

# NORMA

## DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

NÚMERO: 053/2011

DATA: 27/12/2011

**ASSUNTO:** Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas  
**PALAVRAS-CHAVE:** Demências; Doença de Alzheimer  
**PARA:** Médicos do Sistema Nacional de Saúde  
**CONTACTOS:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do seu Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

### I – NORMA

1. A história clínica, adjuvada com informação de um familiar ou cuidador, o exame físico geral e o exame neurológico, devem ser realizados em todos os doentes com suspeita de declínio cognitivo ou demência (*Nível de evidência C, Grau de recomendação I*).
2. As alterações nas atividades de vida diária devidas a declínio cognitivo são um aspecto essencial no quadro clínico da demência e devem fazer parte da avaliação diagnóstica (*Nível de evidência C, Grau de recomendação I*).
3. A avaliação cognitiva, deve ser efetuada, em consulta especializada, em todos os doentes com suspeita de declínio cognitivo ou demência (*Nível de evidência C, Grau de recomendação I*).
4. A avaliação das alterações psicológicas e comportamentais da demência deve, também, ser efetuada em todos os doentes com suspeita de declínio cognitivo ou demência (*Nível de evidência C, Grau de recomendação I*).
5. A procura de comorbilidades é muito importante em todos os doentes com suspeita de declínio cognitivo ou demência, e deve ser efetuada, quer na altura do diagnóstico, quer no decurso da doença, em caso de agravamento inesperado ou emergência de alterações psicológicas e comportamentais da demência (*Nível de evidência C, Grau de recomendação I*).
6. Deve ser feita, também, revisão da medicação em curso, no sentido de identificar fármacos com potenciais efeitos prejudiciais na esfera cognitiva, em particular com efeito anticolinérgico significativo (*Nível de evidência C, Grau de recomendação I*).
7. Quando da avaliação inicial devem ser pedidas análises laboratoriais no sangue, incluindo hemograma, glicemia, cálcemia, ionograma sérico, função hepática, renal, tiroideia, vitamina B12, ácido fólico e teste sorológico para a sífilis (*Nível de evidência C, Grau de recomendação I*).
8. O doente deve fazer um estudo de imagem estrutural, no sentido de se excluírem causas tratáveis de declínio cognitivo e de fornecer informação para um diagnóstico etiológico específico (*Nível de evidência B, Grau de recomendação I*).

9. Deve ser assegurado o seguimento clínico especializado regular dos doentes com defeito cognitivo ou demência (*Nível de evidência C, Grau de recomendação I*).
10. Não existe evidência de que qualquer medicamento seja eficaz na prevenção primária da demência (*Nível de evidência B, Grau de recomendação I*).
11. Foram demonstrados benefícios dos inibidores da acetilcolinesterase (donepezilo, galantamina, rivastigmina) nos sintomas cognitivos e não cognitivos da doença de *Alzheimer*, devendo, quando da prescrição, ter-se sempre em conta os benefícios terapêuticos esperados e potenciais problemas de segurança e os custos (*Nível de evidência A, Grau de recomendação I*).
12. A rivastigmina é, também, eficaz na demência com corpos de *Lewy* e na demência associada à doença de *Parkinson* e deve ser prescrita tendo sempre em conta os benefícios terapêuticos esperados, potenciais problemas de segurança (*Nível de evidência A, Grau de recomendação I*).
13. Foram demonstrados benefícios do modulador dos antagonistas do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) para o glutamato, memantina, nos sintomas cognitivos e não cognitivos em pacientes com doença de *Alzheimer* moderada a grave. Este medicamento deve ser prescrito nestas fases da doença, tendo sempre em conta os benefícios terapêuticos esperados e potenciais problemas de segurança (*Nível de evidência A, Grau de recomendação I*).
14. Na demência vascular, recomenda-se o tratamento das condições médicas subjacentes, como hipertensão arterial, diabetes e doença cardíaca, de acordo com as normas aceites para essas condições, na expectativa que assim se possa reduzir o risco de novas lesões cerebrais e consequente deterioração cognitiva (*Nível de evidência C, Grau de recomendação I*).
15. Não existe, presentemente, evidência que suporte a utilização de outros medicamentos, como anti-inflamatórios, nootrópicos, vasodilatadores, selegilina, terapêutica hormonal, estatinas, vitaminas, extractos cerebrais ou de plantas, na prevenção ou tratamento do declínio cognitivo ou demência. Estes medicamentos não devem ser prescritos com esta indicação (*Nível de evidência A, Grau de recomendação I*).
16. No controlo das alterações psicológicas e comportamentais da demência deverão procurar-se fatores desencadeantes, por exemplo no ambiente que rodeia o doente, ou fatores causais, por exemplo intercorrência médica, responsáveis por essas alterações e potencialmente modificáveis ou tratáveis:
  - a) o uso de antipsicóticos, nestes doentes, foi associado a efeitos extrapiramidais, risco acrescido de acidente vascular cerebral e aumento da mortalidade. Os antipsicóticos devem, pois, ser reservados para alterações psicológicas e comportamentais da demência moderadas a graves, que não respondem a outras intervenções, e situações de emergência (*Nível de evidência A, Grau de recomendação I*);
  - b) os neurolépticos atípicos apresentam menos efeitos secundários extrapiramidais e devem ser preferidos em relação aos neurolépticos convencionais (*Nível de evidência B, Grau de recomendação I*);

- c) não deverão, a não ser em circunstâncias especiais, usar-se neurolépticos na demência de corpos de Lewy, pelo risco acrescido de efeitos adversos graves (*Nível de evidência B, Grau de recomendação I*);
  - d) no tratamento dos sintomas depressivos, associados ao declínio cognitivo ou demência, são preferíveis os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, devendo evitar-se os antidepressivos tricíclicos, atendendo à sua interferência com os processos cognitivos (*Nível de evidência B, Grau de recomendação I*).
17. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo.
18. As exceções à presente Norma devem ser objeto de fundamentação clínica, com registo no processo individual do doente

## II – CRITÉRIOS

### a) Diagnóstico de demência

- i. os critérios de diagnóstico internacionais mais utilizados no diagnóstico de demência são os propostos no *Diagnostic and Statistical Manual, 4ª edição revista (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000)* e os definidos na *International Classification of Diseases (CID-10) (World Health Organization, 1993)*. De acordo com a primeira classificação, a demência define-se como o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem obrigatoriamente um compromisso da memória recente e, pelo menos, mais uma perturbação cognitiva (afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade executiva). Estes devem ser suficientemente graves para terem repercussão funcional e representar um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento e ocorrer na ausência de síndrome confusional (*delirium*). Os critérios da CID-10 são mais restritos, nomeadamente porque exigem que os défices cognitivos estejam presentes há pelo menos 6 meses, e requerem uma alteração no pensamento abstracto;
- ii. para o diagnóstico clínico de defeito cognitivo ligeiro existem, também, diversos critérios, sugerindo-se os propostos pelo European Alzheimer's Disease Consortium (Portet et al., 2006) ou os mais recentes do National Institute on Aging - Alzheimer's Association (Albert et al., 2011);
- iii. existem, também, critérios clínicos e/ou de investigação orientados para o diagnóstico específico das formas mais prevalentes de demência. Para a doença de Alzheimer referem-se os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) e os propostos pelo NINCDS-ADRDA Work Group, revistos recentemente (McKhann et al., 2011), e ainda os critérios para uso num contexto de investigação (Dubois et al., 2007). Para demência vascular citam-se os critérios de NINDS-AIREN (Román et al., 1993), para a demência com corpos de lewy as orientações diagnósticas do consenso (McKeith, Dickson et al., 2005) e para demência fronto-temporal os critérios recentemente propostos (Rascovsky et al., 2011). Os critérios referenciados incorporam orientações de operacionalização que incluem eventualmente sugestões relativamente aos instrumentos de avaliação cognitiva mais indicados e aos meios

complementares de diagnóstico imprescindíveis ou mais adaptados ao diagnóstico diferencial das várias formas de demência.

b) Como deve ser realizada a avaliação cognitiva:

- i. a avaliação cognitiva ou neuropsicológica é fundamental na deteção e caracterização do défice cognitivo. De forma a cumprir estes objetivos, estes instrumentos deverão ser traduzidos e adaptadas à língua e contexto cultural do nosso país e aferidos para as variáveis demográficas mais relevantes. Os testes cognitivos breves são instrumentos vocacionados para a identificação (*screening*) do défice cognitivo a nível comunitário e dos cuidados primários de saúde e também em consultas específicas. Além disso, são úteis no controlo de evolução do défice cognitivo e na avaliação da eficácia dos medicamentos anti-demenciais ou outras estratégias de intervenção. Existem vários testes breves de avaliação cognitiva, mas só alguns estão adaptados para uso no nosso país (para consulta sugere-se o Livro de Escalas e Testes na Demência do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência). O Exame Breve do Estado Mental (*Mini-Mental State Examination*; MMSE) é um bom instrumento para deteção de demência, porém não está, em geral, alterado nas fases iniciais de declínio cognitivo, como o defeito cognitivo ligeiro. Vários outros instrumentos têm sido propostos para deteção de fases iniciais de declínio cognitivo. O teste de *Montreal Cognitive Assessment (MOCA)* (Nasreddine *et al.*, 2005) foi recentemente traduzido, adaptado e validado para Portugal (Freitas *et al.*, 2011) e pode ser recomendado. O MOCA apresenta valores de sensibilidade de 81% e especificidade de 77% para deteção de defeito cognitivo ligeiro, e valores de sensibilidade de 88% e especificidade de 98% para deteção de doença de *Alzheimer*;
- ii. a avaliação cognitiva formal e extensa permite uma melhor caracterização dos domínios cognitivos mais afetados, é importante no diagnóstico diferencial das principais formas de demência e proporciona uma melhor orientação do doente de acordo com as suas potencialidades e dificuldades. Deverá ser realizada na caracterização do défice cognitivo ligeiro, em fases iniciais da doença, quando o diagnóstico não é claro, e quando se antecipam questões de natureza médico-legal.

c) Avaliação das atividades de vida diária

A avaliação das atividades de vida diária é fundamental na caracterização do prejuízo funcional decorrente do processo demencial, no controlo de evolução da doença e na avaliação da eficácia dos medicamentos anti-demenciais ou de outras estratégias de intervenção. Das escalas funcionais disponíveis na literatura só algumas estão traduzidas e adaptadas ao contexto cultural do nosso país (para consulta sugere-se o Livro de Escalas e Testes na Demência do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência). A escala de *Lawton* (Lawton e Brody, 1969) é um instrumento breve e muito divulgado que poderá ser utilizado na doença de *Alzheimer*. Escalas mais extensas e pormenorizadas poderão estar indicadas para caracterização do prejuízo funcional do defeito cognitivo ligeiro ou em formas de demência menos frequentes.

d) Avaliação das alterações psicológicas e comportamentais

Vários instrumentos para avaliar as alterações psicológicas e comportamentais da demência estão traduzidas e adaptadas ao contexto cultural do nosso país (para consulta sugere-se o Livro de Escalas e Testes na Demência do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência). Uma das mais utilizadas na doença de *Alzheimer* é o inventário neuropsiquiátrico (Cummings *et al.*, 1994), a sua utilização pode, no entanto, ser demasiado demorada para a prática clínica habitual. Existem ainda escalas vocacionadas para avaliar as alterações comportamentais mais habituais noutras formas de demência, nomeadamente na demência fronto-temporal (Inventário de Comportamento Frontal), e que, por isso, podem contribuir para diagnóstico diferencial desta entidade. A avaliação de sintomatologia depressiva é fundamental, uma vez que a depressão é frequente na demência e pode ser tratada e é importante para o próprio diagnóstico diferencial do declínio cognitivo. Esta avaliação pode ser feita com recurso a escalas de aplicação breve, de que é exemplo a escala de depressão geriátrica (Yesavage, 1983).

### e) Avaliação imagiológica inicial

O estudo de imagem estrutural escolhido será a TAC cranio-encefálica, devido ao menor custo e maior disponibilidade deste exame. A RM é, no entanto, superior em termos de demonstração de lesões cerebrais, em particular alterações isquémicas, sendo por isso importante no diagnóstico de algumas formas de demência vascular, nomeadamente nas formas associadas a enfartes com localização estratégica ou por lesões da substância branca (Román *et al.*, 1993). Este exame permite ainda, atualmente, a quantificação volumétrica de estruturas cerebrais relevantes, como o hipocampo e esta medida, atualmente aceite como um biomarcador, foi recentemente incorporada nos critérios de diagnóstico precoce da doença de *Alzheimer* (Dubois *et al.*, 2007; McKhan *et al.*, 2011). Em formas menos frequentes de demência, como é o caso das doenças de príões, a RM mostra aspectos de grande valor diagnóstico (Zerr *et al.*, 2009).

### f) Outras análises e outros exames:

- i. outras análises e outros exames estarão indicados num contexto de especialidade, nomeadamente em casos de apresentação atípica ou com aspectos clínicos sugestivos de outras doenças. São exemplos a punção lombar para análise do líquido céfalo-raquidiano em casos suspeitos de envolvimento neoplásico, inflamação ou infecção do sistema nervoso central, o SPECT cerebral com neurolite ou ioflupano, este utilizado no diagnóstico da demência com corpos de *lewy* (McKeith *et al.*, 2007), o EEG, a RM e a análise do líquido céfalo-raquidiano com doseamento da proteína 14-3-3 no diagnóstico da doença de *creutzfeldt-jakob* (World Health Organization 2003; Zerr *et al.*, 2009). A RM com estudo volumétrico do hipocampo, a PET cerebral com FDG ou PIB e o doseamento do péptido  $\beta$ -amilóide e proteína tau no líquido céfalo-raquidiano são actualmente aceites como biomarcadores da doença de *Alzheimer* e foram incorporado nos critérios de diagnóstico precoce da doença (Dubois *et al.*, 2007; McKhan *et al.*, 2011);
- ii. relativamente ao estudo genético, a pesquisa de mutações em genes implicados em demências poderá, eventualmente, ser efetuado se existir história familiar sugestiva de doença autosómica dominante ou um fenótipo sugestivo. Nestas situação demenciais particulares, o aconselhamento genético do doente e dos eventuais portadores assintomáticos segue as orientações preconizadas para a doença de *huntington* (Lei 12 de

2005, Diário da República) em colaboração com serviços regionais de genética. Se não existir a suspeita de uma causa genética para a demência, o que se aplica à grande maioria dos doentes com doença de *Alzheimer* esporádica de início tardio, o estudo genético, e em particular a genotipagem Apo E, não são recomendados na prática clínica.

### g) Informação e aconselhamento

Dever-se-á comunicar o diagnóstico ao doente com declínio cognitivo ou demência (e ao cuidador se aplicável), porém a esta comunicação deverá ser prudente, adaptada ao doente individual, e acompanhada de informação e aconselhamento. Poderão ser facultados contactos úteis como da associação de doentes de *Alzheimer* (Ver em Anexo) com vista à prestação de educação e suporte ao doente e ao cuidador. Será relevante abordar assuntos como a condução automóvel e outros aspectos medico-legais. O estabelecimento de decisões para o futuro é um aspecto que assumirá uma importância e divulgação crescentes.

### h) Seguimento clínico doente com declínio cognitivo ou demência:

- i. a avaliação e monitorização do doente deverá ser feita periodicamente e sempre que se justifique por intercorrência (médica, familiar ou social) ou agravamento do estado clínico;
- ii. deve ser objetivo da equipa de prestação de cuidados a promoção e manutenção da capacidade funcional do doente, incluindo a mobilidade. Com base na avaliação cognitiva e funcional realizada, será importante determinar os níveis de ajuda necessários: orientação verbal, gestual e ou física; e ajudas técnicas. Se ocorre incontinência urinária deverá ser avaliada a causa, tendo particularmente atenção à incontinência funcional. A adaptação do ambiente com o objetivo de facilitar da independência funcional, prevenir as quedas e as “fugas” dever ser considerada. Dever-se-á promover a atividade física, e proporcionar que os doentes tenham o seu próprio espaço e participem em atividades do seu agrado.

### i) Estimulação ou reabilitação cognitiva, terapia ocupacional

Existe evidência científica favorável, mas não inequívoca, em relação à eficácia da estimulação ou reabilitação cognitiva. Estes procedimentos podem ser considerados em alguns doentes com declínio cognitivo ou demência de grau ligeiro a moderado. A terapia ocupacional pode melhorar a atividade funcional dos doentes e reduzir as necessidades de cuidados informais.

### j) Abordagem não-farmacológica das alterações psicológicas e comportamentais da demência:

- i. mais de 80% dos doentes apresentam alguns sintomas psicológicos e comportamentais, sendo causa de perda de capacidade funcional, de *distress* para o cuidador e doente, e constituindo um risco de segurança para o doente e os que o rodeiam. Estes comportamentos são flutuantes, pelo que é necessária a sua avaliação contínua;
- ii. a avaliação dos sintomas psicológicos e comportamentais, incluindo a resistência aos cuidados diários, deve ser feita sistematicamente tendo em conta: frequência, gravidade e duração; e três eixos de avaliação: doente, interação com o cuidador e ambiente envolvente. A utilização proposta do sistema ABC ajuda a compreender o comportamento:

descrição do que ocorreu antes do comportamento; descrição do comportamento; consequências do comportamento no doente e no cuidador.

iii. Devem ser identificadas as causas precipitantes ou agravantes do comportamento:

- (i) saúde física;
- (ii) depressão;
- (iii) dor;
- (iv) desconforto (calor, frio, fome, sede, impacto fecal, retenção urinária, outros);
- (v) efeitos secundários de terapêutica;
- (vi) biografia e hábitos de vida;
- (vii) alterações de hábitos e rotinas nas atividades quotidianas;
- (viii) fatores ambientais;
- (ix) desocupação;
- (x) inadequada ajuda funcional: sobre ou subestimação das capacidades;
- (xi) estratégias utilizadas pelo cuidador ao lidar com o doente.

iii. Os doentes com agitação cíclica (*sundowning*) e agressividade física e/ou verbal persistente poderão beneficiar de intervenções padronizadas, de acordo com as suas capacidades e preferências, em relação às quais existe alguma evidência de eficácia clínica, nomeadamente luz brilhante, aromaterapia, estimulação sensorial, musicoterapia e/ou dança, massagem, terapia com animais.

k) Abordagem farmacológica das alterações psicológicas e comportamentais da demência:

- i. devem reservar-se os medicamentos para controlo das alterações psicológicas e comportamentais da demência quando a eliminação de possíveis fatores causais ou as intervenções psicossociais não forem eficazes, salvo se se tratar de uma situação de urgência, como em casos de agressão grave, em que o tratamento farmacológico será de primeira linha;
- ii. tratamento farmacológico da violência, agressividade e agitação extrema:

Dever-se-á gerir a situação num ambiente calmo, afastado dos outros doentes, procurando reduzir os comportamentos indesejáveis. Será de usar a menor dose eficaz e evitar as combinações medicamentosas, especialmente nos doentes mais frágeis. Tentar a administração oral antes da via parentérica, e se esta for necessária, preferir a intramuscular, utilizando a endovenosa, apenas, em situações excepcionais. Será importante monitorizar os sinais vitais após a administração parentérica, até que o doente esteja de novo ativo, em especial se estiver sonolento ou a dormir. Poderá utilizar-se o lorazepam ou o haloperidol, preferencialmente apenas um deles, sendo de evitar a clorpromazina e o diazepam. Quando for administrado o haloperidol, ou outro

antipsicótico clássico, será importante monitorizar a distonia ou outros efeitos extrapiramidais (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

iii. tratamento farmacológico da hiperactividade:

Podem usar-se os antipsicóticos, havendo evidência sugerindo o uso da risperidona, da olanzapina ou mesmo da quetiapina.

Na eficácia das benzodiazepinas como sedativos deve ter-se em conta que o seu tempo de semivida se prolonga com o avançar da idade. Com frequência, surgem reações paradoxais, fraqueza muscular, depressão respiratória e potencial para o desenvolvimento de dependência, que limitam a sua utilização nestas situações. Sintomas de abstinência, incluindo quadros confusionais (*delirium*), são comuns. Também o aumento do risco de quedas e fraturas é associado ao uso das benzodiazepinas.

A utilização de outros fármacos, como a carbamazepina ou o valproato, é baseada em casos isolados ou pequenos ensaios clínicos (Ihl *et al.*, 2011).

iv. tratamento farmacológico dos sintomas afetivos:

O tratamento deve ser precedido de uma análise risco-benefício. Os medicamentos com efeitos anti-colinérgicos devem evitar-se porque podem afetar o desempenho cognitivo. Devem preferir-se os inibidores seletivos da recaptção da serotonina aos antidepressivos tricíclicos no tratamento da depressão na demência. A necessidade da adesão ao tratamento, a demora no aparecimento da melhoria dos sintomas e o risco da suspensão da terapêutica, devem ser explicados. Os sintomas depressivos ligeiros e o comportamento agitado respondem ao tratamento com a trazodona, incluindo na demência fronto-temporal (Ihl *et al.*, 2011).

v. tratamento farmacológico da psicose e apatia:

O tratamento das manifestações psicóticas inclui geralmente os neurolépticos. Como referido à frente, os seus efeitos laterais exigem um especial cuidado. Alguns SSRI têm sido utilizados no tratamento da apatia, mas a evidência da sua eficácia é presentemente limitada (Ihl *et al.*, 2011).

vi. recomendações relacionadas com o uso de antipsicóticos:

No tratamento dos síndromes demenciais com sintomas comportamentais e psicológicos graves, como psicose, agitação psicomotora ou agressividade, os antipsicóticos de segunda geração podem ser administrados. No entanto, a sua utilização está associada a aumento de risco de acidentes cerebrovasculares. A risperidona está aprovada especificamente no tratamento de curta duração de síndromes demenciais de tipo *Alzheimer*, moderados ou graves, com alteração significativa do comportamento ou sintomas psicóticos, que não respondam a abordagens não farmacológicas e quando exista risco de dano para o próprio ou outros.

Na prescrição de um antipsicótico serão obrigatoriamente tidos em conta os seguintes factores:

- (i) resposta clínica e tolerabilidade anterior a antipsicóticos;
- (ii) potencial de cada antipsicótico em causar efeitos secundários extrapiramidais, metabólicos e outros, incluindo experiências subjectivas desagradáveis;
- (iii) idade do doente;
- (iv) antecedentes médicos do doente;
- (v) evidência científica acerca da eficácia de cada antipsicótico no quadro clínico para o qual o seu uso está a ser ponderado.

Antes de se iniciar terapêutica com um antipsicótico sobre o qual existe evidência de poder alterar a condução cardíaca (como por ex. prolongar o intervalo QT) ou poder condicionar aumento do risco cardiovascular, o doente deve realizar um ECG sempre que:

- (i) esteja presente história familiar de doença cardiovascular;
- (ii) existam no doente fatores de risco cardiovascular;
- (iii) seja admitido em internamento.

Não deverão usar-se antipsicóticos na demência de corpos de Lewy, pelo risco acrescido de efeitos adversos graves (McKeith, Fairbairn et al., 2005), a não ser em circunstâncias especiais, onde será particularmente importante monitorizar os efeitos adversos, nomeadamente o aparecimento ou agravamento de sintomas extrapiramidais ou uma deterioração física súbita e grave.

### l) apoio ao cuidador:

- i. a avaliação do cuidador familiar deve ser realizada em dois níveis: como prestador de cuidados de uma pessoa com demência e, ele próprio, como doente. Os cuidadores têm aumento do risco de depressão, doenças cardiovasculares, respiratórias e hipertensão. Existe moderada evidência que o *stress* do cuidador é um fator independente que contribui para a mortalidade, particularmente nos cuidadores cônjuges;
- ii. a avaliação dos cuidadores deve incluir os seguintes elementos: conhecimentos, habilidades e expectativas do tratamento e dos serviços e necessidades do cuidador; suporte social; sinais de distress (queixas de stress, aumento de consumo de tabaco e álcool, aumento ou perda de peso e perturbações do sono); sintomatologia psiquiátrica (ex: ansiedade e depressão) e sobrecarga (*burden*); qualidade da relação doente-cuidador e conflitos familiares;
- iii. a avaliação e acompanhamento do cuidador familiar não devem terminar com a institucionalização da pessoa com demência, visto que há forte evidência que muitos cuidadores continuam a prestar cuidados depois do internamento, e que os efeitos do distress e da sobrecarga continuam presentes;
- iv. a educação do educador deve compreender as seguintes áreas: processo de doença e estádios da doença; consequências da doença nas atividades quotidianas do doente;

sintomas psicológicos e comportamentais na demência; conhecimento e treino para lidar com o compromisso funcional e comportamental;

- v. devem ser disponibilizadas e aconselhadas intervenções específicas ao cuidador, com eficácia suportada pela investigação, com o objetivo de minimizar o efeito deletério da prestação de cuidados continuada na saúde física e psicológica do cuidador: programas psicoeducacionais, psicoterapia e aconselhamento, e intervenções com multicomponentes.

### III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores, que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em Anexo e dela fazem parte integrante:
  - i. % de inscritos entre os 50 e os 65 anos com o diagnóstico de demência;
  - ii. % de inscritos com diagnóstico de demência;
  - iii. % de inscritos com diagnóstico de demência a quem tenha sido diagnosticado doença cardiovascular
  - iv. % do valor de prescrição de donepezilo, galantamina e rivastigmina no valor total de prescrição para tratamento de alterações cognitivas, em inscritos com diagnóstico de demência.

## IV – FUNDAMENTAÇÃO

### a) Pressupostos gerais:

- i. o defeito cognitivo e a demência são situações de elevada prevalência em termos mundiais (Ferri *et al.*, 2005). Em Portugal, a prevalência encontrada de defeito cognitivo foi de 12.3% e a prevalência de demência 2.7% entre os 55 e os 79 anos de idade, e será certamente superior nos mais idosos (Nunes *et al.*, 2010);
- ii. considerando que a idade é o seu principal fator de risco (as taxas de incidência e de prevalência duplicam a cada cinco anos após a sexta década) e que existe uma tendência continuada para o envelhecimento da população em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2009), as expectativas futuras são de aumento progressivo do número de casos de declínio cognitivo e demência. Neste contexto epidemiológico, a assistência aos doentes terá que envolver concertadamente e em articulação todos os níveis de cuidados de saúde;
- iii. a síndrome demencial é a manifestação clínica de várias doenças, sendo a mais frequente a Doença de Alzheimer. O diagnóstico clínico desta situação bem como de outras formas de demência degenerativa e os seus estados prodrómicos (DCL) ou ainda de patologias não degenerativas pressupõe, para além da utilização de critérios de diagnóstico mais específicos, a realização de exames complementares de diagnóstico;
- iv. as doenças que causam declínio cognitivo e demência têm especificidades semiológicas, mas são habitualmente situações crónicas e progressivas, verificando-se, em geral, uma variação do padrão sintomas de acordo com a evolução que pode ser sistematizada em três estádios – ligeiro, moderado e grave. Em termos de intervenção terapêutica é importante salientar que as estratégias poderão ser diferenciadas nestes diversos estádios. Além disso deverão ser adaptadas à fisiopatologia e aspectos biológicos de cada doença;
- v. o défice cognitivo e a demência são situações com expressão clínica complexa, com várias vertentes sintomáticas (cognitiva, funcional e neuropsiquiátrica) e com um elevado impacto nos familiares e cuidadores. A identificação e intervenção deverão assim, idealmente, ter um carácter multidimensional, multidisciplinar e envolver, para além dos agentes e cuidados de saúde, todos os sectores da sociedade que possam contribuir para implementar a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores. Estes princípios, bem como as estratégias tendentes à sua operacionalização, têm sido objecto de reflexão e de desenvolvimento em várias normas e recomendações internacionais.

### b) Pressupostos específicos:

- i. os pontos da Norma do 1. ao 4., referentes à boa prática clínica, envolvendo a história clínica, avaliação cognitiva, avaliação das atividades de vida diária, e avaliação das alterações psicológicas e comportamentais da demência, são comuns e estão inscritas em várias recomendações de distintas organizações científicas. A recomendação da *European Federation of Neurological Societies* (Hort *et al.*, 2010) foi seguida mais de perto na elaboração desta Norma;
- ii. a frequência de comorbilidades potencialmente tratáveis é elevada, devendo assim a sua identificação e tratamento ser prioritários (Doraiswamy *et al.*, 2002);

- iii. a importância de rever a medicação em curso, no sentido de identificar fármacos com potenciais efeitos prejudiciais na esfera cognitiva, em particular com efeito anticolinérgico significativo, tem sido realçada (Ancelin *et al.*, 2006);
- iv. a importância de pedir análises laboratoriais no sangue é transversal a várias recomendações internacionais, com variações de pormenor entre as análises selecionadas. Neste documento a seleção final das análises foi resultado do consenso entre os peritos;
- v. a importância de um estudo de imagem estrutural é comum a várias recomendações internacionais, no sentido de excluir causas tratáveis de declínio cognitivo, e de indicar um diagnóstico etiológico específico (Scheltens *et al.*, 2002);
- vi. a necessidade do seguimento clínico regular dos doentes com defeito cognitivo ou demência está inscrita em várias recomendações de distintas organizações científicas, e parece óbvia aos membros do grupo de trabalho;
- vii. não existe evidência de que qualquer medicamento seja eficaz na prevenção primária da demência. A evidência que suporta esta asserção foi recentemente revista de forma extensiva (Williams *et al.*, 2010; National Institute of Health, 2010);
- viii. a eficácia dos inibidores da acetilcolinesterase (donepezilo, galantamina, rivastigmina) nos sintomas cognitivos e não cognitivos da doença de Alzheimer foi demonstrada em múltiplos ensaios clínicos, e confirmada por revisões sistemáticas e meta-análises. Esta evidência foi revista recentemente (O'Brien e Burns, 2010; Ihl *et al.*, 2011);
- ix. a eficácia da rivastigmina está demonstrada na demência com corpos de Lewy (McKeith *et al.*, 2000) e na demência associada à doença de Parkinson (Emre *et al.*, 2004);
- x. a eficácia do modulador dos receptores NMDA para o glutamato, memantina, nos sintomas cognitivos e não cognitivos em pacientes com doença de Alzheimer, mas apenas em fases moderada e grave, foi demonstrada em ensaios clínicos, e confirmada por revisões sistemáticas e meta-análises (Thomas e Grossberg, 2009; McKeage, 2009);
- xi. a deteção e controlo dos fatores de risco bem estabelecidos para acidente vascular cerebral e doença cardiovascular são recomendadas no sentido da prevenção do defeito cognitivo de causa vascular e demência vascular (Gorelick *et al.*, 2011);
- xii. a inexistência de evidência cientificamente sólida que suporte a utilização de outros medicamentos, como anti-inflamatórios, nootrópicos, vasodilatadores, selegilina, terapêutica hormonal, estatinas, vitaminas, extractos cerebrais ou de plantas na prevenção ou tratamento do declínio cognitivo ou demência, tem sido repetidamente afirmada em trabalhos e recomendações recentes (O'Brien and Burns, 2010; Hort *et al.*, 2010, Ihl *et al.*, 2011);
- xiii. a importância de desenvolver novas estratégias terapêuticas tem sido realçada, nomeadamente no âmbito europeu (Ver, por exemplo, Winblad *et al.*, 2008),
- xiv. os princípios de avaliação e tratamento das alterações psicológicas e comportamentais da demência estão expostos no documento compreensivo e extenso da *International Psychogeriatric Association* (2002), nas orientações designadas *WFSBP Guidelines for the*

*Biological Treatment of Alzheimer's disease and other dementias* (Ihl et al., 2011) e nas recomendações do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2006);

- xv. estes pontos da Norma, referentes à avaliação, suporte e educação dos cuidadores familiares e acesso aos cuidados paliativos, seguiram as recomendações inscritas nas orientações do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2006) e *California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management* (2008).

### V – APOIO CIENTÍFICO

- A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- Alexandre de Mendonça e Isabel Santana (coordenação científica), António Faria Vaz (coordenação executiva), António Leuschner, Graça Melo, Rui Alves.
- A presente Norma foi visada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição das sociedades científicas.
- Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

### SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
CID – 10	Classificação Internacional de Doenças versão 10
DSM- IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EMA	Agência Europeia do Medicamento
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
PET	Tomografia de Emissão de Positrões
RCM	Resumo das Características do Medicamento
RCT	<i>Randomized Clinical Trial</i> ( Ensaio Clínico aleatorizado)

RM	Ressonância Magnética
SNRI	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina
SSRI	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
SPECT	Tomografia computadorizada por emissão de fotões

### BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, Gamst A, Holtzman DM, Jagust WJ, Petersen RC, Snyder PJ, Carrillo MC, Thies B, Phelps CH (2011) The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7:270-279.
- <sup>2</sup> American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) (4<sup>th</sup> ed. text revision). Washington DC: American Psychiatric Association. (tradução portuguesa, Lisboa, Climepsi, 2002).
- <sup>3</sup> Ancelin ML, Artero S, Portet F, Dupuy AM, Touchon J, Ritchie K (2006) Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *Br Med J* 332:455-459.
- <sup>4</sup> California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management. (2008). Guidelines for Alzheimer's Disease Management. State of California: Department of Public Health.
- <sup>5</sup> Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44:2308-2314.
- <sup>6</sup> Direção Geral de Saúde. Norma DGSaúde, 024/2011 Utilização Clínica de Antipsicóticos (*em discussão*).
- <sup>7</sup> Doraiswamy PM, Leon J, Cummings JL, Marin D, Neumann PJ (2002) Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 57:M173-177.
- <sup>8</sup> Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, Delacourte A, Galasko D, Gauthier S, Jicha G, Meguro K, O'brien J, Pasquier F, Robert P, Rossor M, Salloway S, Stern Y, Visser PJ, Scheltens P. (2007) Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol* 6: 734-746.
- <sup>9</sup> Emre M, Aarsland D, Albanese A, Byrne EJ, Deuschl G, De Deyn PP, Durif F, Kulisevsky J, van Laar T, Lees A, Poewe W, Robillard A, Rosa MM, Wolters E, Quarg P, Tekin S, Lane R (2004) Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease *N Engl J Med*. 351:2509-2518.
- <sup>10</sup> Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A, Mathers C, Menezes PR, Rimmer E, Sczufca M; Alzheimer's Disease International (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 366: 2112-2117.
- <sup>11</sup> Freitas S, Simões MR, Alves L, Santana I. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (2011): Normative study for the Portuguese population. *J Clin Exp Neuropsychol* 33:989-996.
- <sup>12</sup> Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, Decarli C, Greenberg SM, Iadecola C, Launer LJ, Laurent S, Lopez OL, Nyenhuis D, Petersen RC, Schneider JA, Tzourio C, Arnett DK, Bennett DA, Chui HC, Higashida RT, Lindquist R, Nilsson PM, Roman GC, Sellke FW, Seshadri S; American Heart Association Stroke Council, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia. (2011) Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke* 42:2672-2713.

- 13 Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências. (2008) Escalas e Testes na Demência. de Mendonça A, Guerreiro M (coordenadores). Edição do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- 14 Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, Pirttila T, Popescu BO, Rektorova I, Sorbi S, Scheltens P; EFNS Scientist Panel on Dementia. (2010) EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol* 17:1236-1248.
- 15 Ihl R, Frölich L, Winblad B, Schneider L, Burns A, Möller HJ. WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Alzheimer's Disease and other Dementias (2011) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of Alzheimer's disease and other dementias. *World J Biol Psychiatry* 12:2-32.
- 16 Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de população residente: 2008-2060*. Retirado de <http://www.ine.pt/xportal/>.
- 17 International Psychogeriatric Association (2002) Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Edição da International Psychogeriatric Association.
- 18 Lawton MP, Brody EM. (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9:179-186.
- 19 McKeage K. (2009) Memantine: a review of its use in moderate to severe Alzheimer's disease. *CNS Drugs* 23:881-897.
- 20 McKeith I, Del Ser T, Spano P, Emre M, Wesnes K, Anand R, Cicin-Sain A, Ferrara R, Spiegel R. (2000) Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet* 356:2031-2036.
- 21 McKeith I, O'Brien J, Walker Z, Tatsch K, Booij J, Darcourt J, Padovani A, Giubbini R, Bonuccelli U, Volterrani D, Holmes C, Kemp P, Tabet N, Meyer I, Reiningger C; DLB Study Group. (2007) Sensitivity and specificity of dopamine transporter imaging with <sup>123</sup>I-FP-CIT SPECT in dementia with Lewy bodies: a phase III, multicentre study. *Lancet Neurol* 6:305-313.
- 22 McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, Cummings J, Duda JE, Lippa C, Perry EK, Aarsland D, Arai H, Ballard CG, Boeve B, Burn DJ, Costa D, Del Ser T, Dubois B, Galasko D, Gauthier S, Goetz CG, Gomez-Tortosa E, Halliday G, Hansen LA, Hardy J, Iwatsubo T, Kalaria RN, Kaufer D, Kenny RA, Korczyn A, Kosaka K, Lee VM, Lees A, Litvan I, Londos E, Lopez OL, Minoshima S, Mizuno Y, Molina JA, Mukaetova-Ladinska EB, Pasquier F, Perry RH, Schulz JB, Trojanowski JQ, Yamada M; Consortium on DLB (2005) Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 65:1863-1872.
- 23 McKeith IG, Fairbairn A, Perry RH, Thompson P. (2005) Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type. *Br Med J* 305:673-678.
- 24 McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, Klunk WE, Koroshetz WJ, Manly JJ, Mayeux R, Mohs RC, Morris JC, Rossor MN, Scheltens P, Carrillo MC, Thies B, Weintraub S, Phelps CH (2011) The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimers Dement* 7:263-269.
- 25 Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H (2005) The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 53:695-699.
- 26 National Institute for Health and Clinical Excellence (2006, atualizado em 2011). *Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care*. National Clinical Practice Guideline Number 42. London. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- 27 National Institute of Health (2010) NIH State-of-the-Science Conference: Preventing Alzheimer's Disease and Cognitive Decline. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STATE-OF-THE-SCIENCE CONFERENCE STATEMENT April 26-28, 2010. [http://consensus.nih.gov/2010/docs/alz/ALZ\\_Final\\_Statement.pdf](http://consensus.nih.gov/2010/docs/alz/ALZ_Final_Statement.pdf).
- 28 Nunes B, Silva RD, Cruz VT, Roriz JM, Pais J, Silva MC. (2010). Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurol* 10: 42.
- 29 O'Brien JT, Burns A; BAP Dementia Consensus Group (2010) Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 25 997-1019.

- <sup>30</sup> Portet F, Ousset PJ, Visser PJ, Frisoni GB, Nobili F, Scheltens P, Vellas B, Touchon J; MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease (EADC) (2006) Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 77:714-718.
- <sup>31</sup> Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, Mendez MF, Kramer JH, Neuhaus J, van Swieten JC, Seelaar H, Dopper EG, Onyike CU, Hillis AE, Josephs KA, Boeve BF, Kertesz A, Seeley WW, Rankin KP, Johnson JK, Gorno-Tempini ML, Rosen H, Prigleau-Latham CE, Lee A, Kipps CM, Lillo P, Pigué O, Rohrer JD, Rossor MN, Warren JD, Fox NC, Galasko D, Salmon DP, Black SE, Mesulam M, Weintraub S, Dickerson BC, Diehl-Schmid J, Pasquier F, Deramecourt V, Lebert F, Pijnenburg Y, Chow TW, Manes F, Grafman J, Cappa SF, Freedman M, Grossman M, Miller BL (2011) Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 134:2456-2477.
- <sup>32</sup> Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, et al. (1993) Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 43: 250-260.
- <sup>33</sup> Scheltens P, Fox N, Barkhof F, De Carli C. (2002) Structural magnetic resonance imaging in the practical assessment of dementia: beyond exclusion. *Lancet Neurol* 1:13-21.
- <sup>34</sup> Thomas SJ, Grossberg GT (2009) Memantine: a review of studies into its safety and efficacy in treating Alzheimer's disease and other dementias *Clin Interv Aging* 4: 367-377.
- <sup>35</sup> WHO manual for surveillance of human transmissible spongiform encephalopathies, WHO 2003.
- <sup>36</sup> Williams JW, Plassman BL, Burke J, Holsinger T, Benjamin S, Preventing Alzheimer's Disease and Cognitive Decline. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services. 2010. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/Alzheimers/alzcog.pdf>.
- <sup>37</sup> Winblad B, Frisoni GB, Frolich L, Johannsen P, Johansson G, Kehoe P, Lovestone S, Olde-Rikkert M, Reynish E, Visser PJ, Vellas B. (2008) Editorial: EADC (European Alzheimer Disease Consortium) recommendations for future Alzheimer disease research in Europe. *J Nutr Health Aging* 12:683-684.
- <sup>38</sup> World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
- <sup>39</sup> Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. (1982-1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 17:37-49.
- <sup>40</sup> Zerr I, Kallenberg K, Summers DM, Romero C, Taratuto A, Heinemann U, Breithaupt M, Varges D, Meissner B, Ladogana A, Schuur M, Haik S, Collins SJ, Jansen GH, Stokin GB, Pimentel J, Hewer E, Collie D, Smith P, Roberts H, Brandel JP, van Duijn C, Pocchiari M, Begue C, Cras P, Will RG, Sanchez-Juan P. (2009) Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Brain* 132:2659-2668.

Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

### ANEXOS

#### Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão

<b>Avaliação</b>	Avalie	<p>História Clínica, Exame Físico e exame neurológico, analítico e de imagem</p> <p>Comorbilidades</p> <p>Actividades da Vida diária</p> <p>Avaliação Cognitiva</p> <p>Alterações cognitivas e Comportamentais</p> <p>Medicação de prescrição médica obrigatória e não sujeito</p> <p>Condições de vida (segurança, necessidade de cuidados, negligência abuso)</p> <p>Necessidade de cuidados paliativos e de cuidados de fim de vida</p>	
	Documente		
	Monitorize		
	Estime a frequência de reavaliação (consultas programadas)		
	Identifique o cuidador e avalie a rede de suporte social		
Avalie a capacidade de decisão do doente e identifique quem pode ter essa responsabilidade			
Identifique os padrões culturais do doente, os seus valores, o seu nível de literacia e o processo de decisão			
<b>Tratamento</b>	Desenvolva um plano de tratamento e defina objectivos		
	Tratamento não farmacológico	<p>Referencie para a os serviços de apoio a doentes com ...</p> <p>Determinar os níveis de ajuda necessários: orientação verbal, gestual e ou física; e ajudas técnica</p> <p>Adaptação do ambiente com o objectivo de facilitar da independência funcional, prevenir as quedas e as "fugas" dever ser considerada</p> <p>Promover a actividade física</p>	
	Tratamento farmacológico	<p>Terapêutica para as alterações cognitivas</p> <p>Terapêutica para as alterações psicológicas comportamentais</p>	
	Tratamento das situações clínicas de co-morbilidade		
	Cuidados Paliativos e de fim de vida		
<b>Educação e Suporte</b>	Educação e Suporte aos doentes e aos cuidadores		
	Referenciar a serviços de apoio social e a organizações de apoio aos cuidadores		
	Envolver os cuidadores e os doentes no planeamento dos cuidados		

### Anexo II: Bilhete de identidade dos indicadores

<b>Designação</b>	Percentagem de inscritos entre os [50;65] anos com diagnóstico de demência		
<b>Dimensão</b>	Transversal	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	Abordagem terapêutica nas alterações das funções cognitivas	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Crítérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter diagnóstico de demência (P70) sinalizado como activo na lista de problemas.</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter idade compreendida entre [50;65] anos.</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com idade compreendida entre os 50 e os 65 anos com diagnóstico de demência	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com idade compreendida entre os 50 e os 65 anos	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	<b>Percentagem de inscritos com diagnóstico de demência</b>		
<b>Dimensão</b>	Transversal	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	Abordagem terapêutica nas alterações das funções cognitivas	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	$A / B \times 100$
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>CrITÉRIOS de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter diagnóstico de demência (P70) sinalizado como activo na lista de problemas.</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise.</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de demência	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Percentagem de inscritos com diagnóstico de demência a quem tenha sido diagnosticado doença cardiovascular		
<b>Dimensão</b>	Transversal	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	Abordagem terapêutica nas alterações das funções cognitivas	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Critérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter diagnóstico de cardiopatia isquémica (K74) e/ou enfarte agudo do miocárdio (K75) e/ou hipertensão arterial (K86 ou K87) e/ou acidente isquémico transitório (K89) e/ou AVC (K90) e/ou doença cerebrovascular (K91).</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter diagnóstico de demência (P70) sinalizado como activo na lista de problemas.</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de demência e de doença cardiovascular	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de demência	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Percentagem do valor de prescrição de donepezilo, galantamina e rivastigmina no valor total de prescrições para tratamento de alterações cognitivas, em inscritos com diagnóstico de demência		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	Abordagem terapêutica nas alterações das funções cognitivas	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	$A / B \times 100$
		<b>Output</b>	Percentagem
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Crítérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter diagnóstico de demência (P70) sinalizado como activo na lista de problemas;</li> <li>- Valor total da prescrição de donepezilo (ATC N06DAO2) e galantamina (ATC N06DAO4) e rivastigmina (ATC N06DAO3).</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter diagnóstico de demência (P70) sinalizado como activo na lista de problemas;</li> <li>- Valor total da prescrição de medicamentos para alterações cognitivas (GFT 2.13.1).</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	Valor total da prescrição de donepezilo, galantamina e rivastigmina a inscritos com diagnóstico de demência	SI USF/UCSP	€
<b>B - Denominador</b>	Valor total da prescrição de medicamentos para alterações cognitivas a inscritos com diagnóstico de demência	SI USF/UCSP	€