagnóstico e tratamento das demências - da atenção básica ao tratamento especializado**". Visando orientar o diagnóstico precoce de paciente com comprometimento cognitivo na Unidade Básica de Saúde (UBS) e quando encaminhar ao especialista.

Abrangendo:

-critérios diagnósticos das demências (Doença de Alzheimer, demência vascular, demência frontotemporal, demência com corpos de Lewy) e do comprometimento cognitivo leve

-diagnóstico diferencial de causas potencialmente tratáveis

- diagnóstico diferencial com quadros depressivos

-uso de instrumentos breves de rastreio na suspeita de comprometimento

-orientação quanto ao tratamento farmacológico específico para cognição na Doença de Alzheimer

- tratamento farmacológico das alterações de comportamento nas demências

- orientação para o tratamento não farmacológico
- manejo do paciente desde a fase leve à fase grave
- importância do tratamento das co-morbidades no paciente dementado

O manual enfatizará a importância da suspeita e diagnóstico precoce de declínio cognitivo e tentará minimizar a dificuldade do diagnóstico de comprometimento cognitivo entre os analfabetos, muitas vezes considerado como do próprio status educacional. O diagnóstico e o tratamento precoce melhorarão a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Além de permitir o tratamento das demências potencialmente tratáveis/reversíveis..

2) disponibilizar o uso de questionários rápidos e com poder de discriminação de comprometimento cognitivo de uso fácil para o generalista e/ou profissional de saúde.

3) qualificação de médicos nos Estados; temos profissionais ligados à ABN como neurologistas, psiquiatras e geriatras especializados, na maior parte dos Estados, que poderão servir de replicadores – cursos presenciais e à distância via internet.

4) participar da capacitação de agentes comunitários de saúde (ACS) e de outros profissionais da saúde para a suspeita precoce de comprometimento cognitivo, qualificando-os também como apoio aos cuidadores.

5) apoiar a avaliação da qualidade do atendimento: como método de avaliação pode-se ver a frequência de encaminhamento ao especialista num primeiro momento, o número de prescrições de medicação de alto custo e a procura de auxílio via internet aos médicos responsáveis por regiões pré-determinadas.

6) apoio técnico ao MS

Nossas propostas vem de encontro ao PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL, 2011-2022, conforme detectamos nos:

Eixos:

b) promoção da saúde - envelhecimento ativo

III - capacitação das equipes de profissionais da atenção primária em saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas

V - criar programas para formação do cuidador da pessoa idosa e da pessoa com condições crônicas na comunidade

c) cuidado integral

I- linha de cuidado da DCNT - protocolos e diretrizes clínicas, referência e contrarreferência para a rede de especialidades

II- capacitação e telemetria

Contatos:

Dra. Elza Dias-Tosta - elzadiast@gmail.com

Dra. Sonia Maria Dozzi Brucki - sbrucki@uol.com.br