

Demências (exceto Alzheimer)



Devoção ao avô, por Albert Anker, 1893.

Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências científicas, para o diagnóstico, a avaliação e o tratamento dos vários tipos de demências, exceto as do mal de Alzheimer.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

A palavra demência traduz uma síndrome, geralmente crônica e progressiva, devida a uma patologia encefálica, na qual se verificam diversas deficiências das funções corticais superiores, de caráter adquirido¹. As deficiências atingem memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender, linguagem e julgamento. Há, pois, uma queda da inteligência. A consciência não é afetada e as deficiências cognitivas são acompanhadas e ocasionalmente, precedidas por perdas, em graus variados, do controle emocional, da conduta social e da motivação².

Em função do envelhecimento da população, a prevalência das demências tende a crescer, demandando planejamento por parte dos governos, para o futuro, segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde³. Cerca de metade dos casos de demência decorrem do mal de Alzheimer. A outra metade decorre das demências frontotemporais (como a de Pick), vasculares e mistas, com uma participação menor das demências por corpos de Lewy, das demências por Parkinson, das demências córtico basais, e de outras.

Demências podem estar associadas a inúmeros fatores, que atingem primária ou secundariamente o cérebro. Entre eles contam-se a epilepsia, o alcoolismo, a degeneração hepatolenticular, o hipotireoidismo adquirido, o lúpus eritematoso sistêmico, a tripanossomíase, intoxicações, as doenças pelo HIV, a doença de Huntington, a doença de Parkinson, a ocorrência de infartos múltiplos e outras doenças vasculares cerebrais isquêmicas, e as contusões cerebrais repetidas como as sofridas pelos boxeadores.

A demência frontotemporal (doença de Pick) manifesta-se principalmente no período pré-senil, entre 45 e 65 anos de idade, ocorrendo na mesma proporção em homens e mulheres. A história familiar de demência é observada em metade dos casos, sugerindo importante papel de fatores genéticos no desenvolvimento da demência. Caracteriza-se por significativa alteração da personalidade e do comportamento, com relativa preservação das funções cognitivas, da praxia e da gnosia, com desinibição patológica, impulsividade, comportamentos estereotipados, pouco sociais e até, eventualmente, antissociais. Como a memória se encontra preservada no início da doença, o exame desta função é importante para o diagnóstico sindrômico⁴. As habilidades visuoespaciais também se encontram intactas. A linguagem, por sua vez, é progressivamente afetada, podendo ocorrer dificuldades na compreensão e na expressão verbal, com redução da fluência ou até com paulatino mutismo.

¹ INSS. **Protocolo de procedimentos médico-periciais nº. 5.1**. Rio de Janeiro: INSS, 2009. Disponível em: <http://www.cpsol.com.br/upload/arquivo_download/1872/Manual%20Pericia%20Medica%20da%20Previdencia%20Social.pdf>.

² BERTOLOTE, J. M. (Org.) – **Glossário de Termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus Derivados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

³ WIMO, A.; PRINCE, M. J. (2010). **World Alzheimer Report 2010: the global economic impact of dementia**. Londres: Alzheimer's Disease International. Disponível em: <<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>>

⁴ TEIXEIRA-JR, Antônio Lúcio; SALGADO, João Vinícius. Demência fronto-temporal: aspectos clínicos e terapêuticos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100009&lng=en&nrm=iso>.

O tratamento do mal de Alzheimer, pelo Sistema Único de Saúde, está regulamentado pela Portaria SAS/MS nº 1.298 - 21/11/2013 do Ministério da Saúde, que estabelece protocolo próprio para esta doença⁵. Há uma avaliação da Organização Mundial da Saúde sobre a abordagem deste mal no âmbito da saúde pública, alertando os governos para a importância de se preocupar com o crescimento da prevalência da doença nas próximas décadas⁶. Um crescimento dos outros tipos de demência também vem ocorrendo no Brasil e no mundo.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F10.6 Síndrome amnésica (transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool)

Síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios. Inclui a psicose ou síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por outra substância psicoativa ou não especificada.

F01 Demência vascular

A demência vascular é o resultado do infarto cerebral devido à doença vascular, inclusive a doença cerebrovascular hipertensiva. Os infartos são usualmente pequenos mas cumulativos em seus efeitos. O seu início se dá em geral na idade avançada. Inclui a demência arteriosclerótica.

F01.0 Demência vascular de início agudo

Desenvolve-se usual e rapidamente em seguida a uma sucessão de acidentes vasculares cerebrais por trombose, embolia ou hemorragia. Em casos raros, a causa pode ser um infarto único e extenso.

F01.1 Demência por infartos múltiplos

Demência vascular de início gradual, que se segue a numerosos episódios isquêmicos transitórios que produzem um acúmulo de infartos no parênquima cerebral.

Demência predominantemente cortical

F01.2 Demência vascular subcortical

Demência vascular que ocorre no contexto de antecedentes de hipertensão arterial e focos de destruição isquêmica na substância branca profunda dos hemisférios cerebrais. O córtex cerebral está usualmente preservado, fato este que contrasta com o quadro clínico que pode se assemelhar de perto à demência da doença de Alzheimer.

F01.3 Demência vascular mista, cortical e subcortical

F01.8 Outra demência vascular

F01.9 Demência vascular não especificada

F02* Demência em outras doenças classificadas em outra parte

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: doença de Alzheimer. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/ANEXO/anexo_prt1298_21_11_2013.pdf>.

Vide também: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_d09_00.htm>.

⁶ OMS. **Dementia: a public health priority**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; Alzheimer's Disease International, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/>.

Casos de demência devida a, ou presumivelmente devida a, outras causas que não a doença de Alzheimer ou doença cerebrovascular. O início pode ocorrer em qualquer época na vida, embora raramente na idade avançada.

F02.0* Demência da doença de Pick (G31.0†) (frontotemporal)

Demência progressiva, com início na meia idade, caracterizada por alterações do caráter precoces de curso lentamente progressivo e de deterioração social, seguindo-se prejuízo das funções intelectuais, da memória e da linguagem, acompanhadas de apatia, euforia e, ocasionalmente, de sintomas extrapiramidais.

F02.1* Demência na doença de Creutzfeldt-Jakob (A81.0†)

Demência de evolução progressiva, com extensos sinais neurológicos, decorrentes de alterações neuropatológicas específicas presumivelmente causadas por um agente transmissível. O início se dá na idade madura ou posteriormente, mas pode ocorrer em qualquer fase da idade adulta. O curso é subagudo, conduzindo à morte em um ou dois anos.

F02.2* Demência na doença de Huntington (G10†)

Demência que ocorre como parte de uma degeneração cerebral difusa. O transtorno é transmitido por um único gene autossômico dominante. Os sintomas surgem tipicamente na terceira e quarta décadas. A progressão é lenta, conduzindo à morte usualmente em 10 a 15 anos. Inclui a demência na coreia de Huntington

F02.3* Demência na doença de Parkinson (G20†)

Demência que se desenvolve no curso de doença de Parkinson estabelecida. Não se demonstraram ainda quaisquer características clínicas distintas particulares.

Inclui a demência na paralisia agitante e no parkinsonismo.

F02.4* Demência na doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] (B22.0†)

Demência que se desenvolve no curso da doença pelo HIV, na ausência de qualquer outra doença ou infecção concomitante que pudesse explicar a presença das características clínicas.

F02.8* Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte

Demência ligada a:

- deficiência de niacina [pelagra] (E52†)
- deficiência de vitamina (E53.8†)
- degeneração hepatolenticular (E83.0†)
- epilepsia (G40.-†)
- esclerose múltipla (G35†)
- hipercalcemia (E83.5†)
- hipotireoidismo adquirido (E01.-†, E03.-†)
- intoxicações (T36-T65†)
- lipidose cerebral (E75.-†)
- lúpus eritematoso sistêmico (M32.-†)
- neurosífilis (A52.1†)
- poliarterite nodosa (M30.0†)
- tripanossomíase (B56.-†, B57.-†)

F03 Demência não especificada

F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

Síndrome dominada por um comprometimento importante das memórias recente e remota, ao passo que a memória imediata permanece preservada com habilidade reduzida para aprendizagem e uma desorientação temporal. A confabulação pode ser uma característica importante, mas a percepção e as outras funções cognitivas, dentre elas a inteligência, estão habitualmente intactas. O prognóstico depende da evolução da lesão subjacente. Inclui a psicose ou síndrome de Korsakov, não-alcoólica.

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios devem ser os da CID-10. Embora um declínio nas capacidades cognitivas seja essencial para o diagnóstico de demência, as interferências no desempenho de

papeis sociais dentro da família, no trabalho e em outras esferas da vida de relação não devem ser utilizadas como única diretriz ou critério diagnóstico. Entretanto, uma vez feito o diagnóstico, estas podem servir como um indicador útil da gravidade do quadro.

O protocolo do Ministério da Saúde, para a doença de Alzheimer, deve ser seguido especificamente para aquele quadro nosológico, não se confundindo com as outras demências⁷.

As demências vasculares são altamente prevalentes. Sua apresentação clínica depende da causa e da localização do infarto cerebral. Doença de grandes vasos leva comumente a múltiplos infartos corticais (com síndrome demencial cortical multifocal). Doença de pequenos vasos, geralmente resultado de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus, causa isquemia da substância branca periventricular e infartos lacunares, com demência subcortical, alterações frontais, disfunção executiva, comprometimento de memória, prejuízo atencional, alterações depressivas, lentificação motora, sintomas parkinsonianos, distúrbios urinários e paralisia pseudobulbar⁸.

A demência mista é entidade nosológica caracterizada pela ocorrência simultânea de eventos característicos de mal de Alzheimer e de demência vascular.

A demência por corpúsculos de Lewy caracteriza-se por um declínio cognitivo flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais. O quadro demencial apresenta início rápido e declínio progressivo, déficit da função executiva, da resolução de problemas, da fluência verbal e do desempenho audiovisual. Tem como características próprias as alucinações visuais. Quando há histórico de doença de Parkinson há 12 meses ou mais, considera-se que o quadro seja de demência na doença de Parkinson, mesmo que os sintomas sejam os mesmos que os da demência de Lewy.

As demências exógenas, derivadas de drogas lesivas ao sistema nervoso central, como o álcool etílico, têm seu diagnóstico vinculado à história clínica de contato, uso ou abuso de tais substâncias. A psicose ou demência de Korsakov geralmente provém de uma evolução da síndrome de Wernicke (deficiência de tiamina associada ao abuso crônico de etanol), manifestando prejuízo grave de memória recente e do aprendizado, com amnésia anterógrada e confabulações. A resposta ao tratamento é pobre.

A demência frontotemporal é causa de demência no período pré-senil. Caracteriza-se por significativas modificações do comportamento e da personalidade, enquanto o funcionamento cognitivo avaliado por testes psicométricos tradicionais encontra-se relativamente preservado. Muitos pacientes consultam o médico em virtude dos sintomas comportamentais proeminentes, como apatia, desinibição e comportamentos perseverativos ou estereotipados. O tratamento racional da demência fronto-temporal é atualmente limitado. Os sintomas comportamentais são controlados principalmente por inibidores seletivos da recaptação de serotonina⁹.

O diagnóstico diferencial das demências está representado no quadro seguinte.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença de Alzheimer. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. In: Portaria SAS/MS nº 1.298, de 21 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-de-alzheimer-livro-2013.pdf>>.

⁸ GALLUCCI, N. J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. Psiquiatr. Clín.** 32 (3): 119-130, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a04v32n3.pdf>>.

⁹ TEIXEIRA-JR, Antônio Lúcio; SALGADO, João Vinícius. Demência fronto-temporal: aspectos clínicos e terapêuticos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100009&lng=en&nrm=iso>.

Aspectos etiológicos na classificação das demências

Degenerativas primárias	<i>Doença de Alzheimer (DA)</i>	DA senil (DA de início tardio, esporádica); DA pré-senil (DA de início precoce, familiar).
	<i>Degeneração lobar frontotemporal (DLFT)</i>	Doença de Pick; Afasia progressiva primária (APP); Afasia não-fluente.
	<i>Demências subcortiais</i>	Doença de Wilson (degeneração hepatolenticular); Doença de Huntington.
	<i>Parkinson-plus</i>	Demência com corpúsculos de Lewy; Demência na doença de Parkinson; Paralisia supranuclear progressiva (PSP); Degeneração corticobasal; Atrofia de múltiplos sistemas.
	<i>Doenças priônicas</i>	Doença de Creutzfeldt-Jakob; Insônia familiar fatal; Doença de Gerstmann-Sträussler-Scheinker.
Vasculares	<i>Grandes vasos</i> <i>Infartos isolados (estratégicos)</i>	Demência por múltiplos infartos corticais; Giro angular, tálamo, prosencéfalo basal, territórios; das artérias cerebrais anterior e posterior.
	<i>Microangiopatia (substância branca)</i>	Leucodistrofia subcortical difusa; Doença de Binswanger.
Lesionais	<i>Lesões cerebrais focais (lesões que ocupam espaço)</i>	Tumores cerebrais; Hematoma subdural; Esclerose múltipla; Hidrocefalia de pressão normal (HPN).
	<i>Traumáticas</i>	Demência pugilística; Traumatismo cranioencefálico.
	<i>Infeciosas</i>	Demência associada à aids; Neurossfilis (paralisia geral progressiva); Neurocisticercose, sarcoidose; Meningoencefalites (criptocócica, tuberculosa, fúngica); Encefalites víricas (herpes simples).
	<i>Inflamatórias</i>	Vasculites do sistema nervoso central; Lúpus eritematoso sistêmico; Outras doenças reumatológicas.
Tóxico-metabólicas	<i>Intoxicações crônicas</i>	Demência alcoólica; Intoxicação por metais pesados (chumbo, mercúrio, arsênico).
	<i>Anóxicas / hipóxicas</i>	Intoxicação por monóxido de carbono (anóxia); Anóxia aguda: arritmias cardíacas, parada cardiorrespiratória, anóxia pós-anestésica; Crônica: anemias, DPOC.
	<i>Metabólicas</i>	Tireoidopatias, hiperparatireoidismo; Distúrbios hipofisários-adrenais; Estados pós-hipoglicêmicos; Encefalopatia hepática progressiva crônica; Uremia crônica (demência dialítica).
	<i>Nutricionais</i>	Deficiências vitamínicas: tiamina (B ₁), niacina (B ₃), cobalamina (B ₁₂), ácido fólico.

Fonte: Gallucci N, J.; Tamelini, M. G.; Forlenza. O.V. (2005), a partir de Sadock, Sadock (1999). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a04v32n3.pdf>>.

Escore isquêmico podem auxiliar na montagem do diagnóstico da demência vascular (vide anexo I).

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

São os da CID-10, para quadros demenciais, exceto os do mal de Alzheimer. Para a doença de Alzheimer, deve-se consultar o protocolo próprio, do Ministério da Saúde.

5. CASOS ESPECIAIS

Casos de demência com psicose ou com alterações do comportamento gerando agressividade e agitação merecem um olhar especial. Há evidências de que o haloperidol, assim como a risperidona, a quetiapina e a olanzapina, podem reduzir os sintomas psicóticos, mas todos eles podem causar efeitos colaterais importantes, em função da idade e da debilidade dos pacientes demenciados. Nenhum neuroléptico deve ser usado rotineiramente para tratar pacientes demenciados. Há indícios de que os neurolépticos, especialmente os atípicos, possam aumentar as taxas de mortalidade em demências¹⁰.

6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), consultórios de instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

7. RECOMENDAÇÕES E TRATAMENTO

7.1 Recomendações

A partir do estudo brasileiro feito por Brucki et al. (2011)¹¹, pode-se preconizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde:

- 1) Incentivar atividade física regular para pessoas saudáveis, pacientes com doença cerebrovascular e pacientes com declínio cognitivo (nível de evidência B).
- 2) Adaptar a dieta e modificação dos hábitos alimentares, incentivando-se o consumo de alimentos com predomínio de vegetais, ácidos graxos insaturados, grãos e peixes (nível de evidência B).
- 3) Evitar o consumo de doses elevadas de álcool (nível de evidência C).
- 4) Incentivar a manutenção de peso adequado (nível de evidência C).
- 5) Fazer uso de anti-hipertensivos, nos casos de hipertensão, o que pode reduzir o risco de declínio cognitivo e demência, incluindo a demência vascular. Não há evidências para recomendações do uso de uma classe específica de anti-hipertensivos (nível de evidência B).
- 6) O uso de estatinas em indivíduos idosos, em sujeitos com fatores de risco vasculares, não é recomendado com objetivo exclusivo de prevenção ou tratamento das demências (nível de evidência B).
- 7) Não se recomenda o controle intenso da glicemia (Hb glicada < 6%) para a prevenção exclusiva de declínio cognitivo em pacientes diabéticos (nível de evidência B).

¹⁰ BALLARD, C.G.; WAITE, J.; BIRKS, J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2006, Issue 1. Art. No.: CD003476. DOI: 10.1002/14651858.CD003476.pub2. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003476.pub2/abstract;jsessionid=0BCDC8BA1B4ADD50F8BD3F78E90E9D42.f01t01>>.

¹¹ BRUCKI, Sonia Maria Dozzi; FERRAZ, Ana Cláudia; FREITAS, Gabriel R de; MASSARO, Ayrton Roberto; RADANOVIC, Márcia; SCHULTZ, Rodrigo Rizek. Tratamento da demência vascular. **Dement Neuropsychol** 2011 June;5(Suppl 1):78-90. Disponível em: <http://www.demneuropsych.com.br/detalhe_artigo.asp?id=286>.

- 8) O tratamento das comorbidades potencialmente reversíveis associadas a insuficiência cardíaca em paciente idosos (anemia, HAS, anormalidades de eletrólitos, hiperglicemia, hipoalbuminemia) pode reduzir o declínio cognitivo nestes pacientes (nível de evidência C). O uso de inibidores da ECA pode ser recomendado em pacientes com insuficiência cardíaca independente do tratamento dos níveis pressóricos (nível de evidência C).
- 9) A apnéia do sono deve ser pesquisada e tratada em pacientes com demência, podendo trazer algum benefício cognitivo (nível de evidência C).
- 10) A cessação de tabagismo deve ser recomendada em qualquer época da vida (nível de evidência C).
- 11) Não é recomendado o uso de antiagregantes para prevenção primária de declínio cognitivo e demência (nível de evidência B). Em pacientes com Alzheimer não é indicada a administração de ácido acetilsalicílico como tratamento da demência, exceto quando indicado por motivos cardiovasculares (nível de evidência B).
- 12) A revascularização carotídea, através de stent na artéria carótida (CEA) ou endarterectomia de carótida (CAS), em pacientes com estenose carotídea sintomática não afeta o desempenho cognitivo. A revascularização carotídea não deve ser recomendada com objetivo de preservar ou melhorar a função cognitiva (nível C)¹².
- 13) As medicações Ginkgo biloba, nicergolina, vinpocetina, mesilatos ergolóide (codergocristina e outros), piracetam (nível de evidência B), pentoxifilina, citicolina (nível de evidência U), cerebrolisina (nível de evidência C) não devem ser utilizadas no tratamento da demência vascular, pois não há dados comprovando que tenham efeitos válidos.

7.2 Nas demências vasculares

Os princípios do tratamento do paciente com demências vascular envolvem a prevenção de novas lesões cerebrovasculares, intervenções farmacológicas sobre sintomas específicos, retirada das drogas desnecessárias (ou sem evidências de efetividade), estruturação do ambiente, abordagem a déficits específicos e atenção à família e ao cuidador¹³:

Os principais sintomas neuropsiquiátricos comportamentais no curso da demência são as alterações do sono e sintomas depressivos (nas fases iniciais), delírios (nas fases tardias) e ansiedade com agitação temporária, eventual (em qualquer fase). O tratamento destas complicações no paciente com demência não difere muito daquele proposto em outros grupos de pacientes. Neurolépticos e tricíclicos podem, entretanto, comprometer ainda mais suas habilidades cognitivas residuais. Hipnóticos para controle de distúrbios do sono devem, sempre que possível, ser evitados. Problemas de comportamento são muito frequentes, principalmente por perda de memória, inquietude e agitação, alterações do ciclo sono-vigília, ideação delirante, movimentação constante ou violência física. Estes problemas podem romper o frágil sistema de amparo ao paciente, por aumento do nível de estresse familiar. A adequada identificação do problema e dos eventos que o antecedem e sucedem permite com frequência

¹² AL-DAMLUJI MS, NAGPAL S, STILP E, REMETZ M, MENA C. Carotid revascularization: a systematic review of the evidence. **Journal of interventional cardiology**. 2013;26(4):399-410. Disponível em: <<http://www.epistemonikos.org/pt/documents/83efe98aa2830228ec74b935ab987feead657a85#document>>.

¹³ ANDRÉ, Charles. Demência vascular: dificuldades diagnósticas e tratamento. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 56, n. 3A, Sept. 1998. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000300025&lng=en&nrm=iso>.

minimizá-lo. Geradores usuais de estresse incluem cansaço, mudanças na rotina, demandas excessivas, estímulo exagerado, doença ou dor aguda.

Instituições de longa permanência para idosos, com cuidadores qualificados, podem oferecer boas alternativas ao manejo de tais pacientes. Métodos alternativos de tratamento, como programas de integração sensorial e terapia de grupo já foram propostos, sem comprovação de eficácia.

Em qualquer tipo de demência, a supervisão das atividades da vida diária do paciente, visando a prevenção de acidentes (pela dificuldade em discernir situações de risco ou perigo) é um ponto fundamental¹⁴.

Ambientes hospitalares e clínicas de repouso (para internação ou permanência por períodos), devem eliminar ou minorar elementos arquitetônicos geradores de estresse ou confusão. A orientação espacial deve se dar através de múltiplos sinais, não exclusivamente verbais.

Áreas de lazer devem ficar longe de áreas de risco (saídas externas, cozinha e áreas de serviço). Fechaduras de acionamento múltiplo simultâneo (p.ex.: apertar botão e rodar maçaneta) se mostram interessantes.

A iluminação interna não deve ser agressiva e a exposição à luz natural da manhã parece melhorar o ciclo sono-vigília. Música clássica ou as músicas preferidas do paciente podem reduzir o comportamento ruidoso e a agitação.

O apoio aos cuidadores domésticos é importante para seu bom desempenho. Atitudes de estímulo ao paciente, por parte de cuidadores são melhor aceitas do que atitudes críticas e de cobrança. O idoso com demência pode desenvolver uma relação extrema de dependência com seu cuidador, gerando angústia, pois perde a autonomia para realizar determinadas atividades, precisando se colocar nas mãos de um terceiro. Cuidadores podem receber apoio dos serviços de saúde, inclusive através de cursos específicos.

Os grupos psicoeducacionais, organizados por profissionais de saúde, podem ser considerados intervenções eficazes na diminuição dos sintomas depressivos de cuidadores de pessoas com demência¹⁵. Suas estratégias podem ser através de aulas dialogadas, dinâmicas de grupo e leituras simples informativas¹⁶.

A estimulação cognitiva e exercícios mentais podem auxiliar alguns pacientes, em fases não avançadas da demência. Não é uma intervenção apropriada, contudo, nas demências graves¹⁷.

¹⁴ TALMELLI, Luana Flávia da Silva et al . Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 3, 2013 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300003&lng=en&nrm=iso>.

¹⁵ SANTOS, Raquel Luiza et al . Efficacy of a psychoeducational group with caregivers of patients with dementia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 40, n. 4, 2013 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000400007&lng=en&nrm=iso>.

¹⁶ BRUM, Ana Karine Ramos et al . Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 4, Aug. 2013 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400025&lng=en&nrm=iso>.

¹⁷ AGUIRRE, E.; SPECTOR, A.E.; ORRELL, M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 2. Art. No.: CD005562. DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub2. Disponível em: <<http://es.summaries.cochrane.org/CD005562/estimulacion-cognitiva-para-mejorar-el-funcionamiento-cognitivo-en-pacientes-con-demencia#sthash.4LAW3snc.dpuf>>.

7.3 Fármacos

O tratamento é sintomático. As revisões sistemáticas mostram que ainda não há um corpo de evidências científicas mostrando quais são os melhores tratamentos farmacológicos para as demências frontotemporais.

O uso de antidepressivos em pacientes com demência também é incerto. As metanálises não encontraram grandes diferenças entre os medicados e os não medicados para sintomas depressivos em quadros de demências¹⁸.

Os inibidores seletivos de recaptação da serotonina têm sido usados na tentativa de amenizar sintomas comportamentais, especialmente na vigência de depressão comórbida à demência. As evidências de sua efetividade, contudo, não são consistentes. Não há indícios de que um inibidor seja melhor do que o outro¹⁹. O disponível, regularmente, na rede pública é a fluoxetina.

Alguns casos, com sintomas psicóticos, de agitação ou de agressividade, podem responder a doses baixas de neurolépticos, que podem ser prescritos com os devidos cuidados aos efeitos colaterais, sempre mais intensos em idosos²⁰.

No conjunto da literatura médica não há certeza sobre a forma e o momento de se retirar os antipsicóticos utilizados em pessoas com demência que tenham passado a usar neurolépticos²¹.

A alimentação por sonda é comumente utilizada em pacientes com demência avançada, quando há disfagia. A decisão de instituir hidratação e nutrição artificiais pode ser emotiva e complexa, muitas vezes pressionando os médicos. Metanálises não evidenciam provas definitivas de que a alimentação por sonda enteral seja eficaz para prolongar a sobrevivência, melhorar a qualidade de vida, conseguir uma nutrição melhor e reduzir o risco de úlceras de decúbito. Por outro lado, a alimentação por sonda aumenta o risco de desenvolver pneumonia por inalação de pequenas quantidades de alimento e, inclusive, de provocar mortes²².

¹⁸ BAINS, J.; BIRKS, J.; DENING, T. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4. Art. No.: CD003944. DOI: 10.1002/14651858.CD003944. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003944/abstract>>.

¹⁹ BAINS, J.; BIRKS, J.S.; DENING, T.R.; Antidepressivos para el tratamiento de la depresión en la demencia (Revisión Cochrane traducida). In: **La Biblioteca Cochrane Plus**, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traduzida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

²⁰ PORTUGAL, Maria da Glória; MARINHO, Valeska; LAKS, Jerson. Pharmacological treatment of frontotemporal lobar degeneration: systematic review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000100016&lng=en&nrm=iso>.

²¹ DECLERCQ, T.; PETROVIC, M.; AZERMAI, M.; VANDER STICHELE, R.; DE SUTTER, A.I.M.; VAN DRIEL, M.L.; CHRISTIAENS, T. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 3. Art. No.: CD007726. DOI: 10.1002/14651858.CD007726.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007726.pub2/full>>.

²² SAMPSON, E.L.; CANDY, B.; JONES, L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 2. Art. No.: CD007209. DOI: 10.1002/14651858.CD007209.pub2.

Há discussões sobre possíveis efeitos da nimodipina, discretos, mas ainda duvidosos, sobre funções cognitivas, em pacientes com demência por infartos múltiplos e demências mistas²³.

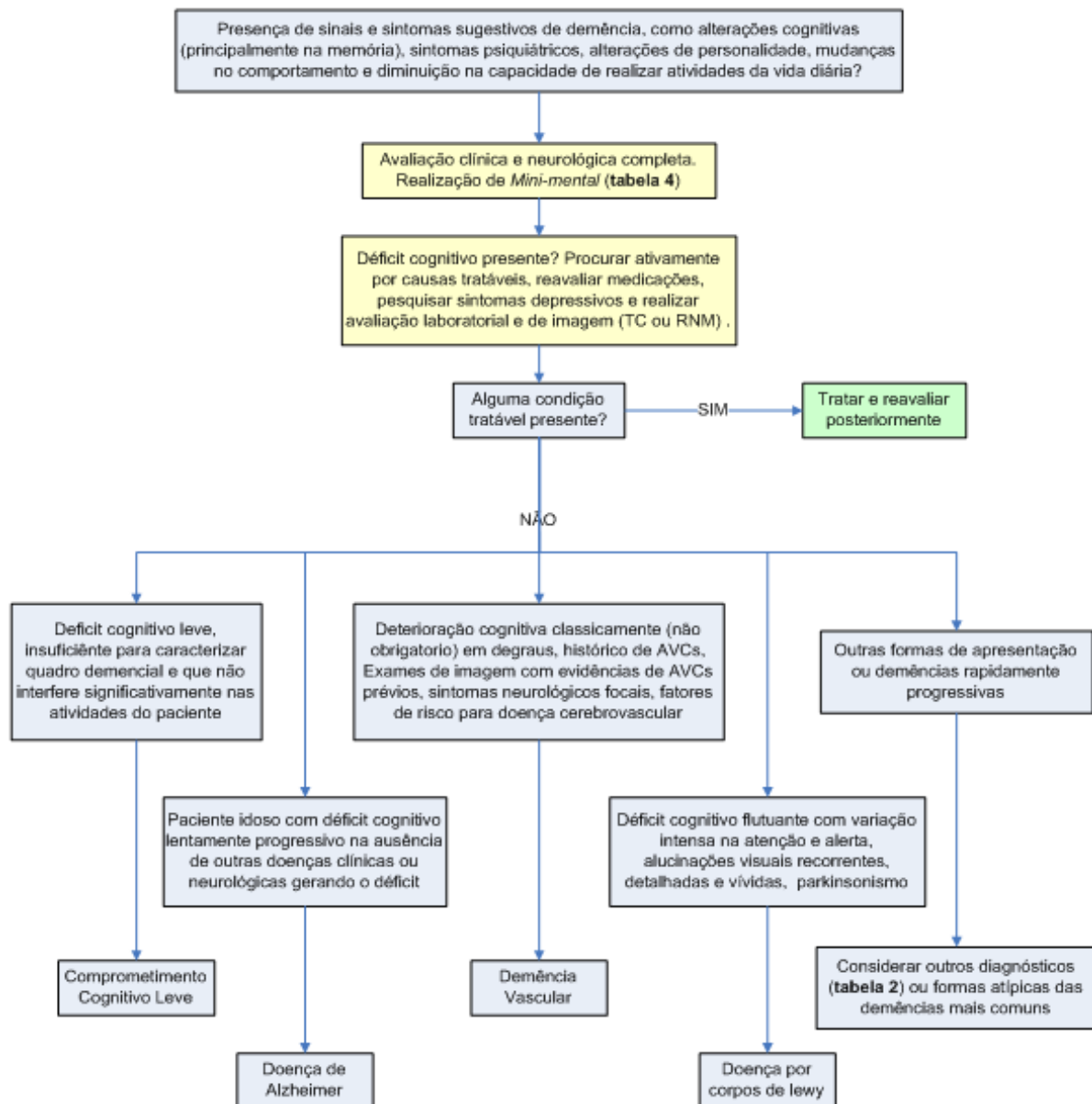
A administração oral da naftidrofurila tem sido testada, mostrando boa tolerância. Apesar de alguns relatos de efeitos positivos parciais sobre a cognição e o humor, o resultado atual das pesquisas deixa uma impressão geral ainda inconsistente e inconvincente sobre os benefícios. Quanto ao comportamento violento e atrapalhado, esta substância demonstrou, nas pesquisas até aqui realizadas, não ter efeitos positivos²⁴.

Veja mais em: <<http://es.summaries.cochrane.org/CD007209/no-existen-pruebas-suficientes-para-sugerir-que-la-alimentacion-enteral-sea-beneficiosa-en-los-pacientes-con-demencia-avanzada.-faltan-datos-sobre-los-efectos-adversos-de-esta-intervencion#sthash.IXiLfzuR.dpuf>>.

²³ BIRKS, J.; LÓPEZ-ARRIETA, J. Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2002, Issue 3. Art. No.: CD000147. DOI: 10.1002/14651858.CD000147. Disponível também em: <<http://es.summaries.cochrane.org/CD000147/nimodipina-para-la-demencia-degenerativa-primaria-mixta-y-vascular#sthash.jdgYu6oN.dpuf>>.

²⁴ LU, Dong Hao, et al. Naftidrofuryl for dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 9, 2014, Art. No. CD002955. DOI: 10.1002/14651858.CD002955.pub12. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=1477&id=CD002955&lang=pt&dblang=&lib=COC>>.

ALGORITMO



Fonte: SMID, J. Demências. Medicina Net. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/imagens/20081110031116.gif>>.

Anexo

Escore isquêmicos para diagnóstico diferencial de demências

a. O Escore Isquêmico de Hachinski - 1975³³

(Pontuação total máxima=18. ≥ 7 : Demência vascular; 5-6: Etiologia mista; ≤ 4 : Doença de Alzheimer).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	2	Incontinência emocional	1
Deterioração em escada	1	História de hipertensão arterial	1
Curso flutuante	2	História de AVC	2
Confusão noturna	1	Evidência de aterosclerose associada	1
Preservação relativa da personalidade	1	Sintomas neurológicos focais	2
Depressão	1	Sinais neurológicos focais	2
Queixas somáticas	1		

b. O Escore Isquêmico de Rosen - 1979⁶⁵

(Pontuação total máxima=12. ≥ 4 : Demência vascular; 3: Etiologia mista; ≤ 2 : Doença de Alzheimer).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	2	História de hipertensão arterial	1
Deterioração em escada	1	História de AVC	2
Queixas somáticas	1	Sintomas neurológicos focais	2
Incontinência emocional	1	Sinais neurológicos focais	2

c. O Escore Isquêmico de Portera-Sanchez - 1982⁶⁶

(Pontuação total máxima=12. ≥ 6 : Demência vascular; 4-5: Etiologia mista; ≤ 3 : Doença de Alzheimer).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	1	Sinais neurológicos focais - incluindo	
História de hipertensão arterial	1	distúrbios motores (2) e sinais piramidais (1)	3
História de AVC	4	Lentificação focal ao EEG	1
Infarto ou atrofia focal à TC	2		

d. O Escore Isquêmico de Loeb e Gandolfo - 1983⁶⁶

(Pontuação total máxima=9 ou 10. ≥ 5 : Demência vascular; 3-4: Etiologia mista; ≤ 2 : Doença de Alzheimer).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	2	Sinais neurológicos focais	2
História de AVC	1	Áreas de hipodensidade à TC (1 ou > 1)	2 ou 3
Sintomas neurológicos focais	2		

e. O Escore Isquêmico de Katzman e Kawas - 1986⁴¹

(Pontuação total máxima=12. ≥ 6 : Demência vascular; 4-5: Etiologia mista; ≤ 3 : Doença de Alzheimer).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	2	Sinais neurológicos focais	2
Deterioração em escada	1	Infarto ou atrofia focal à TC	2
História de AVC	2	Alterações de substância branca	1
Sintomas neurológicos focais	2		

f. O Escore Isquêmico de Fischer - 1991²⁵

(Pontuação total máxima=18. > 7 : Demência vascular).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	2	Incontinência emocional	1
Deterioração em escada	1	História de hipertensão arterial	1
Curso flutuante	2	História de AVC	2
Confusão noturna	1	Evidência de aterosclerose associada	1
Preservação relativa da personalidade	1	Sinais e Sintomas neurológicos focais	2
Depressão	1	Infarto ou atrofia focal à TC	2
Queixas somáticas	1		

Fonte: ANDRE, Charles. Demência vascular: dificuldades diagnósticas e tratamento. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 56, n. 3A, Sept. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000300025&lng=en&nrm=iso>.