

Doenças Crônicas e Infectocontagiosas na Atenção Básica

**Marina Casagrande do Canto
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2019



Doenças Crônicas e Infectocontagiosas na Atenção Básica

**Marina Casagrande do Canto
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2019



2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Karine de Lima
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
D651	<p>Doenças crônicas e infectocontagiosas na atenção básica [recurso eletrônico] / Organizadora Marina Casagrande do Canto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-851-9 DOI 10.22533/at.ed.519192312</p> <p>1. Assistência à saúde – Brasil. 2. Doenças transmissíveis – Prevenção. I. Canto, Marina Casagrande do.</p> <p style="text-align: right;">CDD 614.5</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Doenças Crônicas e Infectocontagiosas na Atenção Básica” é uma obra que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que compõe seus capítulos. O volume abordará de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos e/ou revisões que transitam nos vários caminhos da saúde pública e saúde coletiva.

O objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país. Em todos esses trabalhos a linha condutora foi o aspecto relacionado ao atendimento do paciente com doença crônica e infectocontagiosa na unidade básica de saúde como a Hipertensão Arterial, Hepatite Alcoólica, Febre Maculosa, Alzheimer, Aids, entre outros. A cronicidade das doenças assim como as doenças de contágio no meio familiar são fatores preocupante para a saúde pública nos últimos anos com o aumento da prevalência das mesmas. Este aumento do número de casos se dá por diversos fatores que devem ser discutidos e caracterizados e se possível prevenidos pela gestão de saúde.

Temas diversos e interessantes são, deste modo, discutidos aqui com a proposta de fundamentar o conhecimento de acadêmicos, mestres e todos aqueles que de alguma forma se interessam pela saúde preventiva e de atenção básica. Possuir um material que demonstre evolução de diferentes enfermidades de forma temporal com dados substanciais de regiões específicas do país é muito relevante, assim como abordar temas atuais e de interesse acadêmico.

Deste modo a obra Saúde Pública e Saúde Coletiva apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados científicos da literatura em uma abordagem prática obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marina Casagrande do Canto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS A UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	
Edenilson Cavalcante Santos Jória Viana Guerreiro Nemório Rodrigues Alves Hugo Ricardo Torres da Silva Eclésio Cavalcante Santos Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes	
DOI 10.22533/at.ed.5191923121	
CAPÍTULO 2	14
ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA	
Márcia Andréa da Silva Carvalho Sombra Marcela Napoleão de Oliveira Jaciera Simões Benevides Anaiara Lucena Queiroz	
DOI 10.22533/at.ed.5191923122	
CAPÍTULO 3	26
ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM PACIENTES DO PROGRAMA HIPERTENSÃO EM COMUNIDADE QUILOMBOLA NO AMAPÁ	
Thamilly Joaquina Picanço da Silva Wingred Lobato Gonçalves Karoline Sampaio da Silva Helielson Medeiros dos Santos Jéssica Monteiro Cunha Darliane Alves da Silva Maira Beatrine da Rocha Uchôa Marlucilena Pinheiro da Silva Rubens Alex de Oliveira Menezes	
DOI 10.22533/at.ed.5191923123	
CAPÍTULO 4	32
EFEITO DA ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NERVOSA TRANSCUTÂNEA EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA	
Francis Igor Ribeiro da Silva Diego Figueiredo Nóbrega Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa Rodrigo Neves Silva Kristiana Cerqueira Mousinho Tâminez de Azevedo Farias Cláudia Vivian de Oliveira Sylvia Marques da Silva Renata Marinho de Albuquerque Natanael Barbosa dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.5191923124	

CAPÍTULO 5 46

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE ENVELHECER EM COMUNIDADE QUILOMBOLA NO SUDOESTE DO AMAPÁ

Thamilly Joaquina Picanço da Silva
Wingred Lobato Gonçalves
Karoline Sampaio da Silva
Helielson Medeiros dos Santos
Jéssica Monteiro Cunha
Darliane Alves da Silva
Maira Beatrine da Rocha Uchôa
Marlucilena Pinheiro da Silva
Rubens Alex de Oliveira Menezes

DOI 10.22533/at.ed.5191923125

CAPÍTULO 6 52

O ALZHEIMER COMO UM DESAFIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE, FRENTE A CRESCENTE EXPECTATIVA DE VIDA, E O MEEM COMO FERRAMENTA NO RASTREIO DE DEMÊNCIAS.

Geórgia Maria Viero
Cirano Gautier dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.5191923126

CAPÍTULO 7 60

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA HEPATITE ALCOÓLICA ATRAVÉS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DATASUS

Gabriel Santiago da Hora
Maria Lúcia de Mendonça Sandes
João Paulo Bezerra Silva

DOI 10.22533/at.ed.5191923127

CAPÍTULO 8 67

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DA FEBRE MACULOSA

Arian Santos Figueiredo
Myrna Marcionila Xenofonte Rodrigues
Yuri Mota do Nascimento
Metton Ribeiro Lopes e Silva
Maria do Socorro Vieira Gadelha

DOI 10.22533/at.ed.5191923128

CAPÍTULO 9 81

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE FEBRE DE CHIKUNGUNYA E ESCARLATINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Letícia Almeida de Assunção
Angélica Menezes Bessa Oliveira
Luiz Euclides Coelho de Souza Filho
Gabriela de Nazaré e Silva Dias
Adrielly Sena Cunha
Kellen Chrislene Campos Vieira
Jonas Melo de Matos Junior
Annela Isabell Santos da Silva
Brenna Marcela Evangelista Baltazar
Alda Lima Lemos
Weslley do Vale Maia
Vitor Vila Real Santos
Raphael Resende Gustavo Galvão
Geovana do Rosário Ribeiro
Alinne Larissa de Almeida Matos
Patrick Nascimento Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.5191923129

CAPÍTULO 10 88

PESSOAS CONVIVENDO COM HIV/AIDS: PERFIL CLÍNICO SÓCIO DEMOGRÁFICO DE COINFECTADOS POR TOXOPLASMOSE EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA.

Francisco das Chagas Araújo Sousa
Francisco Costa
Weryk Manoel Araujo Leite
Flavio Ribeiro Alves
Renan Paraguassu de Sá Rodrigues
Laecio da Silva Moura
Andrezza Braga Soares da Silva
Kelvin Ramon da Silva Leitão
Maria Angélica Parentes da Silva Barbosa
Luis Alberto de Sousa Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.51919231210

CAPÍTULO 11 99

AVALIAÇÕES ANTROPOMÉTRICAS, PERFIL HEMATOLÓGICO E BIOQUÍMICO DE UMA POPULAÇÃO ESCOLAR DO DISTRITO FEDERAL, BRASIL

Antônio Augusto Fidalgo-Neto
Iriani Rodrigues Maldonade
Rafael da Silva Affonso
Iully Mikaelly Pereira Sales
Alessandro Abreu dos Santos
Leandro Júnior Barreto dos Reis
Eleuza Rodrigues Machado

DOI 10.22533/at.ed.51919231211

CAPÍTULO 12 111

REPERCUSSÕES DA DOENÇA CRÔNICA INFANTO-JUVENIL NA FAMÍLIA E INSTRUMENTOS DE CUIDADO

Gisele Weissheimer
Fernanda Cassanho Teodoro
Vanessa Ferreira de Lima
Verônica de Azevedo Mazza
Sara Rocha de Souza

DOI 10.22533/at.ed.51919231212

SOBRE A ORGANIZADORA..... 122

ÍNDICE REMISSIVO 123

O ALZHEIMER COMO UM DESAFIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE, FRENTE A CRESCENTE EXPECTATIVA DE VIDA, E O MEEM COMO FERRAMENTA NO RASTREIO DE DEMÊNCIAS.

Geórgia Faria Viero

Médica psiquiatra especialista em psiquiatria da infância e adolescência

Universidade Franciscana - UFN

E-mail:georgiaviero@gmail.com

Cirano Gautier do Santos

A.cadêmico do curso de medicina da UFN

Universidade Franciscana

E-mail:cirano933@gmail.com

ABSTRACT : For the first time in history, most people can live up to over 60 years old, in a way that a child born in 2015 in Brazil has a life expectancy 20 years longer than a person born 50 years ago. Having this new circumstances, there are surely some new health related challenges to be overcome even faster than before. The great question is: can a human being enter their senior years with a nice life quality nowadays? The biggest obstacles in order to achieve this goal are the so called chronic and non transmissible diseases, such as Alzheimer's Disease, which has been doubling cases every 5 years in people between the ages of 65 and 85, according to recent epidemiological studies. Having a healthy lifestyle can help prevent, slow them down or even, in some cases, reverse the condition, but the treatment cannot rely solely on this individual care, it must be a wide public health concern

as well. Alzheimer's Disease consists mainly of an insidious, progressive decline of memory and other cortical functions, such as speech, concept and judgement, which happens through mostly two acting mechanisms that lead to brain atrophy in areas as the temporal lobe and the hippocampus, that are responsible for recent memory. There is also an atrophy of some brain nuclei as Meynert's and the septal, that are responsible for the acetylcholine production which is a neurotransmitter mediator of cognitive activity. All of this causes the individual with an advanced stage of this condition to lose their capability to perform even the simpler tasks of their daily routine, including communication, comprehension, personal hygiene, eating and connecting with others; they become entirely dependent. Therefore, this article intends to promote a way of tracking the dementia through the MEEM, alongside the management of patients in order to prevent that the early cases reach the lowest point, and making it so the senior life quality only increases.

KEYWORDS: Alzheimer; MEEM; life expectancy; patients

1 | INTRODUÇÃO

Em um período na história humana, onde se preocupa com desafios à saúde, seja por mudanças climáticas, tensões políticas

e questionamentos sociais. Também há a preocupação com doenças emergentes infecciosas ou como combater a próxima bactéria resistente à medicação, um fato é certo: a população está envelhecendo, rapidamente e, pela primeira vez na história, a maior parte dos seres humanos pode viver mais de 60 anos. Com esse novo paradigma na história humana, alguns novos desafios devem ser enfrentados, com relação à saúde. Pode-se observar que o ritmo de envelhecimento e a expectativa de vida são altos. Uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar em 2015, por exemplo, pode esperar viver 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos. Em apenas 35 anos, essa taxa terá aumentado em torno de um a cada três. No entanto, o que se questiona é que se o ser humano é capaz de adentrar a chamada terceira idade com qualidade de vida. O que se sabe é que o grande desafio enfrentado pela população idosa são as chamadas doenças crônicas e doenças não transmissíveis. Com um estilo de vida saudável, é possível revertê-las, em alguns casos, ou retardá-las. Nesse sentido, a preocupação com a saúde pública deve ser abrangente e seriamente discutida. Alguns estudos epidemiológicos indicam que a prevalência da doença de Alzheimer dobra a cada cinco anos em pessoas com idades entre 65 e 85 anos. A doença de Alzheimer, por exemplo, caracteriza-se por um declínio insidioso, progressivo da memória e de outras funções corticais, como linguagem, conceito e julgamento. A neuropatia da doença de Alzheimer caracteriza-se, basicamente, por dois mecanismos de ação que levam à morte cerebral. Primeiramente, há a formação de placas amiloides secretadas pela gama-amiloide e beta-secretase. Em outro momento, há a hiperfosforilação da proteína tau, com formação de uma rede de neurofibras dentro do neurônio. Inicialmente, esses mecanismos levam à atrofia cerebral em áreas como lobo temporal e hipocampo, áreas associada à memória recente. Há também a atrofia de núcleos cerebrais como os de Meynert e septais, áreas responsáveis pela produção de acetilcolina, que é um neurotransmissor mediador da atividade cognitiva. Existem 3 fases na Doença de Alzheimer com duração de aproximadamente 2 a 3 anos cada. Na fase primária, leve, ou inicial, há a diminuição na memória recente, podendo haver alterações na personalidade, alternando estágios de irritabilidade, hostilidade, apatia e frustração. Na comunicação, o indivíduo apresenta desordens linguísticas, juntamente a déficit no raciocínio linguístico e disfonia; deficiências na busca por palavras corretas ou lembrar nomes de objetos ou pessoas. Na fase moderada ou secundária, acentua-se déficit de memória e aprendizagem. O paciente também muda a sua personalidade, indiferença, hostilidade, julgamento social pobre, baixa afetividade. Tudo em virtude de sua atual incapacidade de realizar atividades que antes eram corriqueiras. A comunicação apresenta-se ainda mais desorganizada, em termos de conteúdo, apresentando déficit de conteúdo, prejudicando a compreensão desse paciente. Na fase posterior, chamada de terciária ou grave, as funções intelectuais serão deterioradas de uma forma abrangente, o paciente fica em um estado de dependência total para solucionar problemas e realizar atividades diárias, higiene pessoal, alimentação. Sua personalidade mostra-se totalmente desorganizada, a comunicação está deteriorada com ecolalias,

perseveração e mutismo. Assim, este trabalho visa mostrar como rastrear demência, por meio do MEEM, juntamente com o manejo de pacientes.

2 | DISCUSSÃO

O atual enfoque social recomendado para abordar o envelhecimento da população, que inclui a meta de construir um mundo favorável aos adultos maiores, requer uma transformação dos sistemas de saúde que substitua os modelos curativos baseados na doença pela prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades dos adultos maiores. No sentido conceitual, o relatório sugere que o envelhecimento saudável não significa ausência de doenças, mas a manutenção de habilidades funcionais. Conforme há o envelhecimento do indivíduo, suas necessidades de saúde tendem a se tornar mais crônicas e complexas. Os cuidados de saúde que abrangem essas demandas multidimensionais da idade avançada de maneira integrada se demonstraram maior eficácia se comparado ao serviço que trata independentemente as doenças específicas. No Brasil, o SUS adotou a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como forma de responder aos problemas vivenciados na gestão do sistema, como a fragmentação do sistema de saúde, a concorrência entre os serviços, altos custos no sistema de saúde, o aumento da prevalência das doenças crônicas e a necessidade de monitoramento e avaliação. Nesse sentido, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são modelos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com configurações tecnológicas e missões assistenciais diferenciadas, articuladas, de forma complementar, de base territorial, tendo como principal aspecto: a atenção básica como mais importante ponto de atenção e principal via de acesso ao sistema; constituída por equipe multidisciplinar, a fim de cobrir, ao menos em tese, toda a população.

3 | RESULTADOS

Além da de dar ênfase à atenção básica da pessoa idosa, frente à demanda populacional, seria importante o treinamento dessa rede de profissionais, nas unidades básicas, capazes de identificar, com precisão, o nível de demência do paciente. É comum, na prática clínica, pacientes idosos chegarem às unidades básicas, acompanhadas por seus cuidadores ou familiares preocupados com seus estados mentais. Frente a essa questão, seria necessário não só a preparação dos profissionais que já estão trabalhando em unidades básicas de saúde, para a execução do exame físico, clínico, juntamente com a história do paciente, mas revelar, problematizar e enfatizar, nas escolas de medicina, ou seja, na formação do médico, um profissional capaz de identificar o estado mental de pacientes idosos para não apenas indicar a um profissional especializado.

Para isso, o chamado Mini Exame de Estado Mental (MEEM), conhecido

popularmente como “mini-mental” é um dos testes mais utilizados no mundo, permite a avaliação cognitiva do paciente, bem como o rastreamento de quadros demenciais, bem como utilizado para avaliação de respostas de medicamentos. Basicamente, o MEEM consiste em um questionário onde é avaliado a capacidade cognitiva do paciente, por meio da atenção e o cálculo, a nomeação de objetos, a compreensão de comandos falados e escritos, além da avaliação da escrita e das habilidades visual-espaciais. O escore é baseado no nível de instrução do paciente, dessa forma, cabe ressaltar a heterogeneidade do ensino no Brasil, seja no ensino superior, médio, ou fundamental. Nesse sentido, o profissional deve ter uma coerência no momento da aplicação.

4 | METODOLOGIA

Para a aplicação do MMEE, é necessário que o local da aplicação seja adequado, que o profissional que aplicará o teste forneça segurança e privacidade ao paciente, para que as informações ali expressas sejam de uso exclusivo clínico. Também é necessário que o profissional prepare o material antes de o teste começar. Os materiais são: um relógio, uma caneta, e uma folha. A partir de então, é necessário obter o nome do paciente, bem como idade e escolaridade, informações relevantes ao possível tratamento de alguma enfermidade. O mini-mental é baseado nas seguintes explanações, orientação espacial; orientação temporal; memória imediata e evocação; atenção e cálculo; evocação; linguagem e viso espacial. Há uma pontuação para cada acerto, o escore varia de 30 a 35 pontos, conforme a evolução do paciente no teste. Na orientação espacial, será perguntado o país, estado, cidade, rua/local andar. Onde está ocorrendo a conversa. A pontuação é um ponto para cada resposta correta. Na orientação temporal será perguntado ao paciente o ano em que estamos estação, dia da semana, dia do mês, mês. Sendo um ponto para cada resposta correta. No quesito memória imediata e de evocação é solicitado que o paciente repita as palavras: carro, vaso e tijolo. É importante que o profissional fale pausadamente e avise o paciente que será solicitado novamente, mais adiante, que ele repita essas palavras. A pontuação é dada a partir da primeira tentativa, ou seja, um ponto para cada acerto. Na atenção e cálculo serão solicitados cinco cálculos simples como: “100 -7? 93 -7? 86 -7? 79- 7? 72 -7?” Sendo um ponto para cada acerto. Se paciente errar, não indique seu erro, apenas continue a fazer as perguntas. Caso o paciente tenha uma pontuação muito baixa, um, ou dois acertos, uma alternativa é a soletração da palavra mundo, de traz para frente, pontuando um ponto a cada letra. Caso seja necessária a utilização dessa alternativa, a pontuação máxima chega a 35 pontos, somando-se os acertos do cálculo e da soletração. Na evocação serão perguntados ao paciente quais as três palavras que foram pedidas, no início do teste, para fins de pontuação, cada palavra dita vale um ponto. Na linguagem, será solicitada uma série de atividades. Primeiramente pede-se que repita as frases: “nem aqui, nem ali, nem lá”, valendo um ponto. Depois

é Solicite ao paciente que escreva uma frase que faça sentido, valendo um ponto. Após, mostrar um relógio e uma caneta e solicite que os nomeie, valendo dois pontos. Em seguida, de forma lenta e pausadamente diga ao paciente, “pegue a folha com a mão direita, dobre a folha ao meio e coloque-a ao chão” Caso o corra normalmente, são mais três pontos. Caso não houver, não há pontuação, caso o paciente pegue a folha e não saiba o que fazer o profissional da saúde não deve dar dicas ou indicar o que fazer. Logo após isso, mostrar uma folha escrita “feche os olhos” de forma legível e diga ao paciente, “leia e faça o que está escrito”, valendo um ponto. Novamente, não há a necessidade de indicar, novamente, o que deve ser feito. Por ultimo, na avaliação viso espacial, cabe ao profissional mostrar um desenho de dois pentágonos interseccionados por um vértice e, novamente, solicitar que o paciente faça o mesmo. Cabe ressaltar que é importante que o desenho tenha os cinco vértices e que esteja corretamente interseccionados. O paciente pode solicitar que veja a figura novamente pois, nesse caso, a avaliação é motora, e não de memória.

Escolaridade (anos)	Escore de corte
0	<18
1-4	<22
5-8	<24
9-11	<26
>12	<27

Tabela 1: Ponto de corte com base na escolaridade

Fonte: Sonia. M.D. Brucki. 2003

5 | DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Segundo as diretrizes da Academia Americana de Neurologia, depressão é uma comorbidade comum e tratável em pacientes com demência e deve ser rastreada. A deficiência de vitamina B12 é comum em idosos, devendo a dosagem de nível sérico de B12 ser incluída na rotina de avaliação. Devido à frequência, hipotireoidismo deve ser rastreado nos pacientes idosos. Um exame de imagem cerebral – tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) - é útil para excluir lesões estruturais que podem contribuir para demência, como infarto cerebral, neoplasia, coleções de líquido extracerebral. O processo de investigação diagnóstica para preencher os critérios inclui história completa (com paciente e familiar ou cuidador), avaliação clínica, rastreio cognitivo (testes cognitivos como o Mini Exame do Estado Mental - MEEM), exames laboratoriais (hemograma, eletrólitos (sódio e potássio), glicemia, ureia e creatinina, TSH e ALT/AST), sorologia sérica para sífilis (VDRL) e imagem cerebral (TC sem contraste ou RM).

6 | DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Diagnóstico Achados que reduzem o DA possível provável diagnóstico de DA diagnóstico de provável DA

Diagnóstico	Achados que reduzem o DA possível	Achados que sustentam o DA provável	Características diagnósticas de provável DA	Diagnóstico de provável DA
<ul style="list-style-type: none"> • Déficits em 2 ou mais áreas da cognição; • Piora progressiva da memória e de outra função cognitiva; • Início entre os 40 e 90 anos de Idade; • Ausência de doenças sistêmicas que podem causar a Síndrome. • Presença de síndrome demencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia, apraxia e agnosia progressivas (incluindo disfunção visoespacial); • Atividades de vida diária (AVDs) comprometidas e alteração comportamental; • História familiar; • Achados inespecíficos (ou exames normais) de líquido cefalorraquidiano, tomografia computadorizada (TC) de crânio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Platô no curso da doença. • TC normal para a idade. • Convulsões na doença avançada. • Outras anormalidades neurológicas na doença avançada (aumento do tônus muscular, mioclonia ou distúrbios da marcha) • Sintomas psiquiátricos e vegetativos associados (depressão, insônia, delírio, alucinações, problemas de controle comportamental, transtorno de sono e perda de peso). 	<ul style="list-style-type: none"> • Início súbito, apoplético; • Achado neurológico focal precoce no curso da doença; • Convulsões ou distúrbios da marcha precoces no curso da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de outros transtornos neurológicos, psiquiátricos ou sistêmicos suficientes para causar demência; • Presença de achados atípicos no início, na apresentação ou no curso clínico. • Pode ser feito na presença de um segundo transtorno que possa levar à demência, mas que não seja a única causa provável de demência.

TABELA 2: elementos-chave dos critérios para doença de Alzheimer

Fonte: Diretrizes clínicas do Ministério da saúde sobre a Doença de Alzheimer

7 | CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo de tratamento pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições: identificação de incapacidade de adesão ao tratamento; evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada (conforme exames do item Critérios de Inclusão); insuficiência cardíaca ou arritmia

cardíaca grave; hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos.

8 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo de tratamento pacientes que preencherem todos os critérios: diagnóstico de DA provável, segundo os critérios das diretrizes clínicas do Ministério da Saúde sobre o Alzheimer; MEEM com escore entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade ou entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade; escala CDR 1 ou 2 (demência leve ou moderada); e TC ou RM do encéfalo e exames laboratoriais que afastem outras doenças frequentes nos idosos que possam provocar disfunção cognitiva: hemograma (anemia, sangramento por plaquetopenia), avaliação bioquímica (dosagem alterada de sódio, potássio, glicose, ureia ou creatinina), avaliação de disfunção tiroídiana (dosagem de TSH), sorologia para lues (VDRL) e nível sérico de vitamina B12.

9 | TRATAMENTO

O objetivo do tratamento medicamentoso é propiciar a estabilização do comprometimento cognitivo, do comportamento e da realização das atividades da vida diária com um mínimo de efeitos adversos. Desde a introdução do primeiro inibidor da acetilcolinesterase, os fármacos colinérgicos Donepezila, Galantamina e Rivastigmina são considerados os de primeira linha, estando todos eles recomendados para o tratamento da DA leve a moderada. O fundamento para o uso de fármacos colinérgicos recai no aumento da secreção ou no prolongamento da meia-vida da acetilcolina na fenda sináptica em áreas relevantes do cérebro. É sabido há muitos anos que a degeneração das vias colinérgicas cerebrais desencadeia algumas das manifestações da DA avançada e, em particular, contribui para os déficits característicos da cognição. Os inibidores da colinesterase, que retardam a degradação da acetilcolina naturalmente secretada, ofereceram um avanço mais significativo.

10 | CONCLUSÃO

Importante ressaltar que o MEEM é apenas um recurso para avaliação das capacidades cognitivas do paciente, e, somente a utilização deste é insuficiente para o diagnóstico da doença de Alzheimer. Frente à demanda e ênfase cada vez maior na atenção à saúde mental, o MEEM é um teste rápido, simples e de rápida aplicação, capaz de avaliar as faculdade mentais do paciente. Dessa forma, o incentivo para incluir esse teste é de extrema importância.

REFERÊNCIAS

BRUCKI, S. M. D; NITRINI, R; CARMELI, P; BERTOLUCCI, P.H.F. AKAMOTO, I. H. Sugestão Para o

Uso do Mini-Exame Do Estado Mental no Brasil. 5f. 2003. Arquivo de Neuropsiquiatria. Departamento de Clínica Neurológica da Universidade de São Paulo. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>> acesso em 1/09/18

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Para o Cuidado da Pessoa idosa no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. 46f. 2014. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf> Acesso em 1/09/18.

AZEVEDO, P. G; LANDIM, M. E; FÁVERO, G.P; CHIAPPETTA, A. L. M. L. Linguagem e Memória na Doença de Alzheimer em fase Moderada. 7f. 2009. Rev. CEFAC, São Paulo. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n3/133-08.pdf>>. Acesso em 5/09/18.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 30f. 2015. Disponível em <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMSENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em 5/09/18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas na Doença de Alzheimer. 22f. 2013. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-de-alzheimerlivro-2013.pdf>> Acesso em 5/09/18.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso aos serviços de saúde 3, 10, 28, 50
Adesão 6, 3, 10, 11, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 57, 91
AIDS 5, 8, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97
Alcoolismo 60, 64, 65
Alzheimer 5, 7, 52, 53, 57, 58, 59
Anti-hipertensivos 14, 20, 21, 22, 23
Antihypertensives 15
Atenção primária em saúde 1, 11
Avaliação em saúde 1

B

Body mass index 100, 108
Brasil 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 23, 26, 28, 31, 40, 41, 46, 47, 48, 51, 53, 54, 55, 59, 60, 62, 63, 65, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 84, 86, 90, 92, 96, 97, 99, 100, 102, 103, 105, 107

C

Carrapato 68, 69, 72, 73, 75, 76, 77, 78
Chikunguya 81, 82, 85
Cholesterol 100
Chronic kidney disease 14, 15, 23, 24, 25
Chronic non-communicable diseases 99, 100, 106, 108
Cirrose hepática alcóolica 60
Cirurgia cardíaca 6, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42
Colesterol 99, 103, 104, 109

D

Diabetes 15, 20, 21, 25, 27, 31, 100, 105, 107
Diagnóstico diferencial 8, 79, 81, 82, 83, 85
Doença crônica 5, 9, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121
Doença renal crônica 6, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 114
Doenças crônicas não-transmissíveis 2, 99

E

Epidemiologia 12, 60, 62, 63, 65, 68, 69, 78, 81, 82, 84
Estimulação elétrica nervosa transcutânea 6, 32, 33, 35, 40, 41, 42, 43, 44
Estratégia saúde da família 1, 2, 12

F

Família 9, 1, 2, 3, 12, 24, 27, 30, 31, 48, 82, 83, 90, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120

Febre de escarlatina 81

Febre maculosa 5, 7, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79

H

HDL 79, 99, 100, 103, 104, 105, 109

Hipertensão 5, 6, 1, 2, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 51, 101, 105

HIV 8, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97

Hypertension 2, 14, 15, 17, 25, 27, 107

I

Idosos 9, 26, 31, 47, 48, 51, 54, 56, 58

Índice de massa corpórea 99, 109

Infecção 36, 68, 73, 74, 78, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97

L

LDL 99, 100, 103, 104, 105, 109

Life expectancy 52, 107

Lipidogram 100

Lipidograma 99, 106, 108, 110

M

Meem 7, 52, 53, 54, 55, 56, 58

P

Pacients 52

Período pós-operatório 33, 34, 40

Q

Qualidade de vida 7, 19, 23, 28, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 66, 90, 91, 97, 104, 106, 114, 115, 117, 118

Quilombolas 46, 47, 48, 51

R

Revisão sistemática 9, 12, 14

S

Saúde da criança 107, 111

Systematic review 15, 23, 65, 108

T

Toxoplasmose 8, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98

 **Atena**
Editora

2 0 2 0