



Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Coordenadoria de Políticas da Gestão do Cuidado Integral à Saúde
Célula de Políticas de Rede de Atenção à Saúde

Linha de Cuidado para a pessoa com Doença de Alzheimer e outras Demências

Fortaleza
Julho/2024

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Secretária da Saúde do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (SEVIG)

Antônio Silva Lima Neto

Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI)

Carla Cristina Fonteles Barroso

Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)

Lauro Vieira Perdigão Neto

Secretário Executivo Administrativo-financeiro (SEAFI)

Luiz Otavio Sobreira Rocha Filho

Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

Maria Vaudelice Mota

CEARÁ 2024. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC)

Série: Instrumentos técnicos e informativos de apoio ao fortalecimento das Políticas e Cuidado à Saúde

Email: cogecsesa.ce@gmail.com



Equipe de Elaboração

Coordenação Geral

Maria Vaudelice Mota

Luciene Alice da Silva

Coordenação Técnica

Camila Mendes dos Santos

Ianna Lacerda Sampaio Braga

Norberto Anizio Ferreira Frota

Raquel Pessoa de Carvalho

Colaboração

Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

Isabel Nobre Vitorino Kayatt - Coordenadoria de Atenção Primária

Poliana de Queiroz Martiniano e Thalita Helena Christian Oliveira - Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado Integral à Saúde

Kariny Santos Cândia - Coordenadoria de Políticas em Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde

Silvia M^a Bonfim Negreiros - Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde

Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIG)

Mabell Kallyne Melo Beserra - Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)

Carmem Cintra de Oliveira Tavares - Coordenadoria de Redes de Atenção à Saúde

Eva Vilma Moura Baia Sampaio - Coordenadoria de Redes de Urgência e Emergência

Terezinha Rocha Monteiro e João Glaudion Lucena Madeiro Filho - Coordenadoria de Regulação dos Sistemas de Saúde

Antônia Ardeivanda de Sousa Teixeira - Superintendência de Fortaleza

Vladia Suyanne Lima dos Anjos - Superintendência do Litoral Leste – Jaguaribe

Atenção Hospitalar

Bruno Diógenes Iepson e Norberto Anízio Ferreira Frota - Hospital Geral de Fortaleza

Helder Gomes de Moraes Nobre - Hospital de Saúde Mental Prof. Frota Pinto

Ianna Lacerda Sampaio Braga - Hospital Geral César Cals

Lorena Pinho Feijó - Hospital de Saúde Mental Prof. Frota Pinto

Instituições / Entidades e Especialistas Convidados

Arnaldo Aires Peixoto Junior - Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC

Charlys Barbosa Nogueira e Renata Marinho Pereira - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - CE

Cleusa Pinheiro Ferri - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Davi Queiroz de Carvalho Rocha - Sociedade Cearense de Psiquiatria

George Muniz Mesquita - Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)

José Wagner Leonel Tavares Junior - Sociedade Cearense de Neurologia - SOCENNE

Luciane Ponte de Melo - Associação Brasileira de Alzheimer - Regional CE

Maria Célia de Freitas - Universidade Estadual do Ceará - UECE

Renata Marinho Pereira - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Secção CE

Rômulo Rebouças Lobo - Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC

Vyna Maria Cruz Leite - Coordenadora Especial de Políticas Públicas para as Pessoas Idosas - Secretaria dos Direitos Humanos - SEDIH

Sumário

Apresentação	
1. Introdução	06
2. Objetivos	08
3. Fundamentação legal	08
4. Linha de cuidado	10
5. Diretrizes	10
6. Construção da Linha de Cuidado	11
7. Cenário epidemiológico	11
8. Diagnóstico	12
9. Estratificação de gravidade para o Alzheimer e outras demências	14
10. Competências por nível de atenção à saúde	14
11. Atenção Multidisciplinar	19
12. Atenção domiciliar	21
13. Cuidado à Pessoa com Alzheimer e outras demências	22
14. Critérios de admissão e permanência nos Serviços de Saúde	24
15. Organização da Rede de Atenção à Saúde	26
16. Sistema de apoio e logística	27
17. Estratégias para implantação da Linha de Cuidado	29
18. Sistema de informações	29
19. Avaliação e monitoramento	30
Referências Bibliográficas	31
Anexos	32

Apresentação

A Doença de Alzheimer e outras demências têm apresentado aumento crescente, impactando negativamente na vida da população à medida que reduz a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares e cuidadores.

Linha de Cuidado é uma estratégia utilizada para organização de serviços de saúde. Descreve o fluxo assistencial, o itinerário do usuário na rede de atenção à saúde, as competências por níveis de atenção e que devem estar integrados e articuladas para garantir a continuidade do cuidado.

Esta Linha de Cuidado estabelece diretrizes para a organização dos serviços de saúde, promovendo a atenção integral às pessoas com Doença de Alzheimer e outras demências, aprimorando a assistência à saúde prestada aos cidadãos cearenses.

A elaboração de uma Linha de Cuidado é um processo de construção coletiva, coordenado pela Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado, com a participação dos atores diretamente envolvidos com o tema em questão.

Espera-se que essa Linha de Cuidado seja um norteador para a gestão, nas diferentes áreas de atuação e contribua para prevenção, cuidado e melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença de Alzheimer e outras demências.

Maria Vaudelice Mota
Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde

1. Introdução

Demência é um termo geral que reflete perda de habilidades cognitivas que obrigatoriamente interfiram nas tarefas cotidianas, como o trabalho ou atividades que o indivíduo estava acostumado a realizar (Alzheimer Association, 2022). A Doença de Alzheimer é o subtipo de demência que afeta em especial a memória, o pensamento e frequentemente o comportamento. Esta é a causa mais comum de demência, corresponde a 60-80% dos casos, e não é normal do envelhecimento.

A doença de Alzheimer (DA) foi descrita em 1906 pelo médico alemão Dr. Alois Alzheimer. Trata-se de uma doença neurodegenerativa, incurável e progressiva, cujo quadro clínico pode variar entre as pessoas e suas fases. Em estágios iniciais geralmente há perda de memória para informações recém aprendidas e dificuldade de lembrar palavras de uso rotineiro. Na fase moderada há alterações do comportamento, desorientação para locais habituais e no tempo, suspeitas infundadas sobre familiares, com dificuldade de tomar decisões, mesmo em assuntos rotineiros. Na fase mais avançada, o paciente com doença de Alzheimer geralmente precisa de um cuidador devido a não conseguir realizar mais as atividades consideradas básicas da vida diária como vestir, andar, falar e engolir (Alzheimer Association, 2022).

O diagnóstico da DA é realizado a partir do quadro clínico do paciente e de testes cognitivos, sendo importante a realização de exames de neuroimagem (tomografia de crânio ou ressonância magnética) e laboratoriais para rastreio para condições potencialmente tratáveis que possam estar levando ao quadro clínico de declínio cognitivo. Quando aplicados de forma eficaz, os critérios clínicos podem oferecer até 80% de precisão diagnóstica, como os testes sugeridos no Consenso Brasileiro de Demência (SMID et al., 2022). Apesar dos critérios clínicos apresentarem boa acurácia diagnóstica, em parcela pequena de casos pode ser necessária a realização de biomarcadores específicos para a doença de Alzheimer, sejam estes no líquido, sangue ou por meio da Tomografia por Emissão de Positron. A pesquisa de mutações genéticas como causa da doença de Alzheimer, pode ser utilizada em pacientes com início precoce (antes dos 65 anos) e com histórico familiar.

Tratamentos modificadores da DA estão sendo atualmente estudados. Mais de 800 medicamentos foram avaliados em ensaios clínicos nos últimos anos com resultados negativos. Essa falha ocorre principalmente porque eles foram testados no estágio de demência, onde o cérebro sofreu danos substanciais e pode ser tarde demais para obter resultados positivos. Recentemente, a estratégia começou a mudar, buscando a utilização destas medicações em fases pré-clínicas, com resultados promissores.

Diante das estratégias de prevenção conhecidas atualmente, seria possível prevenir o início dos sintomas. Caso fosse possível retardar a fase de demências da Doença de Alzheimer em 5 anos, reduziria a prevalência e os custos da doença em 50% (ZISSIMOPOULOS; CRIMMINS; ST.CLAIR, 2014).

Há evidências crescentes de que as disparidades relacionadas à saúde têm maior impacto em populações com baixo nível educacional e socioeconômico. Frequentemente, há erros de diagnóstico e atrasos nos encaminhamentos para especialistas em demência, menor probabilidade de receber tratamento e maior probabilidade de descontinuar os medicamentos para demência (CUSTODIO et al., 2017).

Devido à fragmentação do sistema de saúde, à falta de continuidade dos cuidados e ao restrito acesso a especialistas, os pacientes muitas vezes permanecem com uso de medicamentos inapropriados, mesmo após a resolução dos sintomas comportamentais.

As demências não se resumem apenas à Doença de Alzheimer, outras demências também são prevalentes, como a demência vascular, a demência com corpúsculos de Lewy, demência frontotemporal e hidrocefalia de pressão normal, entre outras. Cada uma dessas doenças apresenta particularidades cognitiva/neurológica, e que apesar dos quadros clínicos específicos, podem apresentar sinais e sintomas semelhantes, especialmente nas fases mais avançadas.

A capacidade funcional (“ser e fazer o que se considera valioso”) compreende a capacidade intrínseca (soma das capacidades físicas e mentais), o ambiente e a interação entre ambos. As pessoas são seres integrais, e a alteração em um dos domínios da capacidade intrínseca (cognitivo, psicológico, sensorial, mobilidade e vitalidade) pode ser um sinal de alerta para uma alteração cognitiva latente ou potencial. Detectar alterações em qualquer um desses domínios pode ajudar a detectar precocemente e gerenciar alterações cognitivas que podem se materializar na DA ou em seus fatores de risco. Uma das justificativas para o diagnóstico precoce é que a pessoa pode decidir sobre as opções de tratamento em todos os estágios da doença, evitando tratamentos que possam aumentar o sofrimento dos pacientes e familiares (LOPERA et al., 2023).

2. Objetivos

2.1 Geral

Organizar os serviços de saúde para o cuidado integral à pessoa com Doença de Alzheimer e outras demências, em todos níveis de atenção à saúde.

2.2 Específicos

- Promover o cuidado humanizado, oportuno às pessoas com Alzheimer e outras demências em todas as fases da doença;
- Organizar os serviços de saúde e estabelecimento de atribuições em cada nível de atenção;
- Promover a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade no cuidado à saúde;
- Possibilitar a reabilitação funcional e cognitiva, com foco na manutenção do status funcional;
- Promover o acesso aos métodos complementares de diagnóstico e ao tratamento;
- Habilitar os profissionais de saúde na avaliação e manejo das pessoas com demência, considerando a capacidade funcional, fases da doença e possíveis complicações;
- Proporcionar Assistência Domiciliar e Cuidados Paliativos conforme critérios estabelecidos;
- Orientar e qualificar familiares e cuidadores para o manejo das pessoas com Alzheimer e outras demências.
- Estimular o registro de informações para monitoramento e para nortear políticas públicas.

3. Fundamentação legal

A Linha de Cuidado de Atenção às Pessoas com Alzheimer e outras demências, fundamenta-se nos seguintes marcos legais:

- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso;
- Lei nº 14.423 de 22 de Julho de 2022, que altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente;
- Decreto nº 9.795, de 17 maio de 2019, que estabeleceu as Diretrizes para a Telessaúde no Brasil, no âmbito do SUS;
- Portaria Conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença do Alzheimer.
- Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010, que estabelece Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- Portaria Nº 153/2024 que institui a Política Estadual de Atenção à Pessoa com Doença de Alzheimer e outras Demências no estado do Ceará;
- Lei Nº 14.878, DE 4 DE JUNHO DE 2024 que institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências; e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social).

4. Linha de Cuidado

Linha de Cuidado (LC) caracteriza-se por um conjunto de procedimentos, que visam nortear o processo de trabalho e organização de serviços, de forma a melhorar o acesso à saúde, aos fluxos assistenciais, para estabelecer o percurso assistencial ideal nos diferentes níveis de atenção à saúde, de acordo com suas necessidades, contemplando informações relevantes a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em determinado ponto de atenção à saúde.

Podem ser estruturadas de diversas formas: por temas prioritários da saúde (ex: Saúde Mental, Materno infantil, Saúde Reprodutiva), por segmento populacional específico (população indígena, quilombola), por gênero (homem, mulher), por ciclo de vida (criança, adolescente, idoso), por agravos tuberculose, hipertensão, diabetes), entre outras.

A implementação da Linha de Cuidado depende de alguns fatores: Estrutura, capacidade instalada, pessoas e recursos necessários à sua operacionalização, sistema de apoio e diagnóstico, sistema de informação, equipamentos, materiais, medicamentos e outros insumos, qualificação das equipes), sistema logístico (Regulação, Registro Eletrônico/ Prontuário, Transporte Sanitário).

A implantação da Linha de Cuidado se dá a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do sistema de saúde no território, para promover a integração da equipe multiprofissional e os encaminhamentos necessários, mediante os fluxos assistenciais estabelecidos. Depende da organização dos serviços, de apoio logístico adequado, infraestrutura, do conhecimento da equipe para onde encaminhar, quando necessário, para sejam realizados de forma estruturada, de acordo com as competências e responsabilidades de cada nível de atenção da rede assistencial da saúde, das referências locais e regionais e sobretudo, e o cumprimento das pactuações existentes.

5. Diretrizes

São diretrizes da Linha de Cuidado à pessoa com Alzheimer e outras demências:

1. Integralidade no cuidado (ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, assistência domiciliar e cuidados paliativos), centrado no paciente, humanizado, integrado, baseado nas necessidades de saúde identificadas;
2. Organização do cuidado de forma regionalizada, descentralizada, integrada, sendo a atenção primária coordenadora e ordenadora do cuidado no âmbito do território;
3. Disseminação da cultura da prevenção e do autocuidado;
4. Estratificação de risco da população idosa de acordo com avaliação do seu estágio clínico e funcional;
5. Articulação e integração com todos os níveis de atenção em saúde: Atenção Primária, Secundária e Terciária, por meio do sistema de regulação, de forma multidisciplinar e multiprofissional;
6. Educação Permanente aos profissionais da saúde e sociedade para atendimento à pessoa com Doença de Alzheimer e outras demências.

6. Construção da Linha de Cuidado

O processo de construção da Linha de Cuidado no âmbito da Secretaria da Saúde é um processo participativo, intersetorial, que envolve um conjunto de etapas e envolve todas as áreas técnicas da saúde de todos os níveis de atenção, profissionais da saúde, especialistas convidados, relacionadas com a temática em questão, sob coordenação da Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado à Saúde, da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde.

6.1. Etapas do processo

1	Identificação da necessidade, de acordo com as prioridades estabelecidas e avaliação de demandas/solicitações recebidas;
2	Levantamento de informações, pesquisas, evidências, entre outras;
3	Formalização de Grupo Condutor por meio de Portaria.
4	Elaboração de documento base pela Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (COGEC) para iniciar as discussões.
5	Cronograma de Trabalho.
6	Validação das propostas, de acordo com a complexidade e necessidades.
7	Discussão na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
8	Pactuação na CIB entre os gestores Estadual e Municipais.
9	Publicação em Diário Oficial para dar conhecimento e publicidade.
10	Estratégias para implantação.

7. Cenário epidemiológico - Análise situacional

Com o envelhecimento da população, há a tendência de aumento da prevalência e da incidência de doenças crônicas e neurodegenerativas. Atualmente, estima-se que existam 50 milhões de pessoas com alguma forma de demência no mundo. Na América Latina a prevalência é maior (NITRINI et al., 2009) e estima-se 10 milhões de novos diagnósticos por ano, com isso, cerca de 150 milhões de pessoas com demência devida à Doenças de Alzheimer (DA) em 2050. No Brasil, estima-se cerca de 1,7 milhões de idosos com demência, com uma prevalência de aproximadamente 1.036/100.000 habitantes (SMID et al., 2022).

A mortalidade por demência aumentou 148% entre 1990 e 2016. Em 2016, a demência foi a quinta causa de morte mais comum em todo o mundo, responsável por 2,4 milhões de mortes. A demência foi responsável por 4,4% de todas as mortes e 8,6% das mortes entre pessoas com mais de 70 anos, tornando a demência a segunda principal causa de mortalidade nessa faixa etária (NICHOLS et al., 2019)

No Brasil, o Relatório de Demências Brasileiro divulgado em 2023, encomendado pelo Ministério da Saúde (MS), divulgou que a prevalência de demência em idosos maiores de 60 anos foi de 10% nos estados do Nordeste. Estudo recente realizado no município de Pindoretama, mostrou uma prevalência de 20,78% nessa faixa etária, sendo que a grande maioria dos pacientes não tinham diagnóstico prévio (aproximadamente 93%).

No Ceará, de janeiro a agosto de 2023, foram castrados na Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde quase 14 mil atendimentos por demência do tipo Alzheimer, o que evidencia que muitos pacientes ainda estão sem acompanhamento adequado.

7.1 Fatores de Risco para demência

Certos fatores de risco para demência podem ser potencialmente modificáveis ao longo da vida. Entre eles, destacam-se: Baixa escolaridade (8%), perda auditiva (8%), tabagismo (5%), depressão (4%), traumatismo craniano (3%), inatividade física (3%), hipertensão (2%), alcoolismo (1%), isolamento social (2%), poluição do ar (2%), diabetes (1%), obesidade (1%). Em comparação com a Europa e a América do Norte, a fração atribuível à população para fatores de risco modificáveis para demência é maior devido a uma maior prevalência de fatores de risco cardiovascular.

É importante ressaltar que esses não são fatores de risco específicos para Doença de Alzheimer, mas para neurodegeneração e síndrome de demência. Na América Latina, o controle desses fatores pode prevenir até 40-56% dos casos de demência (LOPERA et al., 2023) (SUEMOTO et al., 2022).

8. Diagnóstico

Os critérios diagnósticos para síndrome demencial foram propostos por várias academias e associações, como os propostos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11) de 2022, pela American Psychiatric Association por meio do DSM-5, pelo National Institute on Aging (NIA) e a Alzheimer's Association (NIA-AA 2011) e pela Academia Brasileira de Neurologia em 2022 que encontram-se abaixo.

Critérios diagnósticos de demência pelo National Institute on Aging and Alzheimer's Association (NIA-AA) e pela Academia Brasileira de Neurologia:

- 1. Demência é diagnosticada quando há sintomas cognitivos ou comportamentais (neuropsiquiátricos) que:**
 - 1.1.** Interferem com a habilidade no trabalho ou em atividades usuais;
 - 1.2.** Representam declínio em relação a níveis prévios de funcionamento e desempenho;
 - 1.3.** Não são explicáveis por delirium (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica maior;
- 2. O comprometimento cognitivo é detectado e diagnosticado mediante combinação de:**
 - 2.1.** Anamnese com paciente e informante que tenha conhecimento da história; e
 - 2.2.** Avaliação cognitiva objetiva, mediante exame breve do estado mental ou avaliação neuropsicológica.

A avaliação neuropsicológica deve ser realizada quando a anamnese e o exame cognitivo breve realizado pelo médico não forem suficientes para permitir diagnóstico confiável.
- 3. Os comprometimentos cognitivos ou comportamentais afetam no mínimo dois dos seguintes domínios:**
 - 3.1. Memória,** caracterizado por comprometimento da capacidade para adquirir ou evocar informações recentes, com sintomas que incluem: repetição das mesmas perguntas ou assuntos, esquecimento de

eventos, compromissos ou do lugar onde guardou seus pertences;

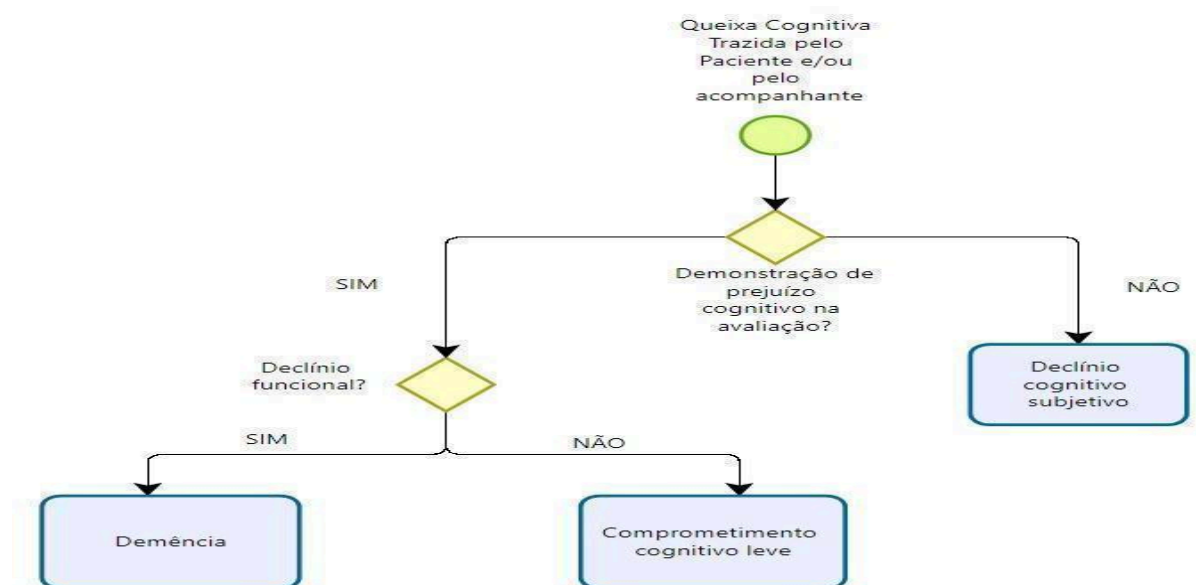
3.2. Funções executivas, caracterizado por comprometimento do raciocínio, da realização de tarefas complexas e do julgamento, com sintomas tais como: compreensão pobre de situações de risco, redução da capacidade para cuidar das finanças, de tomar decisões e de planejar atividades complexas ou sequenciais;

3.3. Habilidades visuais-espaciais, com sintomas que incluem: incapacidade de reconhecer faces ou objetos comuns, encontrar objetos no campo visual, dificuldade para manusear utensílios, para vestir-se, não explicáveis por deficiência visual ou motora;

3.4. Linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita), com sintomas que incluem: dificuldade para encontrar e/ou compreender palavras, erros ao falar e escrever, com trocas de palavras ou fonemas, não explicáveis por déficit sensorial ou motor;

3.5. Personalidade ou comportamento, com sintomas que incluem alterações do humor (labilidade, flutuações incharacterísticas), agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda de empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis.

Existem barreiras que dificultam o diagnóstico e o tratamento de pessoas com demência, dentre elas estão a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, sistemas de saúde fragmentados, heterogeneidade genética, determinantes sociais de saúde variáveis, dentre outros. Treinamento adicional para médicos e outros profissionais de saúde no nível de atenção primária, testes cognitivos específicos da região ou adequadamente adaptados são estratégias para ampliar a detecção desta condição com apresentação tão heterogênea.¹ lope



¹ (LOPERA et al., 2023). <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1198869>

9. Estratificação de gravidade para o Alzheimer e outras Demências

As demências podem ser estratificadas com relação a gravidade, de maneira geral, em 3 fases: leve, moderada e avançada. Diversos instrumentos podem auxiliar nessa classificação, dentre eles o clinical dementia rating (CDR), que é uma entrevista semi-estruturada feita com o paciente e cuidador. Outras escala bastante útil para essa finalidade é o estágio de avaliação funcional (FAST). Alguns autores usam pontos de corte no MEEM e MoCA para diferenciar os estágios. Clinicamente, também existem diferenças em termos de funcionalidade dos indivíduos nos diferentes estágios da demência.

9.1 Demência leve

No estágio de demência leve ou inicial, (CDR = 1 / FAST = 4), os sintomas cognitivos (amnésticos ou não) ainda são modestos. Dessa forma, os indivíduos ainda conseguem realizar muitas de suas atividades habituais, apesar de necessitarem de algum auxílio para tarefas mais complexas. Nessa etapa, ainda conseguem ter alguma autonomia para planejar e decidir sobre muitas questões de suas vidas.

9.2 Demência moderada

O estágio de demência moderada ou intermediária (CDR = 2 / FAST = 5-6) costuma ser um dos mais longos, podendo durar vários anos. Nesse período, os indivíduos passam a ter sintomas cognitivos cada vez mais perceptíveis e necessitam de maior ajuda de terceiros.

Nessa etapa, passam a não conseguir mais realizar atividades fora de casa sozinhos. Dentro de casa, ainda são capazes de fazer muitas das tarefas, apesar da necessidade de algum grau de supervisão.

Durante essa fase, começam a aparecer sintomas neuropsiquiátricos (ex: delírios, alucinações, irritabilidade, agressividade ou distúrbios do sono).

9.3 Demência grave

Na fase de demência avançada (CDR = 3 / FAST = 6-7 / MEEM < 10), os indivíduos passam a ter sintomas cognitivos severos, com perda funcional marcada, necessitando de auxílio mesmo para atividades básicas de vida diária, como autocuidado e higiene pessoal. Nessa etapa, os sintomas neuropsiquiátricos costumam se tornar mais evidentes, podendo afetar mais de 90% dos pacientes.

Esse estágio é relativamente semelhante a todos os tipos de demência. Com a progressão da condição, ocorre perda da interação e redução da linguagem, além da capacidade de deambular, tornando esses indivíduos gradativamente mais restritos ao leito e com menor interação com o meio ambiente e cuidadores/familiares.

Também podemos observar disfagia, perda de peso, incontinência e alguns outros sintomas motores, como parkinsonismo, mioclonias e alterações de marcha.

10. Competências por nível de atenção à saúde:

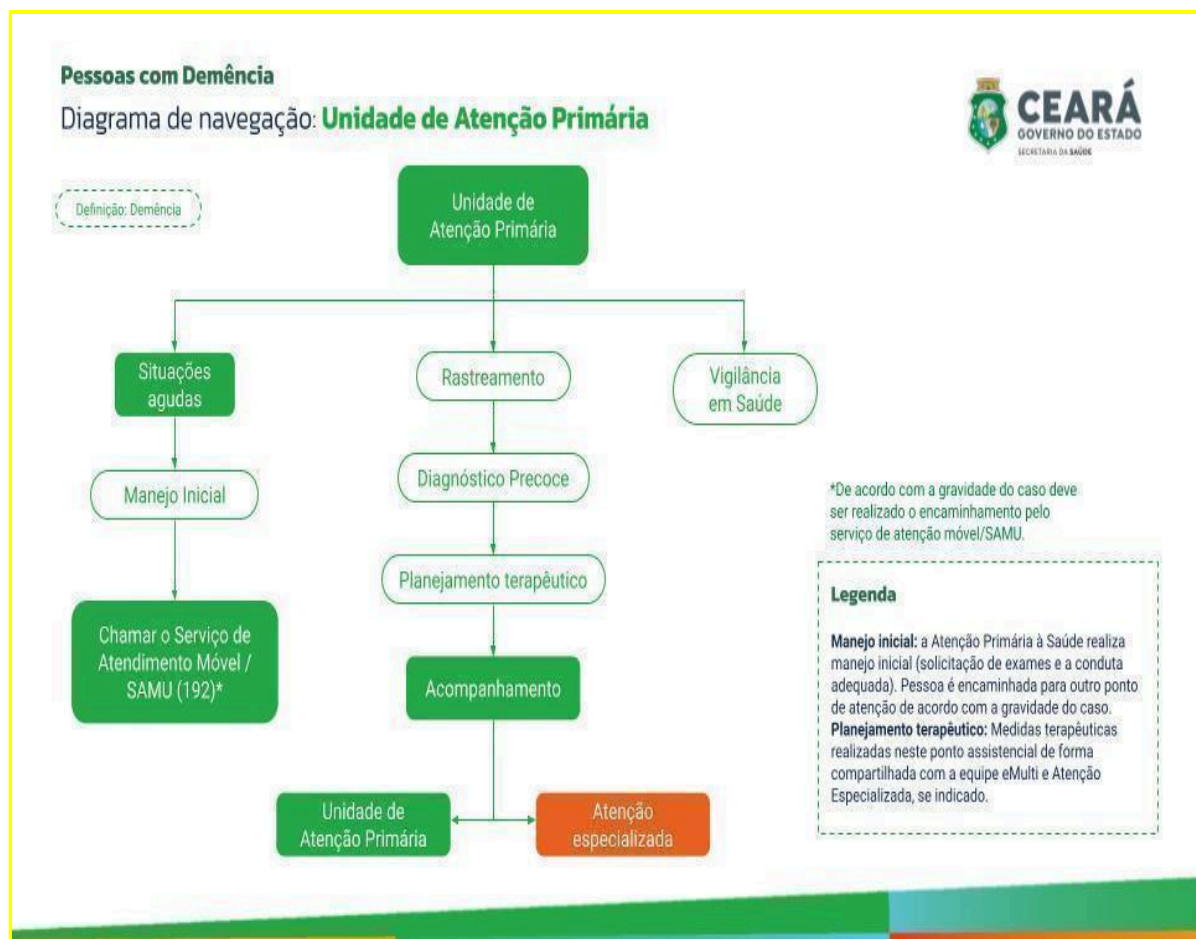
10.1 Atenção Primária em Saúde

As atribuições da Atenção Primária em Saúde (APS) englobam ações de promoção de saúde, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

10.1.1 Compete à Atenção Primária

- I. Identificar e manejar indivíduos com declínio da capacidade Intrínseca por meio da avaliação multidimensional da pessoa idosa;
- II. Identificar e manejar fatores de risco modificáveis para a prevenção de demência;
- III. Estimular hábitos de vida saudável e fatores protetores para a prevenção da Doença de Alzheimer e outras demências;
- IV. Informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo com proteção, imunização e hábitos de vida saudáveis;
- V. Buscar ativamente pessoas com queixas cognitivas, especialmente em pessoas idosas;
- VI. Aplicar testes de rastreio de declínio cognitivo e funcional, conforme protocolo clínico vigente;
- VII. Diagnosticar pessoas com declínio cognitivo;
- VIII. Solicitar e viabilizar exames complementares para exclusão de causas potencialmente reversíveis, conforme protocolo clínico vigente;
- IX. Referenciar para atenção secundária ou terciária conforme previsto nesta Linha de Cuidado;
- X. Acompanhar pacientes com demência contra-referenciados;
- XI. Viabilizar insumos farmacêuticos para atender aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado e/ou Municípios;
- XII. Promover ações educativas para sensibilizar a sociedade sobre prevenção, fatores de risco e reconhecimento de sinais de alerta referentes à Doença de Alzheimer e outras Demências;
- XIII. Prestar assistência aos pacientes com demência em todas as fases da doença, em especial nas fases avançadas, em assistência domiciliar e em cuidados paliativos;
- XIV. Qualificar equipes multiprofissionais, visando reduzir intercorrências clínicas, hospitalização e racionalização dos custos;
- XV. Habilitar familiares/cuidadores nos cuidados às pessoas com Alzheimer e outras demências para reconhecer precocemente intercorrências clínicas que possam levar a prejuízo funcional, hospitalização e morte;
- XVI. Prover informações com os profissionais de saúde, pacientes, familiares/cuidadores e instituições comprometidas com a causa;
- XVII. Apoiar pessoas com demência e seus familiares/cuidadores, visando melhorar a adesão ao tratamento e minimizando o impacto das alterações comportamentais e complicações no curso da doença;
- XVIII. Alimentar sistema de informações para acompanhamento de políticas públicas voltadas às pessoas com Alzheimer e outras demências;
- XIX. Proporcionar reabilitação funcional de modo a minimizar dependência adquirida no processo de demência;
- XX. Participar de projetos de pesquisa, inovação e o desenvolvimento de novas tecnologias voltadas às pessoas com Alzheimer e outras demências, seus familiares e cuidadores.
- XXI. Integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
- XXII. Prestar assistência à saúde das pessoas com indicação de atendimento domiciliar de baixa complexidade.

As Equipes da APS que dispõem de Equipe Multiprofissional (eMulti) com profissionais médicos geriatras ou psiquiatras, nesta Linha de Cuidado, podem exercer as competências da atenção ambulatorial especializada



Fonte: adaptado - <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/demencia/unidade-de-atencao-primaria/>

10.2 Atenção Especializada

A Atenção Especializada compreende ações e serviços mais complexos no âmbito do SUS. As pessoas atendidas pela Atenção Especializada apresentam, num dado momento, a necessidade de cuidados mais intensivos e/ou diferentes daqueles disponíveis na Atenção Primária, de modo que a Atenção Especializada deve desempenhar um papel de apoio à Atenção Primária em um sistema de cuidados integrais.

No Ceará, as Policlínicas e Centros de Especialidades integram a média complexidade da atenção especializada. O ambulatório de atenção especializada deve cumprir quatro funções essenciais: assistencial, educacional, supervisional e pesquisa científica. A função assistencial é desempenhada por uma equipe multiprofissional, que atua de maneira interdisciplinar e especializada no manejo clínico e reabilitação dos usuários.

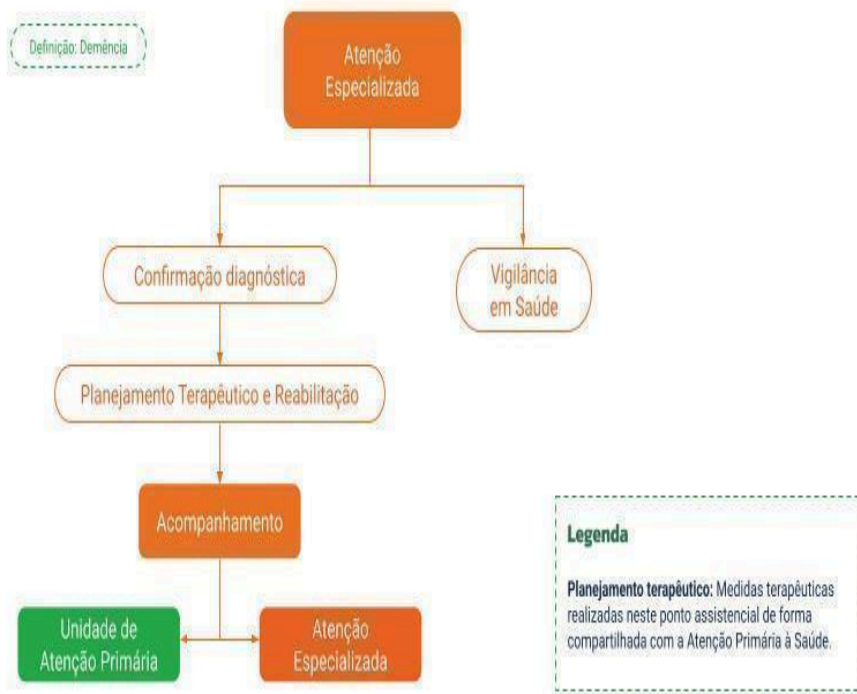
10.2.1 Compete à Atenção Especializada Ambulatorial

- I. Avaliar pacientes com hipótese de Doença de Alzheimer e outras demências para confirmação diagnóstica;
- II. Iniciar tratamento das demências, conforme protocolo clínico vigente;
- III. Fazer investigação e manejo inicial em pacientes com demência rapidamente progressiva em caráter de urgência e encaminhar para a atenção especializada hospitalar;

- IV. Prescrever insumos farmacêuticos de acordo com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde Estaduais e/ou Municipais, dispensados pelas farmácias do componente especializado indicadas pelo município;
- V. Proporcionar reabilitação cognitiva para o indivíduo de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;
- VI. Possibilitar reabilitação funcional e prevenção de complicações por meio da intervenção da equipe multidisciplinar;
- VII. Referenciar para Atenção Terciária casos complexos e contra-referência para Atenção Primária conforme previsto nesta Linha de Cuidado;
- VIII. Receber pacientes com demência contra-referenciados da Atenção Especializada Hospitalar para acompanhamento;
- IX. Aderir aos projetos, programas, formação e qualificação dos profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas com demência;
- X. Apoiar pessoas com demência e seus familiares/cuidadores, visando melhorar a adesão ao tratamento e minimizando o impacto das alterações comportamentais e complicações no curso da doença;
- XI. Alimentar os sistemas de informação para acompanhamento de políticas públicas voltadas às pessoas com Alzheimer e outras demências.
- XII. Participar de projetos de pesquisa, inovação e o desenvolvimento de novas tecnologias voltadas às pessoas com Alzheimer e outras demências, seus familiares e cuidadores.
- XIII. Contribuir com apoio matricial às equipes de Atenção Primária e Atenção Domiciliar na quando demandada;

Pessoas com Demência

Diagrama de navegação: **Atenção Especializada**

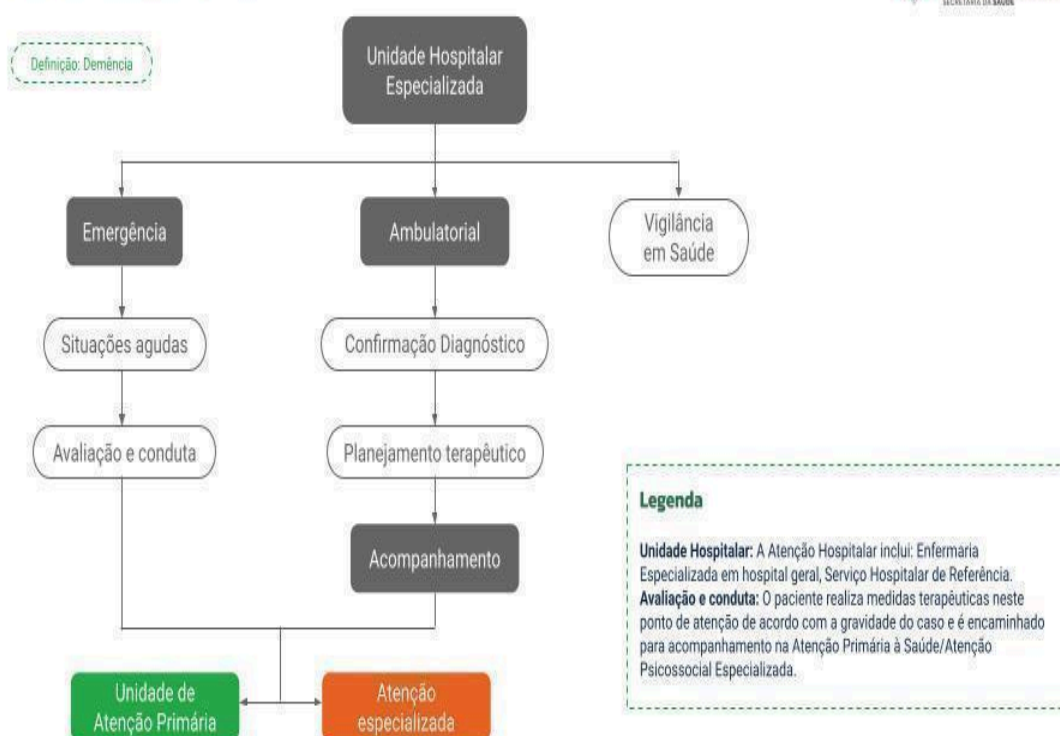


10.3.1 Compete à Atenção Especializada Hospitalar

- I. Diagnosticar, tratar, prestar assistência multidisciplinar necessária às pessoas com demência rapidamente progressiva, demência de início pré-senil (abaixo de 65 anos), suspeita de forma genética do quadro de declínio cognitivo, em que há dúvida diagnóstica ou de difícil manejo dos sintomas neuropsiquiátricos, para investigação de biomarcadores, na impossibilidade de realização na atenção secundária, ou conforme protocolo específico;
- II. Prescrever insumos farmacêuticos de acordo com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde Estaduais e/ou Municipais, dispensados pelas farmácias do componente especializado;
- III. Encaminhar para Atenção Primária ou Especializada Ambulatorial (contra-referência) casos em que há estabilidade clínica ou em fase avançada de demência, conforme previsto nesta Linha de Cuidado;
- IV. Apoiar pessoas com demência e seus familiares/cuidadores, visando melhorar a adesão ao tratamento e minimizando o impacto das alterações comportamentais e complicações no curso da doença;
- V. Alimentar sistemas de informação para acompanhamento de políticas públicas voltadas às pessoas com Alzheimer e outras demências;
- VI. Participar dos projetos, programas, formação e qualificação dos profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas com demência (Educação Permanente);
- VII. Participar de projetos de pesquisa, inovação e o desenvolvimento de novas tecnologias voltadas às pessoas com Alzheimer e outras demências, seus familiares e cuidadores.

Pessoas com Demência

Diagrama de navegação: Unidade Hospitalar Especializada



11. Atenção Multidisciplinar

É imprescindível que o paciente com Alzheimer e outras demências, receba cuidado multidisciplinar, no contexto da integralidade das ações, em todas as fases e qualquer que seja o nível de atenção.

Após confirmado o diagnóstico de demência ou declínio cognitivo, o usuário é encaminhado para o Serviço de Acompanhamento Multidisciplinar e para a Equipe de Habilitação/Reabilitação (equipe multidisciplinar dentro da ADS).

Equipe de Habilitação/Reabilitação. Devido a importância e frequência nos atendimentos, a Equipe de Habilitação/Reabilitação cognitiva deve estar mais próxima dos pacientes para melhorar a adesão. Assim, receberão pessoas encaminhadas da atenção secundária especializada e funcionarão em serviços de referência dentro de cada ADS.

A equipe poderá ser composta por **fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista, educador físico, assistente social, farmacêutico, musicoterapeuta e terapeuta ocupacional**. Sugere-se que, de acordo com a avaliação clínica, os profissionais sigam protocolos para auxiliar no acompanhamento, selecionados de acordo com cada especialidade. A avaliação poderá ocorrer em mais de uma sessão.

Após o diagnóstico, deve-se avaliar o estágio da doença, grau de funcionalidade, potencialidades e vulnerabilidades, necessidades individuais da pessoa bem como as estratégias terapêuticas que serão utilizadas (incluir cronograma de atendimentos).

Poderá ser formada **Equipe de Treinamento de Familiares/Cuidadores** que tem o objetivo de prestar assistência aos cuidadores no tocante aos cuidados cotidianos da pessoa com demência. Entre esses cuidados estão o cotidiano funcional, acompanhamento de desempenho ocupacional e outras habilidades de cuidado que os acompanhantes necessitam. Ela deverá atuar em conjunto com a Equipe de Habilitação/Reabilitação.

Quando a pessoa com demência apresentar estágio da doença avançado, a pessoa deverá ser inserida em outros serviços para o cuidado à pessoa com demência como a de Atenção Domiciliar/Cuidados Paliativos com o máximo de garantia de continuidade do acompanhamento.

11.1 Distribuição das Equipes

A distribuição das equipes e serviços por território de abrangência podem ser:

- I. **Equipe de Saúde da Família e demais trabalhadores da APS:** profissionais que fazem parte do quadro de trabalhadores da APS, podendo incluir clínico generalista, médico de família, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga ou terapeuta ocupacional, que trabalham no município.
- II. **Equipe Multiprofissional na APS (eMULTI) Ampliada:** pelo menos assistente social ou farmacêutico clínico ou nutricionista ou psicólogo + fisioterapeuta e fonoaudiólogo ou profissional de educação física ou terapeuta ocupacional, podendo ter categorias profissionais complementares como assistente social, arte educador, farmacêutico(a) clínico(a), fisioterapeuta, fonoaudiólogo(a), nutricionista, profissional de educação física na saúde, psicólogo(a), terapeuta ocupacional, médico(a) geriatra e médico(a) psiquiatra, conforme Portaria GM/MS No. 635 de 22 de maio de 2023.
- III. **Equipe eMulti Complementar:** pelo menos assistente social ou farmacêutico clínico ou nutricionista ou psicólogo + fisioterapeuta e fonoaudiólogo ou profissional de educação física ou terapeuta ocupacional, podendo ter categorias profissionais complementares como assistente social, arte educador, farmacêutico(a) clínico(a), fisioterapeuta, fonoaudiólogo(a), nutricionista, profissional de educação física na saúde, psicólogo(a), terapeuta ocupacional, médico(a) geriatra e médico(a) psiquiatra, conforme Portaria GM/MS No. 635 de 22 de maio de 2023.
- IV. **Equipe eMulti Estratégica:** pelo menos nutricionista ou psicólogo, podendo ter categorias profissionais complementares como assistente social, arte educador, farmacêutico(a) clínico(a), fisioterapeuta, fonoaudiólogo(a), nutricionista, profissional de educação física na saúde, psicólogo(a), terapeuta

ocupacional, médico(a) geriatra e médico(a) psiquiatra, conforme Portaria GM/MS No. 635 de 22 de maio de 2023;

Quadro 01: Modalidade de equipes e categorias multiprofissionais

Modalidade de Equipes Multiprofissionais	Categorias Profissionais Fixas
eMulti Ampliada	Assistente Social ou Farmacêutico(a) Clínico(a) ou Nutricionista ou Psicólogo(a)
	Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo(a) ou Profissional de Educação Física na Saúde ou Terapeuta Ocupacional
eMulti Complementar	Assistente Social ou Farmacêutico(a) Clínico(a) ou Nutricionista ou Psicólogo(a)
	Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo(a) ou Profissional de Educação Física na Saúde ou Terapeuta Ocupacional
eMulti Estratégica	Nutricionista ou Psicólogo (a)

Em qualquer uma dessas Equipes pode ser admitido: **Assistente Social, Arte Educador, Farmacêutico(a) Clínico(a), Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo(a), Nutricionista, Profissional De Educação Física Na Saúde, Psicólogo(a), Terapeuta Ocupacional, Médico(a) Geriatra e Médico(a) Psiquiatra.**

- **Serviço de atenção ambulatorial especializada:** pelo menos um serviço de referência por Região de Saúde, tendo pelo menos um geriatra ou neurologista ou psiquiatra.
- **Serviço de atenção especializada hospitalar:** pelo menos um serviço por Região de Saúde, no hospital, com serviço de geriatria ou neurologista ou psiquiatria.
- **Equipe de Gestão do Cuidado:** pelo menos uma equipe de Gestão do Cuidado de cada Superintendência de Saúde.
- **Equipe de Habilitação/Reabilitação:** uma equipe por ADS, composta por três profissionais de diferentes categorias.
- **Equipe de Treinamento do Cuidador:** uma equipe por ADS, composta por dois profissionais de diferentes categorias. Os Cuidadores deverão ser treinados por meio de oficinas, palestras de psicoeducação e treinamento de habilidades essenciais para o cuidado ampliado às pessoas com demência. Os encontros serão realizados nas modalidades grupal ou individual, com frequência definida pela equipe.
- **Equipe Técnica Regional Permanente:** para apoio, operacionalização, monitoramento e avaliação da Linha de Cuidado na Região, composta por por pelo menos três profissionais de diferentes categorias.

A diferença entre os profissionais do Serviço de Diagnóstico e do Serviço de Acompanhamento é funcional, no intuito de garantir que haja espaços rotativos para acesso célere ao diagnóstico. Não há óbices à possibilidade de o mesmo trabalhador compor os dois serviços.

Quadro 02: Equipe mínima por categoria profissional

Serviço ou Equipe	Profissional	Quantitativo mínimo de profissionais
Equipe de Saúde da Família e demais trabalhadores da APS	Médico de Saúde da Família ou generalista + profissionais previstos em portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023	1
Serviço de atenção ambulatorial especializada	Médico geriatra ou neurologista ou psiquiatra	1
Serviço de atenção hospitalar especializada	Médico geriatra ou neurologista ou psiquiatra	1
Equipe de Habilitação/Reabilitação	Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional ou Fisioterapeuta	1
Equipe de Treinamento do Familiar/Cuidador	Terapeuta Ocupacional ou Fisioterapeuta ou Enfermeiro	1

11.2 Compete à equipe multidisciplinar, em se tratando das demências:

- I. Auxiliar no diagnóstico de demência e seu subtipo caso solicitado pelo médico;
- II. Estimular manutenção da capacidade funcional, independência e autonomia;
- III. Realizar estímulos cognitivos na tentativa de retardar a progressão da demência;
- IV. Contribuir no manejo das complicações decorrentes das demências;
- V. Compor a equipe e contribuir com assistência aos pacientes em cuidados paliativos;
- VI. Exercer atividades de sua área de atuação conforme resoluções dos conselhos profissionais.

12. Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é oferecido de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes.

A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência. Será indicada para pessoas que necessitarem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.

Quando o paciente está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) –

Melhor em Casa. Os pacientes que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidos pelo Melhor em Casa.

12.1 Compete à equipe de atenção domiciliar

- I. Prestar assistência à saúde das pessoas com indicação de atendimento domiciliar de média a alta complexidade;
- II. Identificar e orientar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- III. Acolher demandas de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;
- IV. Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para familiares e cuidadores;
- V. Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;
- VI. Construir e monitorar o plano terapêutico singular, cuja modalidade será definida a partir da necessidade do usuário;
- VII. Participar dos processos de educação permanente e qualificações pertinentes;
- VIII. Contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado, sempre que desejado e possível.
- IX. Pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;
- X. Integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde.

13. Cuidado à Pessoa com Alzheimer e outras Demências

13.1 Identificação do usuário com demência e itinerário terapêutico

- I- Identificar os medicamentos dispensados pelo componente especializado para avaliar o tipo e quantitativo de medicamentos disponibilizados e utilizados pelas pessoas com demência no Estado.
- II- A Atenção Primária à Saúde (APS) de cada município deverá identificar as pessoas com Alzheimer ou outra demência, por diagnóstico já confirmado em algum serviço de saúde.
- III- Nos casos de suspeita de demência, aplicar o instrumento de rastreio de demência (Questionário de Mudança Cognitiva - QMC) pelos agentes de saúde. Em caso positivo ou em dúvida diagnóstica, encaminhar para primeira avaliação na Unidade Básica de Saúde (UBS), para diagnóstico.
- IV- Na UBS deverá ser realizada a primeira avaliação cognitiva por meio do Mini-exame do estado mental (MEEM) e só então encaminhar ao serviço especializado para acompanhamento caso seja observada alterações ou dúvidas diagnósticas.

13.2 Cuidado às pessoas com demência

O cuidado às pessoas com suspeita ou diagnóstico de demência deve seguir protocolos estruturados para cada realidade institucional, porém alguns critérios básicos devem ser seguidos. Esta Linha de Cuidado entende que o apoio às equipes de cuidado territoriais, existentes em cada município e que também fazem parte do cuidado ampliado, deve ser continuado e poderá ser prestado à distância, utilizando-se tecnologias de telessaúde. Assim, um turno do Serviço de atenção secundária especializada será reservado para o médico prestar esse suporte, ficando disponível para os profissionais das demais ADSs da Região.

I- A equipe de saúde da família e demais trabalhadores da APS, aplicará um instrumento de triagem, sugere-se o QMC (ANEXO 1), validado para tal, nas pessoas com alguma queixa cognitiva própria ou vindo de algum familiar. Aqueles com QMC maior que 4 pontos, deverão passar por avaliação médica.

II. Confirmação de casos suspeitos: Quando o QMC alterado (maior que 4), deverá ser aplicado o MEEM (ANEXO 2). O paciente cujo resultado do MEEM for alterado, considerando a faixa de normalidade baseado na escolaridade no ANEXO 3, a pessoa deverá ser atendida pelo médico da unidade para confirmação e solicitação dos exames complementares necessários conforme portaria vigente (ANEXO 4). Caso os exames complementares não apresentem alteração potencialmente reversível e constatado déficit cognitivo, deve ser encaminhado aos serviços de referência de Atenção Ambulatorial Especializada da Região de Saúde ou Equipe eMulti com geriatra ou psiquiatra da APS.

Os Serviços de Diagnóstico e de Acompanhamento de Demências para confirmação do diagnóstico. Para o encaminhamento, é necessária a inclusão no Sistema de Regulação do estado ou município.

III. Nos casos em que a suspeita de demência não for confirmada, no Serviço de Diagnóstico, a pessoa retornará aos cuidados da Atenção Primária em Saúde acompanhada de contra-referência e pode ser reencaminhada para atenção especializada a qualquer momento .

13.3 Acompanhamento e Habilitação/Reabilitação

O cuidado direto ao paciente, durante o seguimento, será prestado pelo médico geriatra, neurologista ou psiquiatra no Serviço de Atenção Especializada e pelos profissionais da Equipe de Habilitação/Reabilitação cognitiva.

Para cada paciente deve ser elaborado um Plano Terapêutico Singular (PTS) integrando os diagnósticos e as estratégias terapêuticas dos diversos profissionais assistentes. O PTS deverá ser elaborado logo após a avaliação visando identificar potencialidades da pessoa com demência, de sua família e/ou atendentes pessoais, bem como as características de funcionalidade, independência, comunicação, interação e comportamento.

Há de ser um plano terapêutico único que será aplicado por todas as especialidades e conter as metas a serem atingidas e o prazo para reavaliação.

No intuito de organizar o cuidado e assegurar o acesso às Equipes de Habilitação/Reabilitação, o perfil de usuários deverá ser usuário com demência.

A **Equipe de Habilitação/Reabilitação** fará avaliações periódicas, no máximo a cada seis meses, do grau de funcionalidade das pessoas acompanhadas. Para aqueles que apresentem menor grau de incapacidade (Transtorno Cognitivo Leve), será feito o encaminhamento para seguimento no município de origem, mantendo os atendimentos pelo Serviço de Acompanhamento. Cabe à Equipe de Gestão do Cuidado apoiar as articulações para o seguimento no município.

As Equipes de Habilitação\Reabilitação devem manter um turno para apoio matricial aos municípios no tocante aos atendimentos de pessoas que estão na linha de cuidado mas que ainda não estão em acompanhamento pela Equipe de Habilitação\Reabilitação por conta da estratificação de risco.

13.4 Da Reavaliação

Sugere-se reavaliação semestral ou quando houver necessidade. Na reavaliação são aplicados os mesmos instrumentos da avaliação. Nestes momentos, serão avaliadas a evolução e as metas que foram atingidas de acordo com o PTS. Participam desses momentos, que podem ocorrer de maneira presencial ou à distância, as Equipes de Habilitação/Reabilitação, o Serviço de Atenção secundária e a Equipe de Gestão da Linha de Cuidado. Esta última deve tomar a frente no agendamento das reavaliações e convocar os participantes.

13.5 Da Alta

Poderá ocorrer por evolução do caso e não mais necessidade de permanecer em terapia contínua; alta por abandono (mais que 25% de faltas sem justificativa); quebra de protocolos. Os pacientes, após a alta (por qualquer motivo dos citados), serão encaminhados a serviços de base territorial ou de referência para sua localidade.

14. Critérios de admissão e permanência nos Serviços de Saúde

A seguir, listam-se os critérios de admissão e de permanência para os serviços citados acima.

Atenção Especializada Ambulatorial	Atenção Terciária
1. Demência degenerativa ou vascular. 2. Comprometimento cognitivo leve provavelmente devido à DA (CCL amnésico). 3. Demência rapidamente progressiva (DRP) em caráter de urgência. 4. Quando houver dúvidas diagnósticas na causa da demência. 5. pacientes com casos atípicos	1. Necessidade de biomarcadores e não acessíveis nos outros níveis de atenção. 2. Demência de início pre-senil (< 65 anos) ou demências atípicas com necessidade de maior investigação etiológica. 3. DRP após investigação inicial e em caráter de urgência 4. Demências de início precoce 5. Suspeita de demência de causa genética

Os pacientes que podem ser referenciados ao nível terciário são: Demência rapidamente progressiva (DRP), demência de início precoce, suspeita de forma genética do quadro de declínio cognitivo, casos em que há dúvida diagnóstica, casos de difícil manejo dos sintomas neuropsiquiátricos e casos para investigação de biomarcadores, na impossibilidade de realização na atenção secundária.

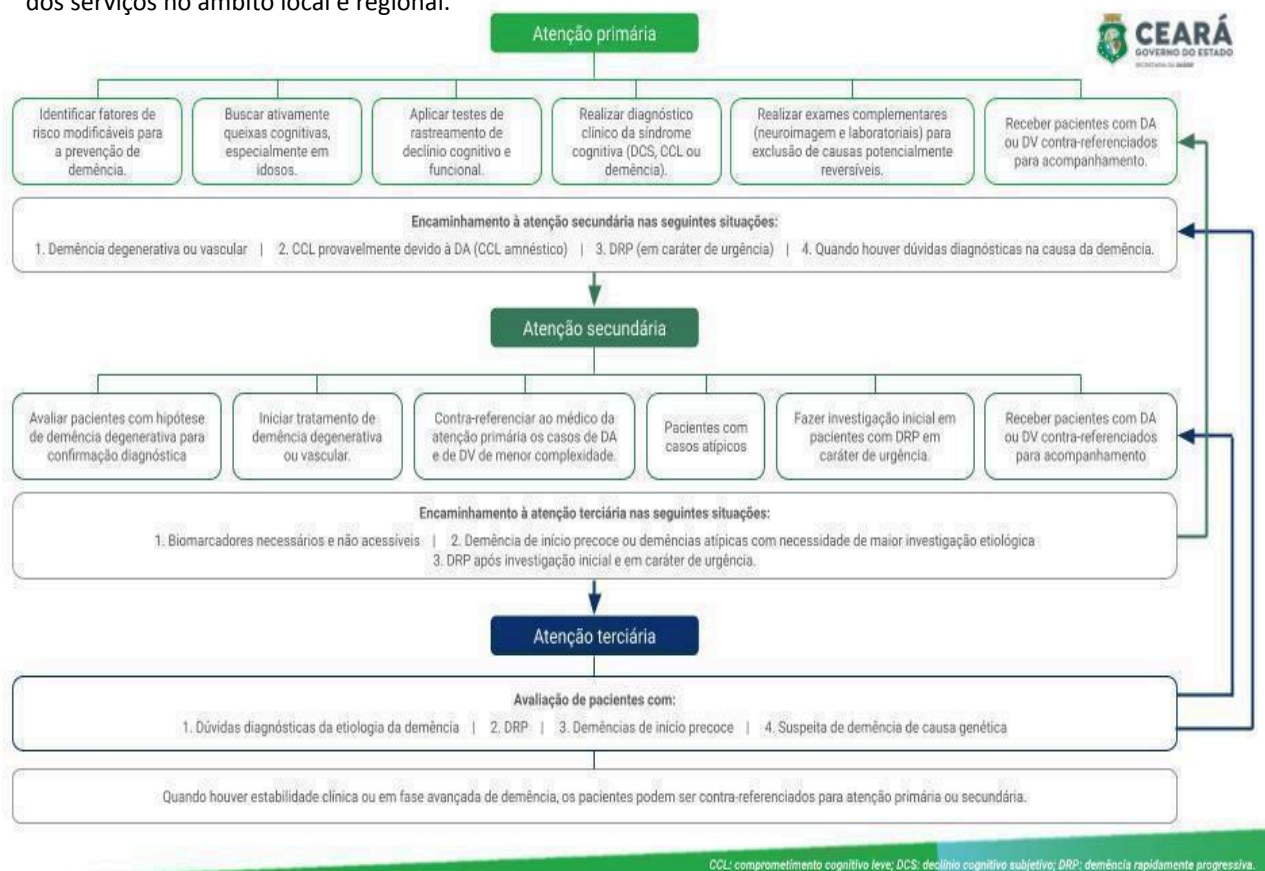
Nos casos em que há estabilidade clínica ou em fase avançada de demência, os pacientes podem ser contra referenciados para atenção primária ou secundária.

14.1 Papel das equipes no contexto dos encaminhamentos

Atenção domiciliar	Equipe de Habilitação/Reabilitação	Equipe de Treinamento Cuidador
Ser encaminhado por qualquer um dos níveis de atenção desde que tenha: - Importante restrição ou impossibilidade de locomoção - Critérios para Cuidados Paliativos ou em final de vida.	As pessoas encaminhadas pela equipe assistente à Equipe de Habilitação/Reabilitação serão avaliadas quanto à gravidade do quadro e quanto ao nível de dependência e funcionalidade. Após a estratificação de risco, serão encaminhadas de acordo com a demanda: quer seja para acompanhamento com a Equipe de Habilitação/Reabilitação, quer seja para acompanhamento com os profissionais de seu município. Assim, os critérios para admissão e permanência são:	a) Ser encaminhado por qualquer ponto de atenção b) Assiduidade maior que 75% no mês, salvo atestado médico
	Viabilidade de acompanhamento duas vezes por semana.	
	Priorização de acordo com estratificação de risco que leva em conta o grau de dependência do paciente (sendo o que tem maior dependência prioridade em relação ao de menor dependência);	
	Assiduidade maior que 75% no mês – salvo atestado médico;	
	Disponibilidade dos familiares/cuidadores para engajamento;	

15. Organização da Rede de Atenção à Saúde

A determinação dos pontos de atenção e referências regionais serão definidas de acordo com a estruturação dos serviços no âmbito local e regional.



Fonte: DementNeuropsychol 2022 Setembro;16(3 Suppl. 1):1-17

15.1. Condições Clínicas para encaminhamentos nos Pontos de Atenção

Encaminhamento em caráter de emergência	Demência rapidamente progressiva
Encaminhamento para exame de imagem	Todos as pessoas em investigação diagnóstica inicial e pessoas com piora cognitiva abrupta, conforme avaliação clínica
Encaminhamento para atenção especializada ambulatorial ou Equipe APS Multiprofissional (eMulti) com médico geriatra ou psiquiatra	• Demências que não preenchem perfil para atenção especializada hospitalar • Comprometimento Cognitivo Leve provavelmente secundário a Doença de Alzheimer (CCL amnésico)
Encaminhamento para atenção especializada hospitalar	• Dúvidas diagnósticas na etiologia das demências • Demência rapidamente progressiva • Demência de início pre-senil (< 65 anos) ou demências atípicas com maior necessidade de investigação etiológica • Suspeita de demência de causa genética • Necessidade de biomarcadores • Casos de difícil manejo dos sintomas neuropsiquiátricos
Encaminhamento para atenção domiciliar ou cuidados paliativos	• Pessoas acamadas ou importante dificuldade de locomoção • Demência em grau avançado e sem indicação de tratamento farmacológico • Critérios para Cuidados Paliativos ou Cuidados de fim de vida

16. Sistema de apoio e logística

Atividades de **apoio** são consideradas como suporte essencial para o atendimento das demandas e garantem uma **logística** eficiente.

Sistemas de apoio	Sistema logístico
I- Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Realização de exames complementares ao diagnóstico e tratamento do paciente de acordo com as Diretrizes Clínicas	Acesso Regulado
II- Assistência Farmacêutica necessária ao tratamento clínico do paciente de acordo com as Diretrizes Clínicas	Registro Eletrônico/Prontuário
III- Sistema de informação em Saúde que possibilite integração, registro eletrônico, todo o itinerário do paciente, Teleassistência	Sistema de Transporte

16.1 Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Todas as pessoas com quadros demenciais devem realizar exames para exclusão de causas potencialmente reversíveis. A solicitação de exames deve ser atribuição do médico generalista e especialista, consistindo em exames laboratoriais e de neuroimagem.

Os exames laboratoriais previstos nos protocolos de investigação de demência usuais (Anexo 4) já fazem parte do elenco de exames realizados pelos municípios. Os exames de neuroimagem, em especial a tomografia de crânio, estão disponíveis em todas as Regiões de Saúde, principalmente nas policlínicas. Os exames não realizados no município deverão ser solicitados junto à Central de Regulação do Estado e realizados de acordo com a disponibilidade.

Para as demências rapidamente progressivas ou casos de dúvida diagnóstica, os serviços de atenção terciária devem dispor de exames específicos para investigação desses casos de evolução atípica, como por exemplo ressonância magnética, exames do líquido, eletroencefalograma, pesquisa genética e os biomarcadores, conforme protocolo clínico vigente.

16.2 Tratamento Farmacológico

Se considerarmos que cerca de 50% das demências são preveníveis, pode-se considerar como tratamento farmacológico o controle da hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, obesidade e outros.

Quando o quadro demencial encontra-se instalado, o tratamento farmacológico aprovado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) são os anticolinesterásicos e antagonista NMDA. Até o momento sua dispensação é regida pela Portaria Conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017.

16.3 Regulação

A Regulação do acesso às ações e aos serviços referentes ao cuidado das pessoas com demência é executado por meio da Regulação, que atuará de forma estratégica na garantia do acesso do usuário aos serviços de saúde. O primeiro acesso do usuário ao serviço de saúde é a partir da Unidade de Atenção Primária à Saúde, a qual insere no sistema para avaliação do especialista. Quando há necessidade de avaliação especializada, este atendimento será regulado de acordo com a classificação de risco e prioridade e encaminhado para serviço especializado ambulatorial ou hospitalar de neurologia, geriatria ou psiquiatria.

16.4 Telessaúde em quadros demenciais

Atendimento médico por intermédio de ferramentas tecnológicas digitais, informação e comunicação. A teleconsulta é um dos serviços que integra a telemedicina por intermédio do programa de telessaúde.

O serviço de telemedicina/teleconsultoria é um serviço de apoio na perspectiva da educação permanente tendo como objetivo ampliar a autonomia e a capacidade resolutiva de quem solicita, no nível primário, assim como garantir maior celeridade na avaliação com especialista, realizar a investigação adequada dos pacientes e definir condutas na forma mais precoce possível.

Desde o ano de 2000, a teleneurologia vem sendo estudada em diversas modalidades, incluindo a teleconsulta, telereabilitação, telemonitoramento e teleducação. (Aquino, 2022)

I- Teleconsulta

De acordo com Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Rede (Telessaúde Brasil Redes):

A Teleconsultoria consiste em consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:

- a.Síncrona - teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência; ou
- b.Assíncrona - teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line;

As teleconsultorias síncronas e assíncronas do paciente com síndrome demencial possibilitam o manejo do caso sem a necessidade de grandes deslocamentos. As consultas síncronas são realizadas com equipe de saúde onde é realizado em conjunto a anamnese, exame neurológico com baterias cognitivas, solicitados exames de investigação e iniciado tratamento.

II - Telediagnóstico

Serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico por meio de distâncias geográfica e temporal;

III - Segunda Opinião Formativa

Resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS;

IV Tele-educação

Conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

O processo de solicitação e de resposta da teleconsultoria ocorre entre o médico generalista da saúde primária e um teleconsultor especialista, vinculados a um Núcleo de Telessaúde.

Ocorre na forma assíncrona, sendo mediada por um profissional Telerregulador e obedece ao prazo de 72hs, após o envio da consulta. Existem dois sistemas vinculados a SESA (Sydle e Wapp criptografado- número fornecido, registrado e monitorado pela rede SESA).

O profissional solicitante não precisa se preocupar em escolher um profissional ou um especialista para responder as questões que irá enviar, pois essa tarefa cabe ao Telerregulador.

Nas teleconsultorias, os profissionais podem enviar suas dúvidas referentes aos casos clínicos, exames, fotos... Caso se veja a necessidade de uma consulta presencial com especialista mais urgente, pode-se passar os dados do paciente para o especialista e este consegue priorizar a regulação.

V- Telerregulação

A Telerregulação deve ser regulada pelo médico regulador garantindo que as decisões sejam tomadas com base em critérios clínicos rigorosos e atualizados. Dessa forma esse processo apresenta um potencial significativo para aprimorar o sistema de saúde, otimizando o fluxo de pacientes, garantindo atenção qualificada e acelerando o atendimento aos casos mais graves. Como também podendo haver integração com Telemedicina para casos complexos.

VI- Benefícios da Telerregulação:

- Promove a educação permanente por meio da interação permanente entre médico especialista e médico da UBS
- Apoia e orienta a decisão dos médicos das UBS
- Reduz o tempo de agendamento e regulação das solicitações
- Aumenta a resolutividade dos casos

OBS: Pacientes refratários ao tratamento podem ser encaminhados para o setor secundário para melhor avaliação diagnóstica e orientação de tratamento com posterior encaminhamento a unidade de atenção primária à saúde, à atenção especializada ou ao setor terciário, se necessário.

17. Estratégias para Implantação da Linha de Cuidado

Para implantação de uma Linha de Cuidado, é preciso a organização da rede de saúde, da integração multiprofissional, vários fatores que interferem no processo. É um processo de curto e médio prazo na medida que muitas linhas de cuidado, dependendo da complexidade.

Exigem-se: Apoio político do Gestor, mudanças estruturais, especialistas, nem sempre disponíveis, depende que da organização da rede assistencial, sistema de apoio (Assistência Farmacêutica, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Suporte assistencial, Sistema de Informação, equipamentos, materiais, insumos, qualificação), sistema logístico (Regulação, Registro Eletrônico/ Prontuário/Transporte Sanitário), Organização de serviços (Diretrizes, normas, procedimentos, fluxos operacionais, protocolos, planejamento, Liderança, instrumentos de monitoramento e avaliação).

A definição dos pontos de atenção e referências regionais e as estratégias de implantação serão estabelecidas em pactuações regionais.

18. Sistema de informações

É fundamental a formalização da fonte de informações para o monitoramento e tomada de decisão dos gestores. Os pontos de atenção devem dispor de informações e registrar os sistemas estabelecidos, pois atualmente sabe-se que o Alzheimer e outras demências são subnotificados, tanto por baixo rastreamento, baixa confirmação diagnóstica e sub registro nos sistemas de informação.

19. Monitoramento e Avaliação

Serão considerados para monitoramento e avaliação os seguintes indicadores:

Quadro 03- Indicadores para monitoramento

Indicador	Tipo	Cálculo	Descrição	Periodicidade	Área responsável
Percentual de idosos que recebem medicamento específico para demencia	Indicador de processo	No. de pessoas maior ou igual a 60 anos que receberam medicação específica para demência/ N. de pessoas com 60 anos ou mais no Ceará	Número de pessoas que receberam rivastigmina, galantamina, donepezila ou memantina conforme o sistema Hórus especializado / N. de pessoas com 60 anos ou mais no Ceará conforme IPECE	Semestral	Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde (COPAF)
Tempo de Espera por atendimentos no Serviço de atenção especializada ambulatorial	Indicador de Qualidade	Tempo médio de espera para primeiro atendimento na atenção especializada ambulatorial	Médio do tempo de espera (em dias) na fila da Central de Regulação do Estado para primeiro atendimento na atenção especializada ambulatorial (neurologia - demências, geriatria - demências e psiquiatria - demências) no período de 6 meses	Semestral	Coordenadoria de Regulação do Sistema de Saúde (COREG)

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Constituição Federal de 05 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: Acesso em: 1jun/2023
2. _____. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: Acesso em: 1jun/2023
3. ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **What Is Alzheimer's? 2022** Disponível em: <<https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers>>. (<https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers>)
4. SMID, J. et al. Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico sindrômico: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia&Neuropsychologia**, v. 16, n. 3, p. 1–24, 28 nov. 2022.
5. ZISSIMOPOULOS, Julie; CRIMMINS, Eileen; ST. CLAIR, Patricia. The value of delaying Alzheimer's disease onset. In: **Forum for Health Economics and Policy**. De Gruyter, 2015. p. 25-39.
6. CUSTODIO, Nilton et al. Dementia in Latin America: epidemiological evidence and implications for public policy. **Frontiers in aging neuroscience**, v. 9, p. 221, 2017.
7. LOPERA, Francisco et al. A task force for diagnosis and treatment of people with Alzheimer's disease in Latin America. **Frontiers in Neurology**, v. 14, 2023.
8. Linhas de Cuidado das Pessoas com Demência da Secretaria de Atenção Primária do MS atualizado em 16/03/2022 <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/demencia/>
9. NITRINI, R. et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n. 4, p. 622–630, ago. 2009.
10. NICHOLS, E. et al. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet Neurology**, v. 18, n. 1, p. 88–106, jan. 2019.
11. SUEMOTO, C. K. et al. Risk factors for dementia in Brazil: Differences by region and race. **Alzheimer's & Dementia**, v. 09, n. 19, 3 nov. 2022.

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário de Mudança Cognitiva (QMC 22)

QUESTIONÁRIO DE MUDANÇA COGNITIVA			
Lembre-se: “sim, uma mudança” indica que você pensa que tem havido mudança (alteração) nos últimos anos causada por problemas cognitivos (pensamento e memória)	Sim, uma mudança (Uma alteração)	Não, nenhuma mudança (alteração)	N/A (Não se aplica ou não disponível)
1) Dificuldade para aprender como usar um instrumento, eletrodoméstico ou outro aparelho (p.ex.: telefone celular, computador, micro-ondas, controle remoto).	Sim ()	Não ()	Não se aplica ()
2) Esquece o mês e o ano corretos.	Sim ()	Não ()	Não se aplica ()
3) Dificuldade para usar o telefone para fazer ligações.	Sim ()	Não ()	Não se aplica ()
4) Dificuldade para usar carro, ônibus, táxi ou barco sozinho.	Sim ()	Não ()	Não se aplica ()
5) Dificuldade para tomar remédios sem supervisão.	Sim ()	Não ()	Não se aplica ()
6) Dificuldade para se manter atualizado sobre os fatos importantes da comunidade ou país.	Sim ()	Não ()	Não se aplica ()
7) Dificuldade para expressar opiniões próprias sobre assuntos de família.	Sim ()	Não ()	Não se aplica ()
8) Dificuldade para sair para uma caminhada sozinho e voltar para casa sem perder-se.	Sim ()	Não ()	Não se aplica ()
TOTAL			

Anexo 2 - Mini exame do estado mental (MEEM)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

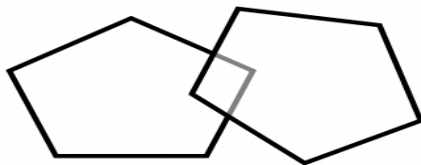
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (____/30)



Anexo 3 - Pontos de corte do MEEM baseado na escolaridade

MEEM < 26 para pacientes com 8 ou mais anos de escolaridade;

MEEM < 24 para pacientes com 4 ou mais anos de escolaridade;

MEEM < 21 para pacientes com menos de 4 anos de escolaridade;

Anexo 4 - Métodos diagnósticos

Para casos usuais: Um exame de imagem cerebral – tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) e exames laboratoriais – hemograma completo, eletrólitos (sódio, potássio, cálcio), glicemia, uréia e creatinina, TSH e alanino-aminotransferase (ALT/TGP), aspartato-aminotransferase (AST/TGO), vitamina B12, ácido fólico –, sorologia sérica para sífilis (VDRL) e HIV (em pacientes com menos de 60 anos).

Para casos específicos (atenção terciária): testes genéticos para demência de corpos de Lewy ou doença de Creutzfeld-Jakob, genotipagem da ApoE para DA, eletroencefalograma, punção lombar, tomografia por emissão de pósitrons (pósitron emission tomography), marcadores genéticos para DA, marcadores biológicos no líquido ou outros para DA e mutações da proteína Tau e mutações gênicas da DA em pacientes com demência fronto temporal. A punção lombar deve ser procedida apenas nos casos de suspeita de câncer metastático, de infecção do sistema nervoso central (SNC) e em pacientes com sorologia sérica reativa para sífilis, hidrocefalia, idade menor de 55 anos, demência rapidamente progressiva ou não usual, imunossupressão e suspeita de vasculite do SNC.