

O Idoso Demenciado e seu Impacto na Saúde Pública: estamos preparados?

Daniela Prunes Regi¹

Armando Miguel Junior²

Antonio Carlos Leitão Campos Castro³

Resumo

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

Palavras-chave: Demência. Idosos. Saúde Pública.

¹ Médica do Programa de Saúde da Família Município de Americana e pós-graduada em Saúde e Medicina Geriátrica pela METROCAMP. E-mail para contato: dregi@kbonet.com.br

² Geriatra e Gerontólogo, Professor Doutor - Coordenador do curso de pós-graduação Saúde e Medicina Geriátrica da METROCAMP. E-mail para contato: saudegeriatica@terra.com.br

³ Médico Nefrologista e Professor Livre Docente do curso do curso de pós-graduação Saúde e Medicina Geriátrica da METROCAMP. E-mail para contato: acastro@net.com.br

Aging Dementia and its Impact on the Public Health System: are we ready?

Abstract

The aging of the population is a reality. The 60 year-old age group is the one that more grows. It is estimated that in 2025, it will comprise about 32 million aging people. One of the important reasons for this population increase is the excellent epidemiological transition and its alterations in the morbimortality picture. The dementias, characterized for the loss of the cognitives and emotional abilities, serious enough to interfere with the daily life of its carriers, prevalent in aged, are considered a public health problem, as the longevity of the population is increasing. Numerous cases of dementia pass unobserved, because doctors do not look for it or cannot not recognize it. The lack of diffusion of geriatric knowledge to the health professionals has contributed decisively for the difficulties in the medical approach of the aging patient. The recognition of the dementias in the aging group has a basic role for the public health, as through the brief diagnosis, the quality of life of these patients can remain for longer period, in compliance with the directions given by the "Estatuto do Idoso" (the Code of the Aging). Moreover, the qualification of professionals of health in Geriatrics and Gerontology is essential in the search for an integral and qualified attendance to the aging population health. The purpose of this work is to start a discussion on the dementias and the aging, in the scope of the Public Health, providing a reflection on the subject and on how to improve the attendance of the aging in the Public Health System through SUS (Sistema Único de Saúde).

Key words: Dementia. Aged. Public Health.

Introdução

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

Além do grande impacto da doença sobre a vida dos pacientes e de seus familiares, temos observado um enorme custo financeiro para a sociedade

(WHO, 1997). O relatório sobre a Saúde do Mundo em 2001 ressalta a importância dos dados epidemiológicos para a determinação de prioridades no âmbito da saúde mental, bem como para projetar e avaliar intervenções de saúde pública (OMS; OPAS, 2001). Ainda que se reconheça a importância de investigar a prevalência da demência na comunidade e seu impacto na economia, são raros os estudos disponíveis no Brasil. Estima-se que cerca de 66% dos casos de demência no mundo estejam nos países em desenvolvimento e, no entanto, apenas 10% das pesquisas populacionais sobre esta doença dirigem-se às populações desses países (SCAZUFCA et al., 2002; CERQUEIRA, 2003).

O reconhecimento das demências no idoso tem um papel fundamental para a Saúde Pública, pois através do diagnóstico breve, a qualidade de vida destes pacientes pode se prolongar por maior tempo. No entanto, para que isso ocorra é necessário refletir sobre as seguintes questões: Qual a importância da investigação das queixas de demências no idoso dentro da rotina da Saúde Pública? Até que ponto os médicos generalistas e clínicos estão capacitados para reconhecer a demência e fazer seu seguimento apropriado? Além disso, estamos preparados para uma abordagem ampla e integral do idoso, tendo em vista as peculiaridades do processo de envelhecimento e a legitimação do Estatuto do Idoso?

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

Transição Demográfica

O envelhecimento da população é uma realidade que vem sendo constatada, principalmente no século XX e início do século XXI, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Muitas razões têm contribuído para esse crescimento. O envelhecimento no Brasil pode ser considerado um fenômeno predominantemente urbano, face ao maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento. No entanto, consideram-se importantes a diminuição da taxa de mortalidade, a diminuição da taxa de natalidade, a melhora do padrão de vida e o aumento da assistência médico-sócio-cultural da população (CANINEU, 2003).

De acordo com dados da PNAD divulgados pelo IBGE (2006), a faixa etária de pessoas com mais de 80 anos de idade, na composição da sociedade

brasileira, foi a que mais cresceu entre os grupos etários de idosos.⁴ Em uma população total de cerca de 182 milhões de pessoas, a PNAD indica que a faixa etária de pessoas de 60 anos ou mais é de 18,2 milhões, ou seja, 10% da população brasileira. Trata-se de um grupo que cresce a cada ano e que aumentou em mais de cinco milhões de pessoas entre 1995 e 2005. Dados da OMS (1998) indicam que o Brasil ocupará o sexto lugar entre os países com maior contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade.

No Brasil, no período de 1960 a 1980, a expectativa de vida ao nascer era de 63,4 anos, ou seja, foram acrescentados cerca de 20 anos em três décadas (IBGE, 1981). As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). Paralelamente a esse aumento da expectativa de vida, observa-se, a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade.

O processo de transição demográfica no Brasil pode ser caracterizado por uma rápida mudança da pirâmide populacional, demonstrando um aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa. Até a década de 60, observava-se um crescimento semelhante de todos os grupos etários, mas a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento. Devido, principalmente, ao intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização e pelas políticas desenvolvimentistas.

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

⁴ A PNAD utiliza o conceito de idoso da Organização das Nações Unidas (ONU) para países em desenvolvimento, relativo às pessoas com mais de 60 anos de idade. Tal conceito também está presente no Estatuto do Idoso.

Transição Epidemiológica

Além das transformações demográficas, o Brasil tem vivido uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. Nas faixas etárias mais velhas, vem aumentando a importância das causas de morte relacionadas às neoplasias, às doenças respiratórias e, principalmente, às circulatórias que, na média nacional, chegam a representar 37% dos óbitos da população com mais de 60 anos de idade (SIMÕES, 2001).

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações são mais constantes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas. Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde. Porém, o idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo, também, submetido a uma triagem rotineira para fins de reabilitação (CAMPOS, 1993; CAMARANO, 1999).

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

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

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

prioridades e na alocação de recursos, além de subsidiar a implantação de medidas apropriadas à realidade brasileira.

A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares vem sendo questionada. O custo desse modelo requer medidas mais resolutivas e menos onerosas. No entanto, o retorno ao modelo de cuidados domiciliares não pode ter como única finalidade baratear custos e transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas.

Capacidade Funcional

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

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

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

A maioria das doenças crônicas que atingem os idosos tem, na própria idade, seu principal fator de risco. A presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa dirigir sua vida de forma completamente independente. A maior parte dos idosos, na verdade, é capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma ajuda. Os mais modernos conceitos gerontológicos dizem que idosos capazes de manter sua autodeterminação e seu poder de decisão no seu cotidiano são considerados idosos saudáveis, ainda que sejam portadores de doença crônica (DUARTE, 2003).

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

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

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

Demência

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

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

2002).

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

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

Classificação das Demências

As demências podem ser classificadas segundo diversos critérios. O mais utilizado é de acordo com o local de acometimento cerebral predominante, podendo ser corticais e subcorticais. Os requisitos necessários para o diagnóstico de demência, independentemente da etiologia, são descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) da Associação Americana de Psiquiatria (APA) de 1994. O diagnóstico de demência é eminentemente clínico, necessitando-se, para isso, observação atenciosa, análise da história do paciente e dos familiares, além de uma avaliação abrangente que englobe o exame físico geral, neurológico e psiquiátrico, avaliação neuropsicológica, laboratorial e, se

possível, exames de neuroimagem (CANINEU, 2003). Quando o diagnóstico for duvidoso, deve-se utilizar a avaliação neuropsicológica completa, sendo necessário, às vezes, uma nova avaliação a cada três meses.

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

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

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

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

Papel da Desnutrição

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

Segundo a Associação Americana de Saúde Pública, o estado nutricional é definido como "condição de saúde de um indivíduo influenciada pelo consumo e utilização de nutrientes e identificada pela correlação de informações obtidas através de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos". Portanto, o estado nutricional é detectado a partir de vários parâmetros, que podem ser utilizados e avaliados de forma isolada ou associados (NAJAS; PEREIRA, 2002).

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

Sabe-se que, a partir da terceira década de vida, iniciam-se alterações na composição corporal, com perda de massa magra e aumento do tecido adiposo. Estas modificações podem explicar o aumento de peso nos adultos jovens e as perdas involuntárias a partir de 60 anos. No entanto, embora comuns e esperadas, as perdas de peso corpóreo dos idosos devem ser sempre investigadas. Isolamento familiar, doenças, hospitalização prolongada e medicamentos podem, também, interferir no apetite e na absorção de nutrientes (NAJAS; PEREIRA, 2002).

No idoso com demência avançada, o comprometimento do estado nutricional está mais alterado, devido ao grau de dependência para se alimentar, à dificuldade para deglutir e ao estado cognitivo alterado, prejudicando assim, a sua avaliação nutricional. Dessa forma, é com grande frequência que se associa demência avançada com nutrição enteral. Na fase final ou terminal das demências, pelo fato do idoso se tornar totalmente dependente do cuidador (muitas vezes estar

institucionalizado sem ter um cuidador específico durante o dia todo para suas necessidades diárias como alimentação e higiene pessoal) são necessárias algumas medidas de intervenção, como o uso de fraldas e até mesmo a introdução do tubo enteral para a alimentação deste paciente (NAJAS; PEREIRA, 2002).

Avaliação Cognitiva

O diagnóstico sindrômico de demência depende da avaliação objetiva do funcionamento cognitivo e do desempenho nas atividades de vida diária (CARAMELLI; BARBOSA, 2002). O prejuízo cognitivo gera perdas significativas também no funcionamento das capacidades funcionais e sociais, o que representa um sensível declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento (FORLENZA; CARAMELLI, 2000; BUSSE; BLAZER, 1999).

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

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

No Brasil, o MEEM foi traduzido e adaptado por Bertolucci et al. (1994). Nesse estudo, que se tornou uma referência obrigatória no campo da saúde, foi demonstrada a importância da escolaridade no escore total do teste. O teste foi aplicado em 530 indivíduos, classificados segundo suas idades e escolaridades e constatou-se que ao comparar os quatro níveis

de escolaridade (analfabetos, baixa, média e alta) foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os escores, exceto para os indivíduos de baixa e média escolaridade quando comparados entre si. Os pontos de corte para o MEEM segundo o nível de escolaridade em nosso meio são: 13 pontos para analfabetos, 18 para escolaridade média (até 8 anos de instrução formal) e 26 para indivíduos de alta escolaridade (mais de 8 anos) (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005). Embora, não substitua uma avaliação completa e seja pouco sensível para detectar variações sutis na cognição, o MEEM é amplamente utilizado pelos profissionais da área.

A avaliação neuropsicológica detalhada é especialmente útil nos estágios iniciais de demência, onde os testes breves podem ser normais ou apresentar resultado limítrofe. As baterias neuropsicológicas constituem-se em seqüências de testes que avaliam comportamento e cognição. Podem ser padronizadas (compostas pelos mesmos testes) ou flexíveis (compostas por testes agrupados de acordo com a necessidade). São importantes para elaboração de planos de reabilitação e políticas de prevenção de saúde mental (NERI, CARVALHO, 2002). Além disso, facilitam o estabelecimento do perfil cognitivo basal antes, durante e depois de tratamentos, bem como colaboram para o diagnóstico diferencial em condições que envolvam prejuízo cognitivo.

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

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

O Idoso Demenciado e a Saúde Pública

Segundo o artigo 15 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003, p. 12),

[é] assegurada a atenção integral à saúde do idoso, através do

Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

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

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

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

Os vários tipos de demências surgem de forma destacada entre as doenças crônico-degenerativas, devido ao seu alto grau de comprometimento com a incapacidade funcional dos idosos (RAMOS, 2002; DUARTE; DIOGO 2002).

A necessidade tanto de recursos de triagem quanto de instrumentos mais definidos de avaliação é clara, por isso, foi desenvolvido uma Mini-

avaliação Nutricional (MAN), com o objetivo de estabelecer o risco individual de desnutrição de modo a permitir uma intervenção precoce quando necessária (GUIGOZ; VELLAS, 1998).

Trata-se de um instrumento composto por medidas e questões práticas que englobam avaliações antropométricas (peso, circunferências do braço e da panturrilha, altura e a história de perda de peso), avaliação global (estilo de vida, medicamentos, mobilidade e doenças), avaliação dietética (qualitativa e quantitativa) e auto-avaliação (percepção de sua saúde e qualidade nutricional) (NAJAS; PEREIRA, 2002). É uma das técnicas mais importantes para avaliar o potencial de desnutrição no idoso, antes que as alterações clínicas se manifestem, pelos serviços de Saúde Pública (MARUCCI; BARBOSA, 2003).

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

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

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

instituições (GROISMAN, 2002).

É importante ressaltar que há inúmeras intervenções capazes de melhorar a qualidade de vida, tanto do paciente demenciado como das pessoas que o atendem. Para que tais intervenções sejam bem sucedidas, é necessária a colaboração do médico com os demais serviços, médicos ou não, pois hoje existem recursos disponíveis na comunidade, capazes de fornecer subsídios para o cuidador e os familiares destes pacientes. Deve-se lembrar que a demência significa um grande fardo para a família, do ponto de vista tanto social como econômico, físico e psicológico. Em muitos casos o estresse psicológico não recebe atendimento adequado. É preciso preservar a saúde física e mental do familiar que cuida do doente, pois assim este cuidador poderá dar assistência melhor e por mais tempo que uma pessoa sobrecarregada e exausta. O aconselhamento torna-se, às vezes, primordial para o acompanhamento dos pacientes demenciados e de seus cuidadores (BENNETT, 2003).

Considerações Finais

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

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

O idoso demenciado provoca um grande impacto na Saúde Pública, pois os profissionais, na sua maioria, não possuem uma visão ampla da abordagem geriátrica, não estando preparados para o atendimento integral ao idoso doente. Além disso, sendo a demência uma doença que gera grandes incapacidades funcionais, os serviços de saúde devem se adequar ao atendimento e ao acompanhamento destes pacientes, através de consulta geriátrica fundamentada na coleta e registro de informações que possam orientar o correto diagnóstico e a utilização rotineira de

escalas de rastreamento de depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional. Desta forma, o profissional que atende o idoso deve ser devidamente capacitado e ter a sensibilidade para questões sociais eventualmente envolvidas no bem-estar do paciente.

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

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

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

Referências

ABREU, I. D., FORLENZA, O. R., BARROS, H. L. Doença de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista Psiquiátrica Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 131-136, maio/jun. 2005.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Metrocamp Pesquisa, v. 1, n. 1, p. 18-36, jan./jun. 2007.
Disponível em: <www.metrocamp.com.br/pesquisa>

Disordens. 4 th ed. Washington, DC: APA, 1994.

_____. _____. 4 th ed. Washington, DC: APA, 1995.

BENNETT, D. A. Doença de Alzheimer e outros tipos de demência. In: WEINER, W. J.; GOETZ, C. G. (Org.). *Neurologia para o não especialista: fundamentos básicos da Neurologia contemporânea*. São Paulo: Editora Santos, 2003. p. 233-234.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos. Neuro-Psiquiátrico*, n. 52, p. 1-7, 1994.

BUSSE, E. W.; BLAZER, D. G. *Psiquiatria geriátrica*. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 1999.

BRASIL. Senado Federal. *Estatuto do idoso*. Brasília, DF, 2003.

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

CAMARANO, A. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CAMPOS, C. E. A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Caderno Saúde Pública*, n. 9, p. 190-200, 1993.

CANINEU, P. R. *Demências: características clínicas gerais*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa GERP, 2003.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? *Revista Brasileira Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, supl. 1. p. 7-10, 2002.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y.A. O. D. (Org.). *SABE – Saúde, Bem-Estar, Envelhecimento: projeto SABE do município de São Paulo*. Brasília, DF: OPAS, 2003.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D.E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo. Editora Atheneu, 2000.

DUARTE, Y. A. O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y.A. O. D. (Org.). *SABE – Saúde, Bem-Estar, Envelhecimento: projeto SABE do município de São Paulo*. Brasília, DF: OPAS, 2003.

ENGELHARDT, E. et al. Idosos velhos ("oldest old"): rastreamento cognitivo com o MMSE. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 33, n. 4, p. 201-206, 1997.

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

FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

Metrocamp Pesquisa, v. 1, n. 1, p. 18-36, jan./jun. 2007.
Disponível em: <www.metrocamp.com.br/pesquisa>

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

GUIGOZ, Y.; VELLAS, B. A Mini Avaliação Nutricional (MAN) na classificação do estado nutricional do paciente idoso: apresentação, história e validação da MAN. In: NESTLÉ NUTRITION WORKSHOP SERIES. *Clinical & Performance Programme* n. 1. Vevey, Suíça, 1998.

IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil 1981*. Rio de Janeiro, 1981.

_____. *PNAD: Síntese de indicadores sociais*. Rio de Janeiro, 2006.

KALACHE A.; VERAS, R. P.; RAMOS L. R. Envelhecimento da população mundial: Um desafio novo. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

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

MARUCCI, M. F. N.; BARBOSA, A. R. Estado nutricional e capacidade física. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y.A. O. D. (Org.). *SABE – Saúde, Bem-Estar, Envelhecimento: projeto SABE do município de São Paulo*. Brasília, DF: OPAS, 2003.

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

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

OMS. OPAS. *Saúde das pessoas idosas*. Resolução CE 122.R9. Genebra, 1998.

_____. *Relatório sobre a saúde no mundo*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

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

RAMOS, L. R. et al. Significance and management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, n. 8, p. 313-323, 1993.

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

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

SIMÕES, C. C. S. Análise da incidência das principais causas de morte no grupo de idosos. In: OMS; OPAS. *Perfis de saúde e mortalidade no Brasil: uma análise de seus*

Metrocamp Pesquisa, v. 1, n. 1, p. 18-36, jan./jun. 2007.
Disponível em: <www.metrocamp.com.br/pesquisa>

condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília, DF, 2001.

SCAZUFCA, M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Revista Saúde Pública*, n. 36, p. 773-778, 2002.

VOLLMANN, J. et al. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *New England Journal Medicine*, n. 342, p. 206-210, 2000.

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