

*Millenium, 2(3), 37-44.*

**ABORDAGEM E SEGUIMENTO DA DEMÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**  
**DEMENTIA APPROACH AND FOLLOW-UP IN PRIMARY CARE**  
**ENFOQUE Y SEGUIMIENTO DE LA DEMENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

*Ana Jorge Lopes<sup>1</sup>*

*Vitor Martins<sup>1</sup>*

*João Ribeiro<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Unidade de Saúde Familiar (USF) Viriato, Viseu, Portugal*

Ana Jorge Lopes - [anaj.lopes22@gmail.com](mailto:anaj.lopes22@gmail.com) | Vitor Martins - [vitorbnmartins3@gmail.com](mailto:vitorbnmartins3@gmail.com) | João Ribeiro - [jcatarinor@gmail.com](mailto:jcatarinor@gmail.com)

---

**Autor Correspondente**

*Ana Jorge Oliveira Cardoso Lopes*  
Rua Pedro Álvares Cabral nº124 R/C, 3500-169 Viseu, Portugal  
[anaj.lopes22@gmail.com](mailto:anaj.lopes22@gmail.com)

RECEBIDO: 21 de novembro de 2016

ACEITE: 06 de abril de 2017

**RESUMO**

**Introdução:** A prevalência das demências tem vindo a aumentar nos últimos anos, em paralelo com o envelhecimento da população, sendo atualmente uma patologia frequente ao nível dos cuidados de saúde primários.

**Objetivo:** Analisar o papel do médico de família no diagnóstico e seguimento dos doentes com demência.

**Métodos:** Revisão teórica mediante a pesquisa de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e artigos originais na PubMed, Clinical Key, UpToDate, Index de Revistas Portuguesas, nas línguas inglesa e portuguesa, de janeiro de 2006 a setembro de 2016 utilizando os termos MeSH: “Dementia”, “Primary Health Care”, “Primary Care Nursing” e “Physician Primary Care”.

**Desenvolvimento:** Perante a suspeita de quadro demencial é importante efetuar uma história clínica pormenorizada ao doente com a colaboração dos familiares e/ou cuidadores com enfoque nos sintomas cognitivos, comportamentais e alterações nas atividades da vida diária. De seguida, deve proceder-se ao exame objetivo e à aplicação de testes de avaliação cognitiva, psicoafetiva e funcional reservando-se, por último, uma avaliação analítica e imagiológica. De igual relevância é o papel do médico de família no tratamento/orientação posterior do doente e apoio aos familiares e cuidadores na gestão dos cuidados.

**Conclusões:** O médico de família encontra-se numa posição privilegiada para uma deteção precoce da demência. O diagnóstico é essencialmente clínico e nem sempre é fácil numa fase inicial. O papel dos médicos e outros profissionais dos Cuidados de Saúde Primários não deve limitar-se à avaliação inicial, mas deve estender-se ao seguimento e orientação posterior do doente e respetivos familiares.

**Palavras chave:** Demência; médico de família; cuidador

**ABSTRACT**

**Introduction:** The prevalence of dementia has been increasing in recent years in parallel with an ageing population. Today it is a common pathology in primary care level.

**Objectives:** To analyse the family physician’s role in diagnosing and following up on patients with dementia.

**Methods:** Theoretical review based on researching clinical guidelines, systematic and original articles published in English and Portuguese in PubMed, Clinical Key, UpToDate, the Index of Portuguese Journals from January 2006 to September 2016 using the MeSH terms: “Dementia,” “Primary Health Care,” “Primary Care Nursing” and “Primary Care Physician.”

**Development:** When dementia is suspected, it is important to resort to family members and/or caregivers’ cooperation, to conduct a thorough medical history of the patient, focusing on behavioural and cognitive symptoms and changes in daily activities. Subsequently, an objective examination should be carried out and an array of cognitive, psycho-affective and functional assessment tests applied. Finally, an analytical and imaging evaluation should be performed. Equally important is the role of the family physician in the patient’s subsequent treatment/guidance and support to families and caregivers in care management.

**Conclusions:** The family physician is in a prime position for early detection of dementia. Clinical diagnosis is essential and is not always easy at an early stage. The role of doctors and other professionals in primary health care should not be limited to the initial assessment, but should extend to following up on and guiding the sick and their respective families.

**Keywords:** Dementia; family physician; caregiver

**RESUMEN**

**Introducción:** El predominio de las demencias ha aumentado en los últimos años, en paralelo con el envejecimiento de la población, siendo actualmente una patología muy frecuente en la atención primaria de salud.

**Objetivo:** Revisar el papel del médico de Medicina Familiar y Comunitaria en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con demencia.

**Métodos:** Revisión teórica a través de búsqueda de normas de orientadoras clínicas, revisiones sistemáticas y artículos originales en bases de datos como PubMed, Clinical Key, UpToDate, y índices de Revistas Portuguesas, en portugués o inglés, entre Enero de 2006 y Septiembre de 2016, utilizando los términos MeSH: “Dementia”, “Primary Health Care”, “Primary Care Nursing” e “Physician Primary Care”.

**Desarrollo??:** Ante la sospecha de demencia es importante realizar una historia clínica completa del paciente recurriendo a la ayuda de miembros de la familia y/o cuidadores que se centre en los síntomas cognitivos y cambios de comportamiento en las actividades de la vida diaria. A continuación, debe procederse al examen objetivo y la aplicación de las pruebas cognitivas, psicoafectivas y funcionales, reservando, para el fin, una evaluación analítica y de imagen. Igual de importante es el papel del médico de Medicina Familiar y Comunitaria en el tratamiento y orientación posterior del paciente y apoyo a las familias y cuidadores en la gestión de la atención.

**Conclusiones:** El médico de Medicina Familiar y Comunitaria se encuentra en una posición privilegiada para la detección precoz de la demencia. El diagnóstico de la demencia es básicamente clínico, pero no es siempre fácil de detectar en una fase temprana. El papel de los médicos, así como de otros profesionales de la Atención Primaria de Salud, no se debe limitar a la evaluación inicial, sino que debe extenderse al seguimiento y orientación de los enfermos y sus respectivas familias

**Palabras clave:** Demencia; médico de medicina familiar y comunitaria; cuidador

## INTRODUÇÃO

O termo “demência” deriva etimologicamente da palavra latina *dementia* que significa privação da mente (Pinho, 2008). Traduz um distúrbio complexo, crónico e progressivo que se caracteriza por um défice cognitivo que envolve uma ou várias funções (aprendizagem, memória, linguagem, competências visuo-espaciais e função executiva), alterações da personalidade e diminuição do funcionamento global (Boustani, Schubert & Sennour, 2007; Holzer, Warner & Iliffe, 2013; Larson, 2016).

Em Portugal, à semelhança de outros países europeus, tem-se verificado um envelhecimento populacional crescente. O retrato demográfico para o nosso país caracteriza-se por um aumento continuado na esperança média de vida ao nascer, redução na mortalidade infantil, aumento da emigração, diminuição da natalidade e o conseqüente envelhecimento da população. Entre 2011 e 2013, o índice de envelhecimento da população (que traduz o número de indivíduos com mais de 65 anos por cada 100 indivíduos, com idade inferior a 15 anos) passou de 128 para 136 e as previsões demográficas são para que este atinja um valor na ordem dos 287 a 464 por cada 100 jovens, em 2060. Prevê-se que, nesta data, a população idosa corresponda a 36 a 43% da população (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues & Carvalho, 2015).

Com a idade a incidência e a prevalência da demência aumentam, duplicando aproximadamente a cada 5 anos depois dos 65 anos, pelo que de um valor de 0,8% no grupo etário dos 65 aos 69 anos passa para 28,5% acima dos 90 anos de idade (Pinho, 2008).

Com frequência, o médico de família é o primeiro clínico a quem o doente com suspeita de demência recorre, apesar de cerca de 39% recorrerem a outros especialistas, nomeadamente neurologistas ou psiquiatras (Galvin & Sadowsky, 2012; Samsi & Manthorpe, 2014). Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) representam o primeiro nível de acesso dos utentes ao Sistema Nacional de Saúde, possibilitam um contacto regular com os respetivos médicos de família, com os quais mantém alguma familiaridade e estabelecem uma relação médico/doente de confiança e permitem a referenciação hospitalar quando indicada. Por isso, diversos autores consideram os CSP como primeira linha para um diagnóstico atempado do quadro demencial (Pinho, 2008; Boustani et al., 2007).

Neste contexto, o presente artigo visa abordar a importância do médico de família no diagnóstico e seguimento dos doentes com demência. Para o efeito, efetuou-se uma pesquisa de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e artigos originais na PubMed, Clinical Key, UpToDate, Index de Revistas Portuguesas, nas línguas inglesa e portuguesa, de janeiro de 2006 a setembro de 2016. A mesma teve subjacente a utilização dos termos MeSH: “Dementia”, “Primary Health Care”, “Primary Care Nursing” e “Physician Primary Care”, associados ou não e por vezes complementados por termos específicos. Nesta seleção demos prioridade às publicações com enfoque no diagnóstico da demência e cuidados aos doentes com esta patologia e respetivos cuidadores no âmbito dos CSP.

## 1. DESENVOLVIMENTO

### 1.1. Epidemiologia

Os estudos publicados sobre a epidemiologia da demência em Portugal são em número reduzido e limitam-se a áreas geográficas específicas com incidência na região Norte. Entre 2003 e 2008, concretizou-se o primeiro estudo de base populacional em Portugal, que apurou uma prevalência global de demência na população entre os 55 e os 79 anos de idade de 2,7% (Nunes et al., 2010). Em 2006, decorreu um outro estudo na população portuguesa sob observação da Rede de Médicos-Sentinela com o objetivo de estimar a prevalência de casos de demência diagnosticada ao nível dos CSP Verificou-se que a prevalência desta entidade acima dos 35 anos de idade foi de 0,7% e que o grupo etário dos indivíduos com idade superior a 75 anos foi aquele com maior taxa (3,0%) (Rodrigues, Sousa-Uva, Galvão, Nunes & Dias, 2014).

Recentemente, foi realizado um estudo por Santana et al. (2015) com o objetivo de estimar a prevalência de demência/Doença de Alzheimer em Portugal e inferir, a partir da prescrição, o número de diagnósticos efetivos e os encargos financeiros com a medicação. Estimou-se uma prevalência de demência de 5,91% nos indivíduos com mais de 60 anos com um encargo financeiro de 37 milhões de euros por ano. Os custos com a medicação incluem-se nos custos diretos juntamente com custos derivados de honorários profissionais, exames clínicos, hospitalizações, serviços de terceiros no apoio aos cuidados quotidianos do doente, entre outros. Contudo, é de ressaltar os intitulados custos indiretos da demência que representam uma percentagem significativa na economia das famílias e dos sistemas de saúde. De destacar o abandono precoce da atividade profissional por parte do doente, diminuição da assiduidade laboral, ou mesmo do abandono da atividade profissional dos cuidados informais, aumentos da morbidade nos cuidadores, entre outros.

Apesar de não haver um tratamento curativo, o diagnóstico precoce e a implementação do tratamento é essencial para evitar a progressão para estadios mais avançados da doença. Além disso, numa fase inicial, o diagnóstico da doença permitirá planificar questões do foro legal, financeiro e relacionadas com a segurança do doente de forma a que seja possível prolongar a sua independência. Possibilitará também reduzir a sobrecarga do cuidador mediante a transmissão de informação sobre a doença, grupos de apoio e de acompanhamento prestados por serviços apropriados de forma a protelar a institucionalização do doente (Dodd, Cheston & Ivanecka, 2015; Holzer et al., 2013; Pinho, 2008).

Em geral, a percepção do público sobre a demência é que a maioria dos indivíduos se encontram institucionalizados em unidades de cuidados de curta ou longa duração. Contudo, esta é uma visão desajustada já que a maioria dos doentes com demência residem no domicílio com cuidadores muitas vezes da mesma idade ou mais velhos (Darrow, 2015).

A demência ainda se encontra subdiagnosticada e o tempo que decorre desde o aparecimento dos primeiros sintomas ao diagnóstico é prolongado. São identificados diversos obstáculos que poderão estar na base do diagnóstico tardio desta patologia e que envolvem o doente, o médico e o sistema de saúde. No que concerne ao doente, é de salientar a falta de conhecimento sobre os sintomas típicos da demência, a negação perante alterações funcionais e cognitivas e o estigma associado à doença. Os obstáculos relacionados com o médico incluem a dificuldade em diferenciar as alterações na memória inerentes ao processo normal de envelhecimento e a fase inicial da demência, o pessimismo acerca do tratamento e prognóstico, a falta de competências no reconhecimento da demência, bem como a crença de que o diagnóstico desta patologia deverá ficar a cargo de especialistas nesta área. Ao nível do sistema de saúde de referir a falta de tempo e recursos nos CSP para a abordagem desta entidade (Dodd et al., 2015; Holzer et al., 2013; Pinho, 2008).

## 1.2. Definição e classificação

Existem várias definições para demência, no entanto iremos basear-nos na proposta da American Psychiatric Association (2014), apresentada no Manual DSM-5, por representar uma ferramenta razoável e útil na prática clínica diária. De acordo com a DSM-5, os critérios para demência (atualmente designado distúrbio neurocognitivo major), incluem a identificação, pela história e avaliação clínica de disfunção cognitiva em pelo menos uma das áreas cognitivas (aprendizagem e memória, linguagem, capacidade executiva, atenção, função motora perceptual e cognição social). Esta deve ser suficientemente grave para interferir na autonomia nas AVD representar um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento e ocorrer na ausência de síndrome confusional (*delirium*). No caso das demências neurodegenerativas, por exemplo a demência de Alzheimer, estas alterações são de início insidioso, progressivas e baseiam-se na história clínica e estudos de avaliação cognitiva. As alterações encontradas não são explicadas por outros distúrbios do foro mental.

As demências podem ser classificadas genericamente em primárias e secundárias (Tabela 1). As primárias representam a maioria dos casos e estão associadas a um distúrbio cerebral degenerativo irreversível. A demência de Alzheimer é o tipo mais comum e está presente em cerca de 60 a 80% dos casos. Segue-se a demência vascular, a demência de corpos de Lewy e a demência frontotemporal (Alves & Caetano, 2010; Holzer et al., 2013; Larson, 2016; Pinho, 2008). Alguns estudos revelam que é mais comum uma junção de patologias do que inicialmente se supunha que se pensava de início, em particular com uma sobreposição da demência de Alzheimer com a demência vascular e demência de corpos de Lewy, enquanto que a demência frontotemporal tende a ser erradamente diagnosticada como demência de Alzheimer (Holzer et al., 2013). De referir que, no estudo realizado por Rodrigues et al. (2006), para estimar a prevalência de casos de demência diagnosticada ao nível dos CSP, se observou uma percentagem superior de demências de causa vascular em Portugal, quando comparado com os restantes países europeus. Tal parece estar relacionado com a prevalência elevada de hipertensão arterial na população portuguesa.

As demências secundárias compreendem uma vasta lista de causas. Algumas podem ser reversíveis, como as intoxicações medicamentosas, as que surgem no contexto de depressão ou da hidrocefalia de pressão normal, entre outras, e representam menos de 2% dos casos (Alves & Caetano, 2010; Darrow, 2015).

**Tabela 1 – Causas de demência**

Demências Primárias – degenerativas	Demências Secundárias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demência de Alzheimer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demência vascular</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demência de corpos de Lewy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiências vitamínicas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demência frontotemporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endócrinas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecções do sistema nervoso central (SNC)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tóxicas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentosas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismos cranianos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesões expansivas do SNC</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidrocefalia de pressão normal</li> </ul>

Fonte: Alves & Caetano (2010); Pinho (2008); Souza et al. (2009)

### 1.3. Abordagem diagnóstica

Segundo a Associação Americana de Neurologia e o *U.S Preventive Services Task Force* (USPSTF), não existe, de momento, evidência científica para recomendar o rastreio de demência em idosos assintomáticos (Larson, 2016). Contudo, estas entidades juntamente com outras de relevo na área salientam a importância do clínico estar alerta e proceder a uma avaliação atempada dos utentes com suspeita de declínio cognitivo (Pinho, 2008). De acordo com Poggesi e Pantoni (2009), o despiste de declínio cognitivo deverá ser efetuado em três grupos de doentes: os que têm fatores de risco cardiovascular; os que apresentam alterações cognitivas ou do comportamento mínimas, subjetivas, referidas por familiares; os que regressam ao domicílio no pós-acidente vascular cerebral.

### 1.4. História clínica

A maioria dos doentes com demência não recorre ao médico de família com queixas de perda de memória. Frequentemente, são os familiares, amigos ou cuidadores que abordam a questão (Larson, 2016). Contudo, é frequente os indivíduos apresentarem queixas de “perda de memória” ocasionais com o avançar da idade. Estudos realizados na comunidade sugerem que 35 a 40% dos idosos, com idade superior a 75 anos, saudáveis, sem demência referem problemas com a memória (Poggesi & Pantoni, 2009). De facto o processo de envelhecimento pode condicionar um declínio cognitivo que é considerado normal e que deve ser distinguido da demência. Este atinge apenas a memória e não afeta a capacidade funcional do indivíduo (Darrow, 2015; Larson, 2016; Poggesi & Pantoni, 2009).

Perante a suspeita de quadro demencial é imprescindível a realização de uma história clínica detalhada, exaustiva e completa. A entrevista clínica deve dirigir-se não só ao doente mas ao cuidador e/ou familiares que convivem diariamente com o doente (Alves & Caetano, 2010; Holzer et al., 2013; Larson, 2016; Pinho, 2008). Recomenda-se que a avaliação do doente ocorra em pelo menos dois períodos distintos, dadas as restrições existentes ao nível dos CSP, nomeadamente o tempo limitado de consulta (Darrow, 2015; Pinho, 2008).

Numa primeira fase devem pesquisar-se alterações cognitivas, psico-comportamentais e funcionais que, ao estarem presentes, alertam para o diagnóstico, tais como: dificuldades em aprender e reter nova informação (dificuldade em lembrar eventos, repetição de questões, colocação de objetos fora dos lugares próprios); dificuldades em realizar atividades complexas (gerir as questões financeiras, preparar uma refeição); problemas ao nível da orientação e da habilidade visuo-espacial (desorientação em locais conhecidos); alterações da linguagem (dificuldades em encontrar a palavra adequada); comprometimento do raciocínio e da capacidade de tomar decisões (dificuldades na resolução de problemas em casa ou no emprego) e alterações do comportamento (apatia, irritabilidade, desconfiança) (Alves & Caetano, 2010; Larson, 2016; Pinho, 2008). Importa salientar que, numa fase inicial, os sintomas diferem de doente para doente pelo que podem ser difíceis de reconhecer. Por isso, é importante inquirir primeiro o cuidador/familiares acerca da personalidade prévia do doente, educação e capacidade intelectual (Holzer et al., 2013).

De seguida, deve proceder-se à recolha de informação no que concerne a antecedentes pessoais e história familiar de demência que irá auxiliar no diagnóstico diferencial. Relativamente aos antecedentes pessoais, é necessário questionar sobre alguns dados relevantes, a saber: fatores de risco cardiovasculares (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, fibrilhação auricular, etc); doenças neurológicas (acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, doença de Huntington, etc), psiquiátricas (depressão), infecciosas (sífilis, infeção por VIH, etc.), endócrino-metabólicas (hipotiroidismo); história de traumatismo crânio-encefálico; medicação; hábitos alcoólicos, tabágicos e toxicológicos e cirurgias prévias (Alves & Caetano, 2010; Galvin et al., 2012; Pinho, 2008).

A idade é o principal fator de risco para demência. A maior suscetibilidade para desenvolver esta entidade assenta no efeito cumulativo de fatores de risco que incluem fatores genéticos, biológicos e ambientais. Os fatores de risco incluem o abuso de álcool, obesidade, hipertensão arterial e dislipidémia, enquanto a prática de atividades mentais e sociais parecem ser protetoras (Holzer et al., 2013).

O exame físico geral é obrigatório e deve incluir um exame neurológico sumário, com especial atenção a sinais neurológicos focais, alterações na marcha e sinais de parkinsonismo (Alves & Caetano, 2010; Larson 2016; Pinho, 2008). Devem descartar-se causas que possam condicionar um declínio cognitivo, como infeção do trato urinário, insuficiência cardíaca, diminuição da acuidade visual ou auditiva (Pond, 2012). A presença de alterações na auscultação cardíaca pode sugerir uma causa vascular (Alves & Caetano, 2010). Na suspeita de demência de etiologia vascular, o exame físico deve focar em especial o sistema cardiovascular. Devem avaliar-se os pulsos periféricos, a pressão arterial, índice de massa corporal (IMC) e o perímetro abdominal (Poggesi & Pantoni, 2009). O aumento da tiroide pode significar uma demência secundária endócrina. Devem ainda pesquisar-se sinais de hepatopatia, alcoolismo e insuficiência renal (Alves & Caetano, 2010).

### 1.5. Avaliação cognitiva, psicoafetiva e funcional

No seguimento da história clínica é fulcral proceder a uma avaliação cognitiva, psicoafetiva e funcional. A avaliação cognitiva auxilia na deteção e caracterização do défice cognitivo. De acordo com a Norma da Direção Geral de Saúde (DGS), nº 053, de 27/12/2011, sobre a abordagem terapêutica das alterações cognitivas devem utilizar-se testes traduzidos e adaptados à língua e ao contexto cultural do país.

O exame breve do estado mental (*Mini-Mental State Examination*; MMSE) é um teste de rápida execução que avalia a orientação, atenção, retenção, linguagem e habilidade para cumprir ordens. Com uma pontuação possível que varia de zero a trinta considera-se défice cognitivo uma pontuação inferior ou igual a 15 para analfabetos, inferior ou igual a 22 para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade e inferior ou igual a 27 para indivíduos com escolaridade superior. Este teste apresenta como limitação não estar, em geral, alterado nas fases iniciais de declínio cognitivo. Dado não avaliar a função executiva considera-se que deve ser complementado com o Teste do Relógio (Alves & Caetano, 2010; Norma da DGS nº 053/2011; Pinho, 2008).

O teste de *Montreal Cognitive Assesment* (MOCA) é mais sensível na deteção das fases iniciais de declínio cognitivo e abrange vários domínios cognitivos incluindo a função executiva. A pontuação máxima é de 30, sendo considerado anormal um *score* inferior a 26. Em algumas situações poderá ser necessária uma avaliação cognitiva mais extensa, com uma caracterização mais pormenorizada dos domínios cognitivos afetados que deverá ser efetuada por profissionais especializados, nomeadamente psicólogos e outros profissionais com formação adequada (Larson, 2016; Norma da DGS nº 053/2011).

De igual relevância é a avaliação da sintomatologia depressiva que pode ser feita pela aplicação da escala de depressão geriátrica. As respostas compatíveis com depressão recebem um ponto, sendo que uma pontuação inferior a 3-5 confirma o diagnóstico. Se, por um lado, a depressão pode interferir com a cognição e ser erradamente diagnosticada como demência, por outro lado, esta pode também estar presente na demência, o que se verifica com alguma frequência (Norma da DGS nº 053/2011).

A avaliação funcional do doente permite avaliar o desempenho do indivíduo nas AVD. As questões são dirigidas ao cuidador/familiar que acompanha diariamente o doente. Pode utilizar-se, por exemplo, o questionário sobre atividades funcionais. Neste instrumento, atribui-se a pontuação de 0 a 3, conforme as atividades sejam realizadas com normalidade, com dificuldade ou ajuda, ou o indivíduo não seja capaz de executar a atividade. Com uma pontuação  $\geq 9$  considera-se que existe dependência funcional (Alves & Caetano, 2010; Pinho, 2008).

### 1.6. Exames laboratoriais e outros exames

Para identificar ou descartar causas secundárias de demência ou outras doenças associadas é necessário recorrer a uma avaliação analítica (Souza, Sarazin, Goetz & Dubois, 2009). A Academia Americana de Neurologia preconiza, numa avaliação inicial dos indivíduos com síndrome demencial, apenas o estudo da função tiroideia e o doseamento dos níveis de vitamina B12. Acrescenta que não há, até à data, dados claros que suportem a requisição, por rotina, de outros exames laboratoriais (Larson, 2016). A serologia da sífilis e do VIH não se encontra recomendada, a não ser que haja uma suspeita clínica (Larson, 2016; Souza et al., 2009).

De uma forma distinta, e de acordo com o preconizado pela Norma da DGS nº 053/2011, numa avaliação inicial devem ser pedidas análises laboratoriais ao sangue que incluam hemograma, glicémia, calcémia, ionograma sérico, função hepática, renal, tiroideia, vitamina B12, ácido fólico e teste serológico para a sífilis. Alguns autores consideram que poderá estar indicada, em situações específicas, a avaliação da ficha lipídica, nível de homocisteína e a realização de radiografia do tórax e eletrocardiograma (Pond, 2012). A punção lombar deve ser realizada em doentes com manifestações atípicas do quadro demencial, como por exemplo, em doentes jovens (<60 anos) e com demência rapidamente progressiva (Larson, 2016; Souza et al., 2009). Nestes poderá ainda estar indicada a realização dum eletroencefalograma (EEG) e testes serológicos mais específicos (Larson, 2016).

A realização de um exame neurorradiológico encontra-se indicada no sentido de excluir causas tratáveis de declínio cognitivo e fornecer informação para determinar as causas específicas de demência (alterações vasculares, abscessos, hematoma subdural e hidrocefalia de pressão normal) (Darrow, 2015; Norma da DGS nº 053/2011; Poggesi & Pantoni, 2009). Contudo, a utilização da neuroimagem nos doentes com demência é controversa. Enquanto algumas entidades aconselham a realização de um exame de imagem em todos os doentes, outras limitam-no aos doentes com apresentações clínicas atípicas (Larson, 2016; Pinho, 2008). O exame de imagem escolhido deverá ser a tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica devido ao menor custo e maior disponibilidade deste exame (Darrow, 2015; Norma da DGS nº 053/2011; Pinho, 2008). A ressonância magnética (RM) é superior na demonstração de lesões cerebrais, nomeadamente alterações isquémicas, podendo ser importante no diagnóstico da demência vascular (Norma da DGS nº 053/2011). Alguns autores consideram que esta poderá ser útil na avaliação de doentes que apresentem pelo menos uma das seguintes características: demência em idade inferior a 65 anos; início súbito e rápida progressão dos sintomas; presença de défices neurológicos focais; clínica compatível com hidrocefalia de pressão normal (ataxia, incontinência urinária, declínio cognitivo); antecedente de traumatismo crânio-encefálico recente (Darrow, 2015; Pinho, 2008).

### 1.7. Seguimento do doente

Após a confirmação da suspeita clínica de demência é imprescindível a referenciação atempada aos cuidados de saúde secundários para a instituição da terapêutica farmacológica adequada. No entanto, em paralelo, ou previamente ao início do tratamento farmacológico, deverá implementar-se uma abordagem não-farmacológica, de forma a estabilizar ou melhorar a função cognitiva e a reduzir os sintomas psicológicos e comportamentais característicos da demência (Alves & Caetano, 2010;



Darrow, 2015; Holzer et al., 2013). Esta abordagem deve ser multidisciplinar e englobar não só o médico de família, mas o cuidador/familiares, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais (Figura 1).

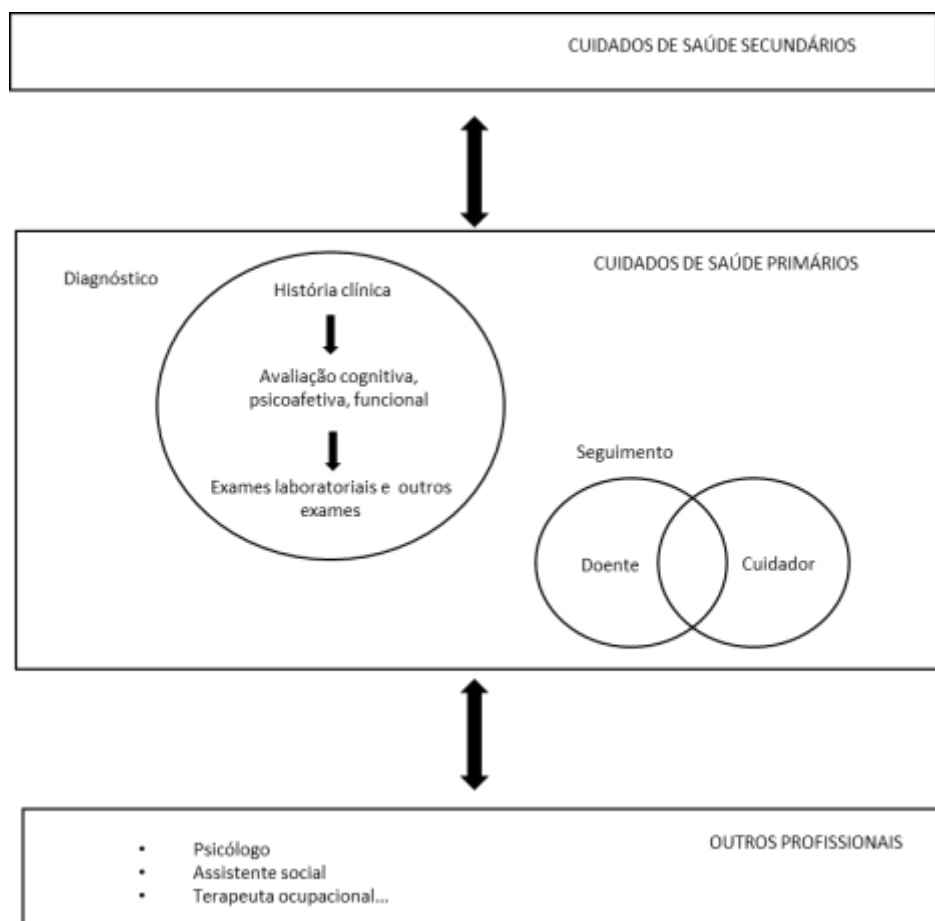


Figura 1 – Abordagem da demência nos cuidados de saúde primários

O médico de família deve informar o doente e cuidador sobre os recursos existentes na comunidade e que podem ser úteis para melhorar a qualidade de vida do doente, tais como, centros de dia, cuidados continuados no domicílio e instituições de internamento. Deve também facultar informação sobre grupos de apoio e gerir as necessidades do doente e da sua família de forma a acompanhar o doente na evolução da doença. Além disso, é importante agendar consultas na unidade de saúde, com uma periodicidade de 4 a 6 meses, e avaliar a progressão da doença, intercorrências, estado de nutrição e de higiene, segurança no domicílio e adesão à medicação. A realização de pelo menos uma visita domiciliária é de extrema relevância para averiguar as condições de segurança no domicílio e recomendar, se exequível os ajustes necessários (Alves & Caetano, 2010).

É necessário familiarizar o doente com o meio envolvente (retratos, objetos antigos, etc) e introduzir o mais possível uma rotina nas atividades diárias, por exemplo, estabelecer um horário para as refeições, medicação e para o deitar. O exercício físico simples e a prática de atividades lúdicas, como o dançar, cantar ou jogar parecem ser efetivas na redução da ansiedade e de alguns sintomas comportamentais encontrando-se recomendados (Darrow, 2015). Convém também estar atento à possibilidade de mudança de cuidador ou adição de novos cuidadores já que tal situação pode ser geradora de agitação e confusão (Alves & Caetano, 2010).

Importa referir ainda o papel crucial do cuidador no seguimento do doente com demência. A criação de uma parceria entre o médico de família e o cuidador introduz uma melhoria na abordagem e tratamento do doente com demência. Muitos dos cuidadores são da mesma idade ou até mais velhos e importa atender ao cuidador ele próprio também como doente. Eles apresentam risco aumentado de depressão e doenças físicas, como sejam, doenças cardiovasculares, respiratórias e hipertensão arterial (Galvin et al., 2012; Norma da DGS nº 053/2011). Além da pesquisa de sinais de *distress* (queixas de stress, perturbação do sono e outras), sobrecarga, ou sintomatologia psiquiátrica, a avaliação dos cuidadores deve incidir, igualmente, nos conhecimentos sobre a doença, expectativas do tratamento e dos serviços, qualidade da relação doente-cuidador e conflitos familiares (Boustani et al., 2007; Norma da DGS nº 053/2011). A avaliação do estado de saúde do cuidador pode conduzir à implementação de medidas que minimizem o conflito doente/cuidador e permitam atrasar a institucionalização do doente (Galvin et al., 2012).

## CONCLUSÃO

O aumento da população idosa em Portugal tem sido acompanhado por um aumento do número de casos de demência. De acordo com as projeções da população efetuadas, a estimativa é de que, nas próximas décadas, este valor continue a crescer.

Esta é uma patologia complexa e progressiva que se caracteriza por alterações da memória, comportamento, personalidade e funcionamento global, cujo diagnóstico é essencialmente clínico e nem sempre é fácil numa fase inicial. Por isso, o médico de família, pela relação de proximidade com os seus utentes e o seguimento ao longo dos anos, está numa posição privilegiada para a deteção precoce da demência.

Perante a suspeita de um caso de demência aconselha-se a avaliação do doente em pelo menos duas consultas e a história clínica deve ser alargada a um cuidador/familiar próximo do doente. Esta deve ter por base os antecedentes pessoais, a história familiar, a personalidade prévia e o nível de escolaridade do doente. Adicionalmente deve proceder-se a uma avaliação cognitiva, psicoafetiva e funcional e solicitarem-se os exames laboratoriais e de imagem necessários a fim de esclarecer o diagnóstico e descartar uma causa secundária.

O papel do médico de família e outros profissionais dos CSP não deve limitar-se à avaliação inicial, mas deve estender-se também ao seguimento e orientação posterior do doente e respetivos familiares/cuidador, em estreita articulação com os vários intervenientes que constituem a rede de suporte do doente.

## BIBLIOGRAFIA

- Alves, R., & Caetano, A. (2010). O papel do Médico de Família no diagnóstico e seguimento dos doentes com declínio cognitivo e demência. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 26(1), 69-74.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Boustani, M., Schubert, C., & Sennour, Y. (2007). The challenge of supporting care for dementia in primary care. *Clinical Interventions in Aging*, 2(4), 631-636.
- Darrow, M. D. (2015). A practical approach to dementia in the outpatient primary care setting. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 42(2), 195-204. doi:10.1016/j.pop.2015.01.008
- Dodd, E., Cheston, R., & Ivanecka, A. (2015). The assessment of dementia in primary care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 731-737.
- Galvin, J. E., & Sadowsky, C. H. (2012). Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25, 367-382. doi: 10.3122/jabfm.2012.03.100181
- Holzer, S., Warner, J., & Iliffe, S. (2013). Diagnosis and management of the patient with suspected dementia in primary care. *Drugs Aging*, 30(9), 667-76. doi: 10.1007/s40266-013-0098-4
- Larson, E.B. (2016). *Evaluation of cognitive impairment and dementia*. Obtido de [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Norma da Direção Geral da Saúde, Nº 053/2011, *Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0532011-de-27122011.aspx>
- Pinho, L. F. (2008). *Demência: A marcha diagnóstica no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários* (Dissertação de Mestrado em Medicina). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Poggesi, A., & Pantoni, L. (2009). Investigations in primary care. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 24, 66-78. doi: 10.1159/000197885
- Pond, D. (2012). Dementia an update on management. *Australian Family Physician*, 41(12), 936-939.
- Rodrigues, A. P., Sousa-Uva, M., Galvão, C., Nunes, B., & Dias, C. M. (2014). Prevalência de demências na população sob observação da Rede de Médicos-Sentinela em 2006. *Boletim epidemiológico de observações*, 3(10), 9-10.
- Samsi, K., & Manthorpe, J. (2014). Care pathways for dementia: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2055-2063.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188.
- Souza, L. C., Sarazin, M., Goetz, C., & Dubois, B. (2009). Clinical investigations in primary care. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 24, 1-11. doi: 10.1159/000197897
- Nunes, B., Silva, R. D., Cruz, V. T., Roriz, J. M., Pais, J., Silva, M. C. (2010). Research article Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*, 10(42), 1-12. doi: 10.1186/1471-2377-10-42