# Daniela Tonellotto dos Santos

# Funcionalidade global, da deglutição e da comunicação de idosos com comprometimento cognitivo avançado

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Leticia Lessa Mansur

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

SÃO PAULO 2018

# Daniela Tonellotto dos Santos

# Funcionalidade global, da deglutição e da comunicação de idosos com comprometimento cognitivo avançado

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Leticia Lessa Mansur

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

SÃO PAULO 2018

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

#### Preparada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

#### ©reprodução autorizada pelo autor

Santos, Daniela Tonellotto dos
Funcionalidade global da deglutição e da
comunicação de idosos com comprometimento cognitivo
avançado / Daniela Tonellotto dos Santos. -- São
Paulo, 2018.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação. Orientadora: Leticia Lessa Mansur.

Descritores: 1.Deglutição 2.Comunicação 3.Doença de Alzheimer 4.Demência 5.Cognição 6.Idoso

USP/FM/DBD-388/18

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

# Dedicatória

Aos meus pais Neide e Waldir, por tudo.

#### **Agradecimentos**

À minha orientadora, Profa. Dra. Letícia Lessa Mansur, por sua generosidade, confiança, paciência e ensinamentos. Um grande exemplo de sabedoria e força, uma grande inspiração. Meu profundo respeito, carinho e admiração.

Ao meu filho Andreus Levi, sempre comigo, meu maior orgulho, meu presente, minha vida.

Ao meu amado esposo Fábio, por acreditar, por nunca titubear, pela parceria, incentivo, apoio, paciência e carinho inabaláveis, todos os dias. Para mim é claro que cheguei até aqui, por estar de mãos dadas com ele.

À minha irmã, Patrícia, por ter se feito disponível quando foi preciso.

Aos meus sobrinhos, Gabriel, Miguel, Nicole e Enzo, para que se apoderem do poder transformador da educação.

Aos meus sogros Sr. Irineu Comis e Sra. Laura Guerrero Comis e minha cunhada Virgínia Comis, pelo exemplo de vida e pelo carinho de sempre.

À Dra. Lilian Schafirovits Morillo, à Dra. Cristina Passarelli e ao Prof. Wilson Jacob Filho, por me acolherem no Ambulatório de Comprometimento Cognitivo Avançado do Serviço de Geriatria da Divisão de Clínica Médica do Hospital das Clínicas, pela confiança no meu trabalho e por fazerem questão de contar com fonoaudiólogos em suas equipes.

Ao Dr. Juliano Silveira, grande parceiro do ambulatório, por sua curiosidade em Fonoaudiologia e por sua disponibilidade em levar adiante os ganhos que a parceria geriatra e fonoaudiólogo podem proporcionar aos pacientes.

Aos pacientes do Ambulatório de Comprometimento Cognitivo Avançado e seus familiares, pela confiança.

Às supervisoras que tive a sorte de ter no Aprimoramento em Neuro-Geriatria, Dra. Sheila Medeiros, Dra. Marcela Silagi, Ms. Tharsila Moreira e Vivian Romero, que dividiram comigo seu conhecimento de forma generosa.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação, Profa. Nair Kátia Nemr, Profa. Marina Padovani e Dr. José Roberto Wajman, pelas revisões e recomendações para aprimorar meu trabalho, minha gratidão.

Aos meus professores da graduação e depois colegas de trabalho, Profa. Lucy Tedesco e Profa. Ms. Mariana Trenche, pela receptividade e generosidade quando me tornei docente. A Profa. Ms. Roberta Busch, pela inspiração para a área de Neurologia, a Profa. Marina Padovani, por acreditar, me apoiar e incentivar a alçar voos sempre mais altos, a Profa. Taísa Gianecchini, por sua amizade e apoio, a Profa. Paula Toledo, que me mostrou, que uma fonoaudióloga pode estar onde desejar estar. A todas, minha gratidão e carinho.

Ao Dr. João Carlos Papaterra Limongi por ser meu médico e meu amigo.

Às minhas amigas da graduação em fonoaudiologia, por me acompanharem durante todo esse caminho, Daniela Doi, Quelli de Oliveira e Bruna Morales.

Às minhas amigas do Aprimoramento em Neuro-Geriatria, Karen Lobrigate, Fabiana Melo e Tatiana Romeiro, por todos os momentos juntas, mesmo depois de concluída a pós-graduação.

A Professora e amiga Luciana Zanato, pelo carinho, apoio e amizade.

A minha amiga Ana Paula Borges que está comigo para tudo, desde sempre.

A Deus, por colocar tantas pessoas incríveis no meu caminho.



#### Normalização adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª edição. São Paulo: Divisão de Biblioteca de Documentação; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos conforme *List of Journals Indexed in Index Medicus.* 

# Sumário

	Sumario			
Lista d	e abreviaturas			
Lista d	e tabelas			
Lista d	Lista de figuras			
Lista d	e anexos			
Resum	10			
Sumar	y			
1.	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA1			
2.	OBJETIVOS4			
3.	REVISÃO DA LITERATURA			
3.1.	Tipos de demências degenerativas5			
3.2.	Sintomas comportamentais e psicológicos da demência 6			
3.3.	Principais aspectos cognitivos e linguísticos nas demências			
	degenerativas			
3.4.	Funcionalidade nas demências degenerativas 10			
3.5.	Demência Grave			
3.6.	Medidas farmacológicas na demência grave			
3.7.	Deglutição e disfagia13			
3.8.	A relação cognição e disfagia15			
3.9.	Disfagia nas fases moderada e grave das demências16			
3.10.	Comunicação no curso das demências			
4.	MÉTODO			
4.1.	Desenho do estudo e casuística			
4.2.	Critérios de elegibilidade			
4.2.	1.Inclusão			
4.2.2	2.Exclusão			
4.3.	Materiais e procedimentos: fonte de dados dos pacientes com demência			
	avançada			

	4.3.1	.Avaliação global	21
	4.3.2	Avaliação Fonoaudiológica2	22
	4.4.	Tratamento estatístico dos dados	24
5.		RESULTADOS2	26
	5.1.	Aspectos descritivos	26
6.		DISCUSSÃO3	38
7.		CONCLUSÕES5	50
8.		ANEXOS5	51
9.		REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS8	30

#### Lista de Abreviaturas

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACCA – Ambulatório de Comprometimento Cognitivo Avançado

ACE – Atividade de Comunicação em Enfermarias

ADCS ADL - Activities of Daily Living Inventory

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AI – Ausência de Informação

APA – American Psychiatric Association

APP – Afasia Progressiva Primária

ASHA - American Speech Hearing Association

ASHA NOMS – American Speech-Language-Hearing Association National Outcome Measurement System.

AVCh – Acidente Vascular Cerebral hemorrágico

bpm - batimentos por minuto

CAPPesq – Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

CEREDIC – Centro de Referência em Distúrbios Cognitivos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

CCL – Comprometimento Cognitivo Leve

CDR - Clinical Dementia Rating Scale

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CSDD - Cornell Scale for Depression in Dementia

DA – Doença de Alzheimer

DCL – Demência com Corpus de Lewy

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DFT – Demência Fronto Temporal

DFTvc – Demência Fronto Temporal variante comportamental

DLFT – Degeneração Lobar Frontotemporal

DM - Diabetes Mellitus

DP – Doença de Parkinson

DP - Desvio Padrão

DV - Demência Vascular

ECDD – Escala Cornell de Depressão em Demência

FAST - Functional Assessment Staging

FASTmod – Escala de Estadiamento Funcional modificada

FC – Frequência Cardíaca

FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

GTT - Gastrostomia

HAS – Hipertensão Arterial

HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HPN – Hidrocefalia de Pressão Normal

INP – Inventário Neuropsiquiátrico

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFCI - Inpatient Functional Communication Interview

IQ – Intervalo Interquartil

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

MEEM-g – Mini Exame do Estado Mental grave

MLG - Modelo Linear Generalizado

NPI – Neuropsychiatric Inventory

OMS - Organização Mundial da Saúde

RP - Razão de Prevalência

SCPD – Sintomas Comportamentais e Psicológicos nas Demências

SNC - Sistema Nervoso Central

SpO2 - Saturação periférica da Oxihemoglobina

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VAA – Via Alternativa de Alimentação

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Instrumentos de Avaliação Global – ACCA
Tabela 2 - Instrumentos de Avaliação Fonoaudiológica no ACCA
Tabela 3 - Características dos sujeitos quanto ao gênero, idade e escolaridade
Tabela 4 - Diagnóstico médico e comorbidades associadas ao quadro demencial.
Tabela 5 - Pontuação dos sujeitos nas escalas CDR, MEEM-g, FAST, ADCS-ADL e PFEFFER
Tabela 6 - Pontuação dos sujeitos na avaliação neuropsiquiátrica – INP e ECDD.
Tabela 7 – Avaliação Fonoaudiológica estrutural, segundo gravidade da funcionalidade global medida pela escala FAST
Tabela 8 – Avaliação funcional da deglutição
Tabela 9 – Vias de alimentação e tipo de dieta, segundo gravidade da funcionalidade global medida pela escala FAST
Tabela 10 – Funcionalidade da comunicação – Questionário de Atividade de Comunicação em Enfermarias (ACE) e Escala de Comunicação de Goodglass.
Tabela 11. Associação entre a gravidade da funcionalidade global (FAST), segundo escalas ADCS ADL, Pfeffer, ASHA NOMS, Goodglass, ACE, CDR, ECDD, MEEM-g e INP
Tabela 12. Modelo múltiplo hierárquico dos fatores associados à gravidade da funcionalidade global (FAST ≥7A)

# Lista de Figuras

Figura	1 -	<ul><li>Modelo</li></ul>	hierárquico	conceitual	proposto	para	avaliar	os	fatores
associa	ado	s à gravida	ade da escala	a FAST					36

# Lista de Anexos

Anexo A – Aprovação CAPPesq 52
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 55
Anexo C – Mini-Mental State Examination (MMSE) / Mini Exame do Estado Mental (MEEM)
Anexo D - Severe Mini-Mental State Examination (SMMSE) / Mini Exame do Estado Mental Grave (MEEM-g)
Anexo E – Clinical Dementia Rating Scale (CDR) / Escore Clínico de Demência
Anexo F- Hachinsk Ischemic Scale / Escore Isquêmico de Hachinski 65
(Hachinski, 1975) 65
Anexo G – Pfeffer Functional Activities Questionnaire (FAQ) / Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer
Anexo H – Activities of Daily Living Inventory (ADCS-ADL) / Inventário de Atividades de Vida Diária
Anexo I – Functional Assessment Staging (FAST) / Avaliação da Evolução funcional
Anexo J – Neuropsychiatric Inventory (NPI) / Inventário Neuropsiquiátrico (INP)
Anexo K – Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) / Escala Cornel para Depressão na Demência (ECDD)
Anexo L – Protocolo Institucional de Avaliação Fonoaudiológica (ACCA) 74
Anexo M – Inpatient Functional Communication Interview (IFCI) / Questionário de Atividades de Comunicação (ACE)
Anexo N – Profile of the characteristics of gravity and the production of language.  Perfil das Características da Gravidade e da Produção da Linguagem
Anexo O – Swallowing Rating Scale / Escala de Classificação da Disfagia 79

#### Resumo

Santos DT. Funcionalidade global, da deglutição e da comunicação de idosos com comprometimento cognitivo avançado. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo: 2018.

INTRODUÇÃO: A demência ou comprometimento cognitivo avançado é um problema frequente e cada vez mais prevalente na população idosa. A maioria dos pacientes com demência desenvolve disfagia especialmente na fase avançada da doença e tem alto risco de morte por pneumonia aspirativa. Inúmeras são as discussões a respeito da funcionalidade dos idosos com quadros demenciais; todavia, a deglutição não faz parte das escalas de funcionalidade. Além disso, a avaliação da comunicação, segue critérios equivocados, como "quantidade de palavras emitidas por dia". OBJETIVOS: Traçar o perfil das dificuldades de deglutição e comunicação em pacientes com comprometimento cognitivo avançado, identificar indicadores de disfagia e distúrbios da comunicação que se associem com a classificação da funcionalidade global da escala FAST e propor a inclusão de parâmetros de disfagia e funcionalidade da comunicação na escala FAST. MÉTODOS: Foram coletados dados de 107 pacientes no banco de dados do Ambulatório de Comprometimento Cognitivo Avançado (ACCA) do Serviço de Geriatria do HCFMUSP. Foram realizadas análises descritivas dos perfis de funcionalidade e correlações entre funcionalidade global, da deglutição e da comunicação dos sujeitos. RESULTADOS: 67% da amostra era do sexo feminino, com idade média de 83 anos, destros, com 4 anos de escolaridade média. Quanto ao diagnóstico, 34% da amostra foi diagnóticada com DA, 32% com demência mista (DA e DV), 21% com DV e 13% com demências menos frequentes. Em relação ao estadiamento da demência, a maioria dos sujeitos foi classificada com CDR 3 e MEEM-g 9, que corresponde a demência grave. Em média, os pacientes apresentaram cinco ou mais comorbidades associadas à demência, além de sintomas neuropsiquiátricos e neuropsicológicos. Quanto à avaliação fonoaudiológica estrutural dos órgãos fonoarticulatórios, 100% apresentou alteração nos mecanismos de contenção oral e 77% apresentou alteração de proteção das vias aéreas. Em relação a funcionalidade da deglutição, 92% da amostra pode receber dieta por via oral de forma segura, desde que observadas restrições e adaptações na dieta, além de estratégias compensatórias. Quanto à funcionalidade da comunicação, 38% não utilizaram linguagem funcional; 48% apresentaram expressão oral fragmentada com necessidade de o ouvinte/cuidador assumir a responsabilidade pela comunicação; em 14% a responsabilidade da comunicação foi compartilhada com o ouvinte. CONCLUSÃO: Foram traçadas as características do perfil, das alterações de deglutição e de comunicação dos sujeitos com comprometimento cognitivo avançado. Todavia, ainda que os perfis de deglutição e comunicação declinem conforme a funcionalidade global, na população estudada, não foi possível identificar associação entre o nível da FAST e a gravidade da disfagia ou da comunicação. O estudo contribuiu com dados sobre a funcionalidade da deglutição e da comunicação dos sujeitos com comprometimento cognitivo avançado, desconsiderados pelas tradicionais escalas de funcionalidade.

Descritores: deglutição, comunicação, doença de Alzheimer, demência, cognição, idoso.

#### **Abstract**

Santos DT. Global functionality, swallowing and communication of elderly people with advanced cognitive impairment. [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018.

INTRODUCTION: Dementia with advanced cognitive impairment is a frequent and increasingly prevalent problem in the elderly population. Most patients with dementia develop dysphagia especially at an advanced stage of the disease and are at high risk of death from aspiration pneumonia. There are many discussions about the functionality of elderly people with dementia; however, swallowing is not part of the functionality scales. Furthermore, the evaluation of communication follows misguided criteria as quantities of words per day. OBJECTIVES: To outline the difficulties of swallowing and communication in patients with advanced cognitive impairment and to identify indicators of dysphagia and communication disorders associated with the classification of the global functionality of the FAST scale and propose the inclusion of dysphagia parameters and communication functionality in the FAST scale. METHODS: Data from 107 patients were collected from the Advanced Cognitive Compromising Ambulatory (ACCA) database of the Geriatric Service of the HCFMUSP from January to December 2016. Descriptive analyzes of functional profiles and correlations between global functionality of swallowing and the communication of the subjects. RESULTS: 67% of the sample was female, with a mean age of 83 years, right-handed, with 4 years of average schooling. Regarding the diagnosis, 34% was diagnosed with AD, 32% with mixed dementia (AD and DV), 21% with DV and 13% with less frequent dementias. Regarding staging of dementia, the majority of subjects were classified as CDR 3 and MMSE-g 9, which corresponds to severe dementia. On average, patients had five or more comorbidities associated with dementia, as well as neuropsychiatric and neuropsychological symptoms. Regarding the structural speech-language evaluation of the speech-language organs, 100% of the sample presented alterations in oral containment mechanisms and 77% presented alterations in airway protection. Regarding swallowing functionality, 92% of the sample can receive oral diet safely, provided dietary restrictions and adaptations are observed, as well as compensatory strategies. Regarding

communication functionality, 38% did not use functional language; 48% have fragmented oral expression and the listener / caretaker assumes responsibility for communication; 14% the responsibility for communication was balanced with the listener. CONCLUSION: Characteristics of the subjects' profile, the swallowing and communication changes of the subjects with advanced cognitive impairment were drawn. However, although the swallowing and communication profiles declined according to the global functionality, in this population it was not possible to identify an association between the global functional level of FAST and the severity of dysphagia and communication. The study contributed data on the functionality of swallowing and communication of subjects with advanced cognitive impairment, neglected by traditional scales of functionality.

Descriptors: deglutition; communication; Alzheimer disease; dementia; cognition; aged.

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) a composição populacional por grupos etários, indica que o Brasil mantém a tendência de envelhecimento demográfico dos últimos anos e superou a marca dos 30,2 milhões de idosos em 2017.

Nos últimos cinco anos, houve incremento da participação percentual de idosos na população brasileira, da ordem de 18% desse grupo etário cada vez mais proeminente no país, composto pela maioria feminina, 16,9 milhões (56%), e 13,3 milhões de homens idosos (44%).

De acordo com uma análise internacional das projeções populacionais realizada pelas Nações Unidas (World Employment and Social Outlook, 2015), é esperado aumento significativo na proporção dos brasileiros com mais de 60 anos nas próximas décadas. Em 2070, a estimativa é que a proporção dos cidadãos idosos brasileiros alcance expressivos 35% do total da população.

A mesma análise chama atenção, ainda, para a velocidade em que ocorre a transformação do perfil etário brasileiro. Em comparação com a evolução do perfil demográfico mundial, que prevê dobrar o percentual de idosos em 55,8 anos, o Brasil dobrará este percentual em apenas 24,3 anos, ainda que tenha apresentado percentuais de número de idosos, semelhantes à população mundial em 2015. Mesmo em relação aos países em desenvolvimento, o Brasil desponta como acelerado no processo de envelhecimento populacional.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que configura conquista social e reflete melhoria das condições de vida e saúde de um povo; contudo, resulta em modificações relevantes nos indicadores de morbidade e mortalidade, em função do incremento na incidência de doenças crônicas e incapacitantes.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública mundial, especialmente em se tratando de idosos.

A literatura aponta que entre as DCNT mais prevalentes na senescência, sobressaem-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM), as doenças cardíacas e cerebrovasculares, as doenças respiratórias crônicas, o câncer e a demência (Barreto, 2015).

A demência é uma síndrome representada pelo declínio cognitivo ou do comportamento do sujeito, capaz de comprometer suas atividades profissionais e sociais (Brucki, 2015; Nitrini, 2015).

Para a *American Psychiatric Association* (APA), demência é uma expressão empregada para retratar um conjunto de manifestações relacionadas ao declínio cognitivo e funcional, geralmente de etiologia neurodegenerativa.

Segundo o Consultation on the Development of the Global Dementia Observatory (World Health Organization, 2017), a demência "é uma síndrome crônica e progressiva causada por uma variedade de doenças cerebrais que engloba manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas que afetam a memória, o pensamento, o raciocínio, a linguagem e o comportamento e impactam na funcionalidade do sujeito". Não se trata de uma condição normal.

Estudos referem à frequência dos distúrbios da deglutição e das alterações de comunicação, como condições altamente prevalentes na população idosa com comprometimento cognitivo avançado (Takizawa et al, 2016; Klimova, 2016).

Whirth et al (2016, 2018) e Popman (2018) discorreram sobre a ocorrência desnutrição, desidratação e mortalidade em consequência da disfagia.

Outro aspecto, é o impacto socioeconômico que aponta incremento de um trilhão de dólares aos custos globais com demência no mundo (World Health Organization, 2017).

No Brasil, o estudo de Ferretti et al, evidenciou o alto impacto do custo indireto da demência e mostrou que quanto mais grave a demência, maiores os custos, sendo que, no Brasil, esses custos superam os estimados em outros países da américa latina. Os custos indiretos estão relacionados à perda ou redução da renda do cuidador, que geralmente, é escolhido no círculo familiar,

abdicando de outras atividades para exercer os cuidados. Os autores também discutem o impacto na saúde dos cuidadores, em vista do alto índice de estresse emocional envolvido na atividade.

A presente investigação nasceu da necessidade de sistematizar a avaliação, diagnóstico e intervenção no que tange à disfagia e alterações linguístico-cognitivas, apresentada por esses pacientes.

O estudo justifica-se pela ausência de escalas de funcionalidade na demência, que levem em conta o nível de disfagia e de funcionalidade da comunicação no comprometimento cognitivo avançado e o impacto dessa realidade no manejo destes pacientes. A escala mais utilizada para avaliar pacientes em estágio avançado, a *Functional Assessment Staging* – FAST (Reisberg, 1988), aborda de maneira vaga questões de comunicação e não aborda deglutição.

### 2. OBJETIVOS

- 1) Traçar o perfil das dificuldades de deglutição e comunicação em pacientes com comprometimento cognitivo avançado.
- 2) Identificar indicadores de disfagia e distúrbios da comunicação que se associem à classificação da funcionalidade global da escala FAST.
- 3) Propor a inclusão de parâmetros de disfagia e funcionalidade da comunicação na escala FAST.

## 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1. Tipos de demências degenerativas

Segundo o informe mundial sobre a doença de Alzheimer *World Alzheimer Report* (Prince, 2015), atualmente mais de 46,8 milhões de pessoas vivem com demência em todo o mundo e estima-se que esse número deva aumentar para 71,7 em 2030 e 131,5 milhões em 2050.

Dentre as síndromes demenciais, a doença de Alzheimer (DA) corresponde a mais da metade dos casos de demência (Brucki et al, 2015). A DA caracterizase, sob a ótica anatomopatológica, por atrofia cortical, especialmente na formação hipocampal e regiões corticais associativas, além dos emaranhados neurofibrilares e placas senis, que configuram as alterações histológicas características (Brucki et al, 2015).

A demência vascular (DV) é o segundo tipo mais frequente de demência e as doenças cérebro vasculares, frequentemente podem estar associadas à DA, compondo um quadro misto. A DV pode se dar em decorrência de uma única lesão em região estratégica como tálamo ou giro angular esquerdo ou por acidentes vasculares hemorrágicos (AVCh) extensos com a ocorrência dos sintomas demenciais em até três meses do AVCh, na ocorrência de sintomas cognitivos em degraus ou devido múltiplos pequenos infartos (Radanovic, 2014; Brucki et al, 2015).

Conforme apontado na literatura, (Rabinovici et al 2010; Brucki et al, 2015, Irwin et al 2015), as degenerações cerebrais focais, compõem um grupo de demências denominado degeneração lobar frontotemporal (DLFT) que é subdividido em demência frontotemporal variante comportamental (DFTvc) cuja principal manifestação é comportamental, a afasia progressiva primária (APP) que se subdivide nas variantes logopênica, não fluente ou agramática e semântica. O critério para o diagnóstico desses subtipos é clínico, de acordo com as manifestações cognitivas.

As demências com manifestações motoras incluem a demência por corpus de Lewy (DCL) e a demência na doença de Parkinson (DP). A DCL se dá em decorrência do acúmulo anômalo de sinucleína intraneuronal, condição em que o paciente pode apresentar alterações cognitivas flutuantes, alucinações visuais e parkinsonismo. Já na demência na doença de Parkinson, há importante comprometimento das funções executivas (Machado, 2006; Tumas, 2012; Takada, Areza-Fegyveres, 2012; Brucki et al, 2015).

O diagnóstico sindrômico de demência implica a comprovação objetiva de comprometimento cognitivo, incluindo memória, linguagem, praxias, gnosias, funções executivas, habilidades visuo-espaciais, personalidade ou comportamento e funcionalidade na vida diária (Brucki et al, 2015).

#### 3.2. Sintomas comportamentais e psicológicos da demência

Os sintomas comportamentais e psicológicos nas demências (SCPD), também conhecidos como sintomas neuropsiquiátricos ou manifestações neuropsiquiátricas da demência cursam com as síndromes demências em 80% ou até 90% dos casos (Caramelli, Botinno, 2007; Gauthier et al, 2010; Magierski, Tomazs, 2016). Eles incluem apatia, depressão, ansiedade, agitação, agressividade, comportamento motor aberrante, alteração da percepção, alucinações, perambulação e vocalizações anormais.

Em Barcelona, um estudo realizado com 104 sujeitos com idades entre 65 e 93 anos, com deterioração mental grave, de acordo com pontuação no MEEM, identificou como SCPD mais frequentes os delírios, as alucinações, a agitação desinibição, irritabilidade, comportamento motor aberrante, depressão e ansiedade (Caramelli, Botinno, 2007; Gauthier et al, 2010; Magierski, Tomazs, 2016).

Em Toronto, pesquisadores ampliaram a discussão sobre a presença precoce de SCPD anterior ao diagnóstico de demência, como alterações do humor e sono, ansiedade, agitação e apatia e seu impacto na percepção, controle de impulsos e regulação das emoções. Os autores acreditam que tais

sintomas precedem o surgimento da demência em uma ou duas décadas (laboni, Rapoport, 2017).

Pesquisadores japoneses, em uma amostra de 27 pacientes com média de idade de 77,5 anos, diagnosticados com demência com Corpus de Lewy moderada a grave, identificaram como SCPD mais frequentes na população estudada, alucinação 27 (100%), ilusão 23 (79,3%), apatia 14 (59,1%), agitação, depressão e ansiedade 14 (44,4%), irritabilidade 11 (40,7%), comportamento motor aberrante 8 (29,6%) e desinibição 6 (22,2%) (Yoshida et al, 2015).

Em Seattle (Sadak et al, 2013), um estudo baseado em banco de dados de 3.768 pacientes atendidos entre 2005 e 2011, com idade mínima de 65 anos, diagnosticados como DA, DCL, DFTvc, DV ou demência mista nos estágios leve, moderado e grave, verificou, por meio de análise de regressão, que a ocorrência dos SCPD (agitação, agressão, depressão/ disforia, ansiedade, irritabilidade/labilidade emocional) diferiu significativamente entre os tipos e estágios de demência.

Os pacientes diagnosticados com DA, apresentaram maior incidência de depressão/disforia e ansiedade. Os resultados foram semelhantes na ocorrência de sobreposição de DA e DCL. Já na DFTvc, foi maior a incidência de agitação/agressividade.

A prevalência de ansiedade e irritabilidade/labilidade emocional foi mais evidente nos estágios moderados de demência, e a agitação/agressividade foi mais predominante nas demências graves (Sadak et al, 2014).

Truzzi et al (2013), realizaram estudo cooperativo entre Brasil e Noruega. A amostra foi composta por 168 brasileiros diagnosticados com DA, DV ou ambas as demências e 155 noruegueses, diagnosticados com DA ou DA e DV, em fases moderada a grave, e apontaram como SCPD mais frequentes na amostra brasileira, apatia (80,4%), agitação (45,8%) e comportamento motor aberrante (45,8%). Na amostra norueguesa, os sintomas mais frequentes foram apatia (72,3%), disforia (61,9%) e ansiedade (52,3%).

Em um estudo realizado em Vitória do Espírito Santo – ES com 50 pacientes com DA, sendo 78% dos sujeitos da amostra, em estágio moderado a grave da demência, verificou-se como SCPD mais frequentes o comportamento motor aberrante (66%), agitação (66%) e apatia (56%), presentes em 98% da amostra.

Um estudo realizado na cidade de São Paulo, com pacientes em fase grave da DA, observou como SCPD mais frequentes, apatia (53,3%), depressão (38,3%) e ansiedade (25%) (Bremenkamp et al, 2014).

Na cidade de Ribeirão Preto, um estudo realizado com 96 idosos com idades entre 66 e 96 anos, não discriminou a gravidade dos casos. Entre eles, 54 (56,2%) foram diagnosticados com DA 42 (43,7%) e com demência mista (DA e DV). A SCPD mais frequente na população estudada, foi apatia/indiferença em 61 (63,5%), seguida por disforia/depressão em 57 (59,4%), agitação/agressividade em 48 (50%) e comportamento motor aberrante em 48 (50%) (Storti et al, 2016).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, com uma amostra de 57,1% de pacientes com DA moderada a avançada, os SCPD mais prevalentes foram, apatia (76,5%), alterações psicomotoras (67,6%), depressão e ansiedade (58,8%), delírio (41,2%), alucinação (26,5%) (Vega et al, 2007).

Adicionalmente, a perda auditiva tão prevalente na população idosa, parece funcionar como fator causal para depressão, ansiedade e sintomas de estresse (Mener, 2013).

Os estudos divergem quanto aos principais SCPD mais frequentes nas demências. Concordam, porém, quanto aos impactos dos SCPD na piora da cognição, funcionalidade, curso da demência, assim como na qualidade de vida dos sujeitos.

# 3.3. Principais aspectos cognitivos e linguísticos nas demências degenerativas

O comportamento é regido por meio do funcionamento de sistemas integrados: a afetividade, a cognição, com especial destaque das funções executivas, responsável pela associação e manipulação da percepção, atenção, memória, raciocínio, imaginação, pensamento, julgamento e linguagem (Lezak, 1995).

A DA é marcada principalmente pela perda da memória episódica anterógrada (recente), repetição de informações e perguntas, perda de objetos pessoais e dificuldade de aprendizagem. Pode haver comprometimento da percepção e da atenção, especialmente a dividida e comprometimento das funções executivas, particularmente nas capacidades de julgamento, tomada de decisão, raciocínio abstrato e resolução de problemas. Quanto à linguagem, observa-se na fase inicial, fala vaga, empobrecida e com circunlóquios, leve anomia e dificuldade para listar palavras. Na fase moderada, observa-se piora da situação linguística da fase anterior, com anomia, parafasias semânticas, dificuldade na conversação e prejuízo da compreensão sintática oral e escrita. Na fase grave, ecolalia e/ou mutismo (Brucki, Porto, 2012; Caixeta et al, 2014; Parmera, Nitrini, 2015).

Na DV, o comprometimento linguístico cognitivo poderá ser bastante variável, a depender das regiões acometidas, assim como da quantidade e extensão das lesões, não seguindo um padrão único. Todavia, frequentemente observa-se prejuízo das funções cognitivas, atenção, funções executivas, memória, gnosias, assim como da funcionalidade do sujeito. As manifestações linguísticas poderão ser afásicas e/ou apráxicas (Matioli e Caramelli, 2012); Parmera, Nitrini, 2015).

A DLFT caracteriza-se por distúrbios progressivos do comportamento e/ou das funções executivas. Na DLFTvc são observadas confabulações, rigidez mental e inflexibilidade de pensamento. Quanto às funções executivas superiores, observa-se alteração na resolução de problemas, abstração, engajamento, organização, planejamento, perseveração, falta de *insight* e dificuldade na atenção sustentada. Poderão ocorrer manifestações linguísticas, sem que essas sejam predominantes (Bahia, 2012; Parmera, Nitrini, 2015).

Já nas demais variantes, predomina o comprometimento linguístico, quando são observadas redução na fluência verbal fonêmica e semântica, ecolalia e/ou mutismo. Na APP não fluente/agramática observa-se comprometimento progressivo da expressão oral e escrita, já na variante semântica, haverá comprometimento semântico progressivo e anomia, além de agnosia visual. Na APP logopênica, ao lado da dificuldade de acesso lexical,

nota-se importante déficit na alça fonológica. A manifestação de alterações comportamentais poderá estar presente nas variantes semântica e agramática, de forma menos expressiva. Já na fase avançada, os pacientes apresentarão manifestações bastante similares, independente da variante inicial (Bahia, 2012; Senaha, 2012).

Mansur (2012) relata alterações na fala espontânea e no discurso nas APP, como inserções, omissões e trocas ou disartria, além de alterações lexicais e de sintaxe, sendo citados com menor frequência a jargonofasia e a síndrome do sotaque estrangeiro.

Nas demências com manifestações motoras como na DCL e na DP, as manifestações cognitivas mais prevalentes versam sobre alterações do nível de alerta, dificuldade de estabelecer foco atencional, dificuldades em tarefas de memória de trabalho e na tomada de decisão. É possível que ocorram comprometimentos das funções visuoespaciais e apraxia. Quanto à linguagem, poderá haver redução da fluência verbal fonêmica e semântica e prejuízo da compreensão sintática. Nas fases avançadas, os sujeitos frequentemente apresentam mutismo (Takada, Areza-Fegyveres, 2012; Parmera, Nitrini, 2015; Tzeng, 2018).

#### 3.4. Funcionalidade nas demências degenerativas

A proposta de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003), visa sistematizar e unificar a linguagem utilizada para caracterização e documentação da saúde e condições relacionadas à saúde.

Funcionalidade e incapacidade são entendidas de modo amplo e representam diferentes situações, resultantes da interação entre as condições de saúde da pessoa e seu ambiente (World Health Organization, 2006).

A CIF contempla elementos como a condição de saúde, transtorno ou doença, funções e estruturas do corpo, fatores pessoais e ambientais e a participação do indivíduo em atividades (Alves et al, 2008).

Em relação à deglutição, a CIF (2003) considera os aspectos de captação, sucção mastigação, manipulação do alimento em cavidade oral, salivação, sialorreia e xerostomia, nas fases oral, faríngea e esofágica da deglutição e aspiração laringotraqueal.

Quanto à comunicação, a CIF (2003) inclui características gerais e específicas da linguagem, tais como a compreensão e a expressão oral e escrita, compreensão e expressão não verbais, por meio da linguagem corporal e gestual, sinais e símbolos gerais, fotografias e desenhos, conversação, discussão, digitação e o uso de dispositivos de comunicação alternativa e aumentativa.

A Associação Americana de Fonoaudiologia (ASHA, 1990), define a comunicação funcional, como "a habilidade de transmitir e receber mensagens, bem como de se comunicar de forma eficaz e independente em um ambiente natural, independentemente do modo de comunicação".

Segundo Teixiera-Leite e Manhães (2012), as demências caracterizam-se por comprometimento cognitivo e funcional progressivo. A capacidade funcional do indivíduo, refere-se à sua habilidade de executar as atividades básicas (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD).

As ABVD incluem, capacidade de se alimentar, escolher a vestimenta, realizar a higiene pessoal, realizar transferência e deambular. As AIVD estão relacionadas à independência na sociedade, como tarefas domésticas, compras, preparo das refeições, administração de dinheiro, controle do uso de medicações, emprego de meios de transporte, entre outras (Shiau et al, 2006; Alves et al, 2008).

Em relação à funcionalidade da pessoa com DA, o desempenho funcional é associado significativamente com a gravidade da demência. Em caso de desvantagem cognitiva leve, as perdas são percebidas nas atividades

instrumentais de vida diária, e a realização das atividades básicas é afetada nos estágios mais avançados da demência (Shiau et al, 2006; Monaci, Morris, 2012).

Há correlação estatística entre declínio cognitivo e funcional, de modo que quanto pior a capacidade cognitiva dos sujeitos, pior sua funcionalidade e maior o impacto na vida diária (Wajman, 2014; Abreu, 2016).

As principais síndromes demenciais degenerativas, quando em fases avançadas, conduzem à perda da capacidade funcional e dependência total do sujeito tanto para as ABVDs quanto para as AIVDs (Zidan et al, 2012; Lira, 2012).

#### 3.5. Demência Grave

O curso crônico e progressivo das demências acarreta perda de autonomia e comprometimento crescente da funcionalidade. A demência grave é caracterizada pela dependência completa de outrem (Nitrini, 2015).

Estudos têm demonstrado que quanto maior a gravidade da demência, maior a ocorrência e a gravidade dos sintomas cognitivos e neuropsiquiátricos como alucinações, agitação, agressividade, ansiedade, irritação, déficits das funções sensório-motoras, visuoespaciais, coordenação, linguagem, memória, comportamento motor aberrante, alterações do humor, alterações da personalidade e psicose (Chiu, Chung 2006; Tzeng et al, 2018).

Além disso, estudos baseados em análise anátomo-patológica revelam alta incidência de demências mistas, como a sobreposição de DA e DV ou DA e DCL que atingem múltiplos substratos o que explica a justaposição de manifestações e sintomas, principalmente nas fases mais avançadas (Salamon, 2014; Fathy et al, 2018; Hase, et al, 2018).

#### 3.6. Medidas farmacológicas na demência grave

Segundo a literatura, não há atualmente tratamento específico ou profilático para as demências. O tratamento disponível é sintomático. As estratégias terapêuticas incluem fármacos anticolinérgicos, terapia antiamilóide, terapia antiproteína tau, antidepressivos, neurolépticos, ansiolíticos, antipsicóticos entre outros (Brucki et al, 2015).

#### 3.7. Deglutição e disfagia

A deglutição tem a função de conduzir o conteúdo da cavidade oral, como saliva, líquidos, alimentos e medicamentos até o estômago. É uma ação complexa, que depende da integridade das vias neuronais, do sistema ósseo, muscular e articular, além do comando voluntário e da intenção de se alimentar (Mistry, Handy, 2008; Society for Neuroscience, 2018; Kamarunas, 2018).

Tradicionalmente a deglutição é dividida nas fases oral, faríngea e esofágica, porém, quando se considera os momentos que antecedem a deglutição propriamente dita, pode ser dividida em cinco fases, incluindo então, a fase antecipatória, a preparatória oral, a oral, a faríngea e a esofágica (Leopold, Kagel, 1983; Koishiro, 2008).

A fase antecipatória é voluntária e, portanto, influenciada pela cognição. Essa fase antecede à introdução do alimento em cavidade oral e a partir de estímulos visuais e olfativos, implica em tomadas de decisões sobre o tipo, a quantidade e o ritmo da ingestão. Inclui o estado de alerta, análise crítica, orientação, além de controle motor (Longemann, 1990; Correia, 2010; Silagi, Morillo, 2015).

A fase preparatória oral é aquela na qual o sujeito, consciente e orientado, por ação voluntária e intenção de se alimentar, prepara seu organismo para receber o alimento. São percebidas nessa fase, a aparência, a forma, a

apresentação e o aroma do alimento (Koishiro, 2008; Yim, 2014; Alfonsi, 2015; Wirth et al, 2016;).

A fase preparatória oral consiste nos ajustes osteomusculares necessários para a captação do alimento, de acordo com o utensílio que será utilizado, com o tipo e consistência. Assim como na fase anterior, depende do nível de consciência e da intenção de se alimentar (Correia, 2010; Yim, 2014; Alfonsi, 2015; Wirth et al, 2016).

A fase oral, que também é voluntária, consiste no preparo, na organização e na ejeção do bolo alimentar. Nesta fase, serão percebidos volume, textura, temperatura e sabor dos alimentos. Por exemplo, quando a consistência dispensa mastigação, o alimento será somente organizado para a ejeção oral posterior, quando requerer mastigação, será misturado com a saliva para a umidificação, coesão e homogeneização do bolo (Correia, 2010; Yim, 2014; Alfonsi, 2015; Wirth, et al 2016).

A cavidade oral deverá estar pressurizada por meio da ação dos lábios, bochechas e língua de encontro ao palato. Ocorre a apneia da deglutição, o complexo hiolaríngeo se eleva e o bolo alimentar, é ejetado (Yim, 2014; Alfonsi, 2015; Wirth, et al 2016).

Nesta fase, é imprescindível que haja eficaz coordenação da respiração-mastigação-deglutição, para que não ocorra escape posterior prematuro do alimento, comprometendo a segurança da deglutição (Correia, 2010; Yim, 2014; Alfonsi, 2015; Wirth, et al 2016).

Simultaneamente à ejeção oral do bolo alimentar, inicia-se a fase faríngea da deglutição, que é reflexa e dependente de ação peristáltica. Para que se dê de forma segura, é necessário que todo o processo esteja coordenado e o bolo alimentar siga pela faringe em direção à transição faringoesofágica com total proteção das vias aéreas. Em seguida, o bolo alimentar seguirá do esôfago até o estômago, por meio de ondas peristálticas reflexas (Correia, 2010; Yim, 2014; Alfonsi, 2015; Wirth et al, 2016).

Qualquer alteração no mecanismo da deglutição, como as desordens de contenção do alimento em cavidade oral ou no mecanismo de proteção das vias aéreas, acarretará em disfagia, que é a falha no transporte do conteúdo da cavidade oral até o estômago, em qualquer uma de suas fases.

As consequências da disfagia incluem desnutrição, desidratação, isolamento social, broncopneumonias e morte (Whirth et al, 2016, 2018; Popman, 2018).

#### 3.8. A relação cognição e disfagia

Estudos que avaliaram pacientes com DA (Correia, 2010; Pinheiro, 2017) e demência na doença de Parkinson (Kim, 2015), têm apontado a existência de correlações significativas entre as funções cognitivas e a disfagia. O maior impacto ocorre nas fases antecipatória, preparatória oral e oral da deglutição, visto que, as fases voluntárias, exigem maior controle cognitivo e de funções executivas. O comprometimento dessas fases, implicará desde o prejuízo no reconhecimento e a percepção do alimento, por déficit sensorial, até falhas no planejamento e na coordenação dos movimentos necessários para o processo de deglutição.

As fases faríngea e esofágica, parecem ser menos propensas de serem afetadas pelo comprometimento cognitivo, graças à sua natureza não volitiva (Correia, 2010, Kim, 2015, Pinheiro, 2017).

Outros estudos que verificaram a correlação positiva entre cognição e deglutição, além do impacto do comprometimento sensorial na função de alimentação, concluíram que pacientes com DA apresentaram tempo de trânsito oral aumentado, enquanto aqueles com DV tiveram maior dificuldade na formação do bolo alimentar e mastigação de alimentos, pior excursão hiolaríngea, pior desempenho na movimentação epiglótica e maior ocorrência de aspiração silente. Em ambos os casos, os pacientes apresentaram reflexo de deglutição tardio, configurando déficits tanto nos mecanismos de contenção oral,

quanto nos de proteção das vias aéreas, no processo de deglutição (Suh et al, 2009; Prince, 2013; Alagiakrishnan e Bhanji, 2013).

Os autores consideram ainda, como preditores independentes de disfagia, a fraqueza muscular e as alterações motoras (Yokota et al, 2016).

Na DCL a disfagia e principalmente a aspiração silente, parecem ser fatores de impacto no prognóstico reservado destes pacientes. Já os pacientes com DLFT frequentemente apresentam compulsão alimentar e maior comprometimento do mecanismo de contenção oral, com perda posterior precoce do bolo alimentar, durante a mastigação (Wirth et al, 2016, 2018).

Esses autores citam ainda, a dificuldade no manejo clínico da disfagia dos pacientes com comprometimento cognitivo moderado a grave, dada a impossibilidade de seguir orientações e comandos, dependência na situação de alimentação e o impacto do comprometimento cognitivo como fator negativo na reabilitação da deglutição (Wirth et al, 2016, 2018; Maeda et al, 2018).

A correlação positiva entre menor desempenho cognitivo e alterações da deglutição, foi verificada inclusive entre idosos da comunidade, sem diagnóstico conhecido, onde menores escores de deglutição foram associados a escores cognitivos mais baixos (Lagorio et al, 2017).

#### 3.9. Disfagia nas fases moderada e grave das demências

Nas demências, a disfagia denomina-se neurogênica, visto que se dá, por conta de alteração dos mecanismos neurológicos implicados na deglutição, por acometimento do sistema nervoso central (SNC) (Sura, 2012).

Com a progressão do declínio cognitivo nas fases moderada e grave da demência, aumentam as dificuldades de deglutição, assim como a preocupação com a nutrição e hidratação, devido à incapacidade de reconhecer alimentos, solicitá-los, alimentar-se ou ter desejo de se alimentar (Alagiakrishnan et al, 2015).

O envelhecimento, por si só, causa impacto no funcionamento estomatognático, redução de papilas gustativas, de tônus e de força dos lábios, língua e bochechas, redução salivar, falhas dentárias, edentulismo e próteses mal adaptadas (Nawaz, Tulunay-Ugur, 2018).

Soma-se a isso, maior prevalência de comorbidades em sujeitos idosos, além dos efeitos colaterais advindos do uso de medicamentos e sua ação farmacológica no SNC, na transmissão neuromuscular, além dos efeitos miotóxicos (Sura, 2012).

### 3.10. Comunicação no curso das demências

As habilidades de linguagem dos pacientes com comprometimento cognitivo, tais como nomeação, fluência verbal fonêmica e semântica, aspectos fonéticos e fonológicos, morfológicos, sintáticos, repetição, narrativa a partir de figuras, conteúdo de fala, informatividade, comunicação e discurso, tem sido amplamente investigadas na literatura (Mansur, 2005; Cummings, 2014; Hadjistavropoulos et al, 2014; Abdalla, 2018; Cera, 2018; Freitas et al, 2018; Fyndanis et al, 2018; Kavé e Dassa, 2018; Koukolioti, 2018; Matsunaga et al, 2018; Mueller et al, 2018).

As desordens da comunicação são muito frequentes nas demências e podem ocorrer devido às alterações nos processos linguístico-cognitivos e motores da fala (Cera, 2018). Tais desordens ocasionam limitações significativas relacionadas à comunicação e a participação do sujeito, desde as fases iniciais da doença (Badarunisa, 2015). Na fase avançada, são frequentes as estereotipias e mutismo (Cera, 2018).

O processo de comunicação é mais afetado do que a fala e a linguagem de modo *stricto* (Cummings, 2014).

Os problemas relacionados à comunicação nas demências, têm sido abordados por diversos estudos, dado que o impacto deste *déficit*, pode interferir

tanto na classificação do estadiamento da demência, assim como na efetividade das intervenções.

Apresentaremos estudos que estudaram a produção do discurso, por meio da descrição de imagens ou figuras.

Em um estudo brasileiro, cuja amostra foi composta por 60 sujeitos, divididos em três grupos, DA leve, comprometimento cognitivo leve (CCL) e normais, concluiu-se que os sujeitos com DA leve apresentaram discurso menos informativo, menor coerência global e maior incidência de modalizações que os demais grupos estudados, configurando alterações macroestruturais; quanto às alterações microestruturais, apresentaram sintaxe simplificada, menor resgate verbal, prejuízo da coesão e coerência locais, do resgate verbal e da informatividade. Os déficits em microestrutura comprometem a estrutura narrativa (Toledo, 2017; 2018).

Outros estudos identificaram alterações lexicais, sintáticas, morfológicas e de retórica, na produção discursiva de sujeitos com DA, em diferentes fases da doença (Abdalla, 2018; Fyndanis et al, 2018).

Uma pesquisa Israelense, realizada com pacientes com comprometimento cognitivo moderado, constatou deficiências linguísticas significativas no tocante à redução e diversidade lexical do conteúdo de fala e redução do conteúdo da informação compatível com a gravidade do quadro, além de outras alterações linguísticas que se correlacionaram com a gravidade do caso (Mueller et al, 2018).

Os pacientes com comprometimento cognitivo eram mais verborrágicos que os sujeitos cognitivamente preservados, apresentando empobrecimento semântico e com menor conteúdo relevante. Nesse estudo, o comprometimento declarativo (semântico) foi mais exuberante que o comprometimento processual (gramatical) (Mueller et al, 2018).

Os autores acreditam que embora a progressão da doença seja heterogênea, a tendência é que haja comprometimento de todos os aspectos linguísticos conforme o agravamento da doença (Mueller et al, 2018).

Em um estudo japonês, com uma amostra composta por 255 sujeitos diagnosticados com DA e 67 com DCL, evidenciou-se pior desempenho no discurso eliciado por figuras, nos sujeitos do sexo masculino, com comprometimento cognitivo avançado, sem diferença estatisticamente significante entre os grupos (Matsunaga et al, 2018).

Um estudo que se concentrou na investigação das alterações fonéticas e fonológicas de sujeitos com DA, sem, contudo, especificar o nível de comprometimento dos sujeitos, identificou trocas fonético-fonológicas, pausas com maior duração, vogais prolongadas, distorções, omissões e adições, que configuram limitações no planejamento simbólico linguístico e no planejamento motor da fala (Cera et al, 2018).

Um estudo com 35 sujeitos com DA em fase grave, associou a gravidade da demência ao maior prejuízo na diversidade lexical, na repetição de palavras e na redução de conteúdo de informação, sem, contudo, observar alterações nos aspectos gramaticais da linguagem (Kavé, Dassa, 2018).

Anomia, com emprego de palavras genéricas e vazias, circunlocuções e parafasias semânticas, baixo desempenho nas tarefas de fluência verbal e na compreensão de palavras e comprometimento da habilidade de leitura e escrita por processamento léxico semântico, além de déficits relacionados ao conhecimento semântico não verbal, foram observados na produção linguística de sujeitos diagnosticados com a variante semântica da DLFT (Senaha, 2012).

As dificuldades de comunicação dificultam o autorrelato das necessidades e desejos do paciente, impondo desafios significativos na avaliação e cuidados (Hadjistavropoulos et al, 2014).

## 4. MÉTODO

#### 4.1. Desenho do estudo e casuística

Trata-se de estudo retrospectivo transversal, realizado por meio de consulta ao banco de dados e prontuários do Ambulatório de Comprometimento Cognitivo Avançado (ACCA) do Serviço de Geriatria da Divisão de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), no período de janeiro a dezembro de 2016.

A Comissão de Ética para análise de Projetos de Pesquisa CAPPesq da Diretoria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), aprovou a realização da pesquisa (anexo A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme documento número 2.071.296 (anexo B).

Após a aprovação do Comitê de Ética, os responsáveis pelos pacientes foram consultados quanto à possibilidade da participação neste estudo, e esclarecidos quanto à pesquisa. Todos os que concordaram em participar deste estudo, assinaram o TCLE.

## 4.2. Critérios de elegibilidade

#### 4.2.1. Inclusão

Foram incluídos neste trabalho, os dados de 107 pacientes admitidos no ACCA no período de janeiro a dezembro de 2016, que, na ocasião da admissão, foram avaliados pela equipe médica e pela equipe de fonoaudiologia.

#### 4.2.2. Exclusão

Foram excluídos os dados dos pacientes que por critérios médicos, não puderam ser avaliados pela equipe de fonoaudiologia e/ou os dados dos pacientes cujo acompanhante na ocasião da primeira consulta não fosse o cuidador principal e/ou se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

# 4.3. Materiais e procedimentos: fonte de dados dos pacientes com demência avançada

## 4.3.1. Avaliação global

Os pacientes matriculados no ACCA são oriundos do Centro de Referência em Estudos Cognitivos – CEREDIC do HCFMUSP e dos demais ambulatórios do Serviço de Geriatria do HCFMUSP.

O ACCA, em consonância às Conferências Canadenses de Consenso de Diagnóstico e Tratamento das Demências (Gauthier et al, 2012; Herrmann, 2008), adotou a avaliação global do paciente com demência avançada, de modo que inclua os tópicos da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), como o estado nutricional, mobilidade e risco de queda, cognição, comportamento e funcionalidade, estresse do cuidador, cenários ambientais e de segurança, além dos aspectos clássicos que compõem a avaliação médica geriátrica, avaliação medicamentosa e monitoramento pela equipe (Morillo, 2015).

Por meio de protocolo institucional, são obtidos dados do paciente: identificação, idade, escolaridade, dominância manual, início dos sintomas da doença, identificação e dados do cuidador principal, como escolaridade e tempo de cuidado.

O paciente admitido no ACCA é avaliado do ponto de vista cognitivo e funcional, por instrumentos de aplicação específica à demência avançada, apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Instrumentos de Avaliação Global – ACCA

Protocolo	Abreviatura	Título original	Autores/ano	Anexo
Mini-Exame do Estado Mental	MEEM	Mini-Mental State Examination (MMSE)	Folstein et al,1975; Brucki 2003.	С
Mini-Exame do Estado Mental Grave	MEEM-g	Severe Mini- Mental State Examination (SMMSE)	Harrel, et al, 2000; Wajman et al, 2014.	D
Escore Clínico de Demência	CDR	Clinical Dementia Rating Scale (CDR)	Hughes, 1982; Morris, 1993; Montaño et al, 2005; Chaves, 2007.	Е
Escore Isquêmico de Hachinski	-	Hachinski Ischemic Scale	Hachinski, 1975.	F
Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer	-	Pfeffer Functional Activities Questionnaire (FAQ)	Pfeffer, 1982; Sanchez et al, 2011.	G
Inventário de Atividades de Vida Diária	-	Activities of Daily Living Inventory (ADCS-ADL)	Galasko, 1997; Cintra, 2017.	Н
Avaliação da Evolução Funcional	FAST	Functional Assessment Staging (FAST)	Sclan,1992; Reisbeg, 1988.	I
Inventário Neuropsiquiátrico	INP	Neuropsychiatric Inventory (NPI)	Cummings et al, 1994.	J
Escala de Cornell de Depressão na Demência	ECDD	Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	Alexopoulos, 1988; Carthery- Goulart et al, 2007.	К

## 4.3.2. Avaliação Fonoaudiológica

A avaliação fonoaudiológica no ACCA, inclui os instrumentos descritos na tabela 2.

Tabela 2 - Instrumentos de Avaliação Fonoaudiológica no ACCA

Protocolo	Título Original	Descrição
Entrevista (ACCA, 2016) (anexo L)	Protocolo Institucional	Entrevista ao cuidador.  Dados de identificação, dados de contato, escolaridade, dominância manual, queixa e história pregressa, tempo de doença, início dos sintomas, acompanhantes, dados do cuidador (nome, idade, escolaridade), tipo do cuidador (formal/informal), tempo e período de cuidado.
Questionário de Atividades de Comunicação em Enfermarias (O´Halloran et al 2004) (anexo M)	Inpatient Functional Communication Interview (IFCI)	Questionário ao cuidador.  23 questões divididas em três domínios: necessidades básicas, necessidades atuais no cuidado à saúde e necessidades sociais.  Pontuação: 1-realiza, 2-realiza com ajuda, 3-não realiza
Perfil das características da gravidade e da produção da linguagem (Goodglass, Kaplan, Barresi,	Severity and speech output characteristics profile	Perfil funcional, traçado a partir da aplicação do questionário ACE e da interação com o paciente, Pontuação: 0 a 5. 0 - O paciente fala e não apresenta compreensão auditiva funcional e 5, quando a desvantagem comunicativa percebida é mínima.
2001 (anexo N)		
Triagem de disfagia	Protocolo Institucional	Perguntas ao cuidador.
(ACCA, 2016) (anexo L)		São obtidos dados sobre os hábitos alimentares do paciente, como preferências alimentares, número de refeições/dia, restrições alimentares, consistência da dieta, aceitação, volume e ritmo da oferta, utensílios utilizados, ocorrência de sonolência durante as refeições, tosse, pigarro ou engasgo às refeições, para engolir remédios ou durante a higiene oral, permanência de resíduos de alimento em cavidade oral após a deglutição, escape de alimentos pelo nariz ou boca, cansaço durante a oferta, tempo médio de cada refeição, histórico de pneumonias e/ou perda de peso recente.
Avaliação estrutural preliminar (ACCA, 2016) (anexo L)	Protocolo Institucional	Na avaliação fonoaudiológica baseada em Longemann (1999), preliminar à oferta de alimentos, são observados aspectos como elementos dentários (presentes, ausentes ou falhas) estado aparente de conservação dos dentes (bem ou mal conservados), presença de próteses dentárias (bem adaptadas/firmes ou mal adaptadas/soltas), higiene oral (boa, regular ou ruim) e aspectos salivares (com acúmulo de saliva em cavidade oral, escape anterior de saliva ou boca seca); ausculta cervical após deglutição de saliva espontânea (limpa ou ruidosa), elevação laríngea satisfatória, (quando se eleva em média 2 cm da posição de repouso), reduzida, (abaixo de 2 cm) e ausente (quando não há elevação), ausculta pulmonar alta (limpa ou ruidosa), frequência cardíaca (FC) considerada adequada entre 60 e 100 batimentos por minuto (bpm), saturação de oxigênio (SpO2) considerada adequada se mantida ou reduzida em até 4 pontos da linha de base do paciente prévia à

		oferta e, para verificação da qualidade vocal prévia à oferta, solicita-se a emissão sustentada da vogal /a/. Adicionalmente, solicita-se verbalmente que o paciente siga comandos verbais, como: protruir e estirar lábios, protruir e lateralizar a língua, inflar e sugar bochechas, realizar resistência de lábios, língua e bochechas contra uma espátula, pigarrear e tossir.
Avaliação funcional da deglutição (ACCA, 2016 (anexo L)	Protocolo Institucional	Observação da oferta de consistências alimentares rotineiras ao paciente: captação oral, preparo do alimento em cavidade oral, deglutição completa, deglutições múltiplas, elevação laríngea, ausculta cervical, e ocorrência de sinais clínicos sugestivos de penetração/aspiração laringo-traqueal como tosse, pigarro, engasgo, alteração da coloração do rosto, sonolência, alteração da FC e/ou SpO2 e qualidade vocal após a oferta, com emissão sustentada da vogal /a/ ou à conversação.
		São observadas habilidades e inabilidades do cuidador no preparo das consistências e manejo global da situação de alimentação.
Escala de Classificação da disfagia	National Outcomes Measurement System (NOMS)	Classificação da deglutição do paciente. A escala auxilia a observação do estado da deglutição do paciente, indicando as possibilidades de consistências mais adequadas, A pontuação varia de 1 a 7. Nível 1, não
(ASHA, 2003) (anexo O)		poderá receber nada por via oral; nível 7 tem funcionalidade para receber dieta geral.

#### 4.4. Tratamento estatístico dos dados

A análise das variáveis categóricas qualitativas foi feita por estatística descritiva: distribuição de frequência simples, médias (DP), medianas e intervalo interquartil (IQ 25-75).

Foram utilizados testes compatíveis com a distribuição normal da amostra.

Para explorar as variáveis que melhor se ajustam ao desfecho, foi empregada a regressão de Poisson e modelagem múltipla com seleção hierárquica.

A regressão de Poisson faz parte da família de Modelos Lineares Generalizados (MLG), que são uma extensão dos modelos de regressão simples e múltipla, cujo objetivo é avaliar a relação entre uma ou mais variáveis medidas e uma única variável resposta. Os dados devem possuir igual dispersão, ou seja,

a média da variável resposta deve ser igual à variância (de Souza Tadano, 2009). Já a modelagem múltipla com seleção hierárquica, é aplicada a dados que dispõem de uma estrutura de grupo, por considerar a subordinação dos dados numa hierarquia de níveis (Pinheiro, 2005).

Os dados foram processados no software Stata 13.0 e adotou-se em todas as análises com nível de significância, p<5%.

### 5. RESULTADOS

## 5.1. Aspectos descritivos

Foram analisados os dados de 107 pacientes, dos quais 67% eram do sexo feminino. A média de idade dos sujeitos foi de 83 anos, sendo 33% com idade igual ou menor que 80 anos e 68% com idade maior que 80 anos. Quanto ao grau de instrução, 84% dos sujeitos tinha de zero a oito anos de escolaridade e 16% nove anos ou mais. A tabela 3, descreve as características dos sujeitos quanto ao sexo, idade e escolaridade.

Tabela 3 - Características dos sujeitos quanto ao sexo, idade e escolaridade.

Variáveis	Total (%)
Sexo	
Masculino	36 (33,6)
Feminino	71 (66,4)
Idade (media, DP)	83 (7)
Faixa de idade	
≤ 80 anos	35 (32,7)
> 80 anos	72 (67,3)
Escolaridade (mediana, IQ)	4 (1-6)
Escolaridade	
Analfabeto	24 (22,4)
1-4 anos	52 (48,6)
5-8 anos	14 (13,1)
≥9 anos	17 (15,9)

IQ (intervalo interquartil); DP (desvio padrão).

A tabela 4, demonstra o diagnóstico médico dos sujeitos, sendo a maioria 36 (34%) diagnosticados com DA provável ou possível, 34 (32%) com DA e demência vascular (DV), 23 (21,5%) com DV e 14 (13%) com demências menos

frequentes como a degeneração lobar fronto-temporal (DLFT), demência na doença de Parkinson (DP), demência por corpus de Levi (DCL) e Hidrocefalia de Pressão Normal (HPN). A princípio, os dados foram analisados conforme o tipo de demência, contudo, não houve diferença nos aspectos analisados entre os diagnósticos. Diante disso, os dados foram analisados conjuntamente.

Em relação às comorbidades associadas ao quadro demencial, a maioria dos sujeitos 64 (60%), apresentava cinco ou mais comorbidades, 40 (37%) apresentavam menos de cinco comorbidades, sendo que para 41 (38%) do total, tal comorbidade era vascular e 66 (62%) outras comorbidades, como distúrbios metabólicos e alterações neuropsiquiátricas.

Tabela 4 - Diagnóstico médico e comorbidades associadas ao quadro demencial.

Variáveis	Total (%)
Diagnóstico DA	36 (33,6)
DV DA+DV Outras demências (demência na DP, DCL, DLFT e HPN)	23 (21,5) 34 (31,8) 14 (13,1)
Comorbidades <5 ≥5 AI	40 (37,4) 64 (59,8) 3 (2,8)
Comorbidade vascular Não Sim	66 (61,7) 41 (38,3)

Al: ausência de informação; DA (doença de Alzheimer); DV (demência vascular); DA+DV (doença de Alzheimer e demência vascular, DP (doença de Parkinson); DCL (demência com corpos de Lewy); DLFT (degeneração lobar fronto-temporal); HPN (Hidrocefalia de Pressão Normal).

Em relação ao estadiamento da demência, a maioria dos sujeitos 46 (71%) foi classificada com escore 3 na escala CDR, que corresponde à demência grave e 19 (29%) com escore 2, correspondente à demência moderada. Quanto ao nível de cognição (MEEM-g), obsevou-se desempenho bastante comprometido

na maioria dos sujeitos, sendo que a pontuação média foi abaixo de 15 pontos para 58 (64%) e acima de 15 para 33 (36%) dos participantes; 29 (32%) apresentou pontuação igual a zero.

Quanto à funcionalidade avaliada pela escala FAST, observou-se que a maioria dos sujeitos 70 (65%) apresentou grave comprometimento da funcionalidade e 37 (35%) comprometimento funcional moderado.

As pontuações obtidas por meio das escalas de funcionalidade ADCS-ADL e Pfeffer, demonstraram grave comprometimento da funcionalidade. Os escores medianos foram de sete e 30 pontos respectivamente, sendo que nesta última, 77% dos sujeitos apresentou pontuação igual a zero.

Na tabela 5, temos descritas as pontuações do estadiamento da demência (CDR), nível de cognição (MEEM-g), evolução funcional (FAST), inventário de atividades diárias (ADCS-ADL) e questionário de atividades funcionais de Pfeffer.

Tabela 5 - Pontuação dos sujeitos nas escalas CDR, MEEM-g, FAST, ADCS-ADL e PFEFFER.

Variáveis	n (%)
CDR (n=65) Moderado (CDR=2) Grave (CDR=3)	19 (29,2) 46 (70,8)
MEEM-g (n=91) Mediana (IQ); Min-max	7 (0-19); 0-30
Mediana MEEM-g original Acima (≥15) Abaixo (pior situação)	33 (36,3) 58 (63,7)
Categorias de MEEM-g Demais pontuações (>=1) Menor pontuação (=0) Mediana (IQ); Min-max	62 (68,1) 29 (31,9) 30 (30-30); 9-30
FAST (n=107) 6A (moderada a grave) 6B 6C 6D 6E 7A 7B	3 (2,8) 6 (5,6) 17 (15,9) 11 (10,3) 28 (26,2) 13 (12,2) 3 (2,8)

7C 7D 7E (maior gravidade)	12 (11,1) 9 (8,4) 5 (4,7)
Gravidade FAST (6A a 6D) (6E a 7E)	37 (34,58) 70 (65,42)
ADCS (n=94) Mediana (IQ); Min-max	7 (2-17); 0-40
Pfeffer (n=89) Mediana (IQ); Min-max	30 (30-30); 9-30
Categorias Pfeffer (n=89) Pontuações <30 Pior funcionalidade (pontuação máxima=30)	20 (22,5) 69 (77,5)

Ausência de informação em cada escala: CDR (*missing* = 42, MEEM-g (missing = 16), Pfeffer (*missing* = 18), ADCS-ADL (*missing* = 13).

Quanto à avaliação neuropsiquiátrica realizada por meio das escalas INP e ECDD, obteve-se a prevalência de sintomas depressivos na amostra, com escore mediano de cinco na escala Cornell (ECDD), sendo o escore de 8 sugestivo de sintomas depressivos significativos e pontuação mediana 18 em sintomas psiquiátricos (INP), cuja pontuação total é de 144 (comprometimento grave). A pontuação mediana, mínima e máxima da avaliação neuropsiquiátrica está descrita na tabela 6.

Tabela 6 - Pontuação dos sujeitos na avaliação neuropsiquiátrica – INP e CSDD.

Escalas de avaliação neuropsiquiátrica	Mediana (IQ); Min-max
Cornell (ECDD) (n=70)	5 (3-9); 0-30
INP (n=96)	18 (11-33); 0-108

Ausência de informação em cada escala: CSDD (missng = 37), INP (missing = 11), IQ (intervalo interquartil).

A comparação dos indicadores da avaliação fonoadiológica estrutural com a escala FAST (tabela 7), indicam que a higiene oral, a via de alimentação e a alteração dos mecanismos de proteção, diferem segundo gravidade funcional (FAST), sendo que a prevalência de FAST grave é 38% maior entre os pacientes com higiene oral inadequada, 55% maior em pacientes com mecanismo de proteção alterado, quando comparado a pacientes sem alteração e 61% maior em pacientes que se alimentam por via alternativa, que entre pacientes que se alimentam por via oral.

Tabela 7 – Avaliação Fonoaudiológica estrutural, segundo gravidade da funcionalidade global medida pela Escala FAST

	Escala	FAST*	_	
Variáveis	Moderado a grave (6A a 6E)	Grave (7A a 7E)	RP (IC95%)	р
Força de OFAs Reduzida Adequada	28(30,8) 9(60,0)	63(69,2) 6(40,0)	1,00 0,58 (0,31; 1,09)	0,092
Mobilidade de OFas Reduzida Adequada	24(30,4) 13(48,2)	55(69,6) 14(51,8)	1,00 0,74 (0,50;1,10)	0,142
Elevação Laríngea Reduzida Adequada	20(31,7) 17(39,5)	43(68,3) 26(60,5)	1,00 0,88(0,66; 1,19)	0,422
Higiene Oral Inadequada Adequada	8(21,6) 29(43,3)	29(78,4) 38(56,7)	1,38 (1,05; 1,81) 1,00	0,019
Dentição Inadequada Adequada	34(36,6) 3(21,4)	59(63,4) 11(78,6)	0,81 (0,59; 1,11)	0,184
Aspectos salivares Inadequado Adequados	32(36,4) 5(26,3)	56(63,6) 14(73,7)	1,15(0,85; 1,58)	0,359

OFAs (órgãos fonoarticulares)

RP (razão de prevalência: moderado/grave); IC95% (Intervalo com 95% de confiança).

Na avaliação funcional da deglutição, observou-se comprometimento do mecanismo de contenção oral em 107 sujeitos (100% da amostra) e comprometimento de proteção de vias aéreas superiores em 79 (74%) dos sujeitos. Os dados estão descritos na tabela 8.

Tabela 8 – Avaliação funcional da deglutição

Variáveis	n (%)
Mecanismos de contenção oral Adequado Alterado	0 (0,0) 107 (100,0)
Mecanismos de proteção de VAS Adequado Alterado	28 (26,2) 79 (76,8)
Deglutição ASHA (n=107) N1 (VAA) N2 N3 N4 N5 N6 (deglutição funcional) N7 (deglutição normal)	9 (8,4) 1 (0,9) 12 (11,2) 28 (26,2) 33 (30,8) 24 (22,4) 0 (0,0)
Agrupamento ASHA N1+N2 (pior situação) N3+N4 N5+N7 (melhor situação)  Categorias ASHA Disfagia (N1 a N5) Deglutição segura (N6-N7)	10 (9,3) 40 (37,4) 57 (53,3) 83 (77,6) 24 (22,4)

VAS (vias áereas superiores); VAA (via alternativa de alimentação); N (nível)

A comparação dos indicadores fonoaudiológicos relativos aos mecanismos de contenção e proteção (tabela 8) relacionados com a escala FAST (tabela 5), indicam que a alteração dos mecanismos de proteção, diferem segundo a gravidade funcional do sujeito (FAST), sendo que a prevalência de FAST grave é 55% maior em pacientes com mecanismo de proteção alterado, quando comparada a pacientes sem alteração e 61% maior em pacientes que se alimentam por via alternativa, que entre pacientes que se alimentam por via oral.

A tabela 9 mostra a via de alimentação e o tipo de dieta indicada para os sujeitos com comprometimento moderado a grave e grave segundo a FAST. Para 91 (85%), foi necessário algum tipo de adaptação da dieta/líquidos e para 9 sujeitos (8%), foi indicado via alternativa de alimentação (VAA).

Tabela 9 – Via de alimentação e tipo de dieta, segundo gravidade da funcionalidade global medida pela escala FAST

	Escala	FAST*		
Variáveis	Moderado a grave (6A a 6E)	Grave (7A a 7E)	RP (IC95%)	р
Via de alimentação VO (91,59%) VAA (8,41%)	38(37,5) 0	60(62,5) 9(100,0)	1,00 1,61 (1,38-1,88)	<0,001
Via/Tipo de dieta VO/geral (6,54%) VO/adaptada (85,05%) VAA (8,41%)	4(57,1) 33(36,3) 0	3(42,9) 58(63,7) 9(100,0)	1,00 1,49(0,62;3,56) 2,33(0,99;5,51)	0,373 0,053

VO (via oral); VAA (via alternativa de alimentação).

Em relação à funcionalidade da comunicação questionário (ACE), observou-se que, 21 sujeitos (21%) apresentaram pontuações igual a zero (nenhuma comunicação) e 74 sujeitos (73%) obtiveram pontuações abaixo da mediana da escala original (ACE=23).

Um quarto dos pacientes (27%) era totalmente incapaz de comunicar necessidades básicas e necessidades atuais no cuidado à saúde e, 74 deles (73%) eram totalmente incapazes de comunicar necessidades sociais.

A Escala de Comunicação de Goodglass, mostrou que 41 sujeitos (38%) foram incapazes de se comunicar, 51 sujeitos (48%) apresentam fala fragmentada, o que demanda muita inferência por parte do interlocutor e 15 sujeitos (14%) só foram capazes de se comunicar com ajuda do interlocutor.

Os resultados referentes à habilidade de comunicação dos sujeitos estão apresentados na tabela 10.

Tabela 10 – Funcionalidade da comunicação – Questionário de Atividade de Comunicação em Enfermarias (ACE) e Escala de Comunicação de Goodglass.

Variáveis	Total

Comunicação

RP (razão de prevalência: moderado/grave); IC95% (Intervalo com 95% de confiança).

Goodglass (n=107) 0 (não fala) 1 (expressão fragmentada) 2 e 3 (comunica com ajuda)	41 (38,3) 51 (47,7) 15 (14,0)
ACE total (n=101) Mediana (IQ); Min-max	8 (1-22); 0-44
Mediana ACE Acima (≥23) Abaixo (pior situação)	27 (26,7) 74 (73,3)
Categorias de ACE total Demais pontuações (>=1) Menor pontuação (=0)	80 (79,2) 21 (20,8)
ACE - Necessidades básicas Mediana (IQ); Min-max Totalmente incapaz (=0)	4 (0-11); 0-22 27 (26,7)
ACE - Necessidades atuais Mediana (IQ); Min-max Totalmente incapaz (=0)	5 (1-10); 0-18 25 (24,8)
ACE - Necessidades sociais Mediana (IQ); Min-max Totalmente incapaz (=0)	0 (0-1); 0-4 74 (73,3)

Ausência de informação em cada escala: ACE (missing = 6), IQ (intervalo interquartil).

A tabela 11 demonstra a associação entre a gravidade funcional medida pela escala FAST com as escalas ADCS ADL, Pfeffer, CDR, ECDD, INP, MEEMg, ASHA, Goodglass e ACE.

Observa-se que a gravidade funcional medida pela escala FAST mostrouse associada à escala funcional ADCS ADL e à escala Pfeffer categórica, sendo que, cada unidade de aumento na escala ADCS ADL (indicativo de melhor funcionalidade) mostrou-se associado a reduções em torno de 7% na gravidade funcional na escala FAST.

Pacientes com pontuações máximas (30) na escala Pfeffer apresentaram frequência 2,4 vezes maior de FAST grave que os demais pacientes. As escalas ECDD e INP não se mostraram associadas à gravidade funcional dos sujeitos.

Quanto ao aspecto cognitivo, medido pela escala MEEM-g, observou-se que a cada unidade de aumento (melhora) das pontuações MEEM-g, reduziu-se a frequência de FAST grave em 5%.

Pacientes com pontuações abaixo da mediana da escala original (MEEM-g <15), apresentaram frequência 2,5 vezes maior de FAST grave, que os pacientes com pontuações maior ou igual a 15.

A associação entre a gravidade funcional (FAST) e a escala de deglutição (ASHA) mostrou que na medida em que piorou a capacidade de deglutição aumentou significativamente a prevalência de gravidade funcional (FAST), sendo que a prevalência de FAST grave foi três vezes maior entre os pacientes com prejuízos mais graves de deglutição (N1+N2), quando comparada aos pacientes com deglutição funcional (N6).

A capacidade de comunicação, medida pela escala de Goodglass, também se mostrou associada à gravidade funcional (FAST), sendo que pacientes com comprometimento grave da fala (Goodglass =0), apresentaram prevalência de gravidade funcional 7 vezes maior que pacientes com maiores pontuações na escala de Goodglass (Goodglass ≥ 2).

A escala ACE também se mostrou associada à gravidade funcional (FAST), sendo que a cada unidade de aumento da escala ACE houve redução em 4% a frequência de FAST grave; o mesmo fenômeno foi observado quando isolados os domínios: necessidades básicas, necessidades atuais no cuidado à saúde e necessidades sociais. Pacientes que obtiveram as menores pontuações de ACE (ACE = 0), apresentaram frequência 82% maior de comprometimento funcional grave na FAST.

Tabela 11. Associação entre a gravidade da funcionalidade global (FAST), segundo escalas ADCS ADL, Pfeffer, ASHA NOMS, Goodglass, ACE, CDR, ECCD, MEEM-g e INP.

	Escala FAST				
Variáveis	Moderada Grav a grave (7A a 7 (6A a 6E)		RP (IC95%)	р	
ADCS ADL, mediana (IQ)	19 (14;28)	3 (1;7)	0,93(0,90-0,95)	<0,001	
Pfeffer, mediana (IQ)	30 (28;30)	0) 30 (30;30)	1,50 (0,93; 2,38)	0,082	
Categorias de Pfeffer <30	14 (70,0)	6 (30,0)	1,00		

Igual a 30	19 (27,5)	50 (72,5)	2,42 (1,21; 4,80)	0,012
CDR n (%) Moderado (CDR=2) Grave (CDR=3)	17(89,5) 8(17,4)	2(10,5) 38(82,6)	1,00 7,85(2,09-29,49)	0,002
ECDD, mediana (IQ)	7(4;10)	4(1;8)	0,98(0,94-1,01)	0,202
INP, mediana (IQ)	16(11;29)	21(12;35)	1,00(0,99-1,01)	0,703
MEEM-g, mediana (IQ)	22(12;27)	2(0;11)	0,95(0,93-0,97)	<0,001
Mediana MEEM-g, n (%) Acima (≥15) Abaixo (pior situação)	22(66,7) 9(15,5)	11(33,3) 49(84,5)	1,00 2,53(1,54;4,17)	<0,001
Deglutição ASHA NOMS, n (%) N6 (deglutição funcional) N5 N4 N3 N1+ N2 (disfagia grave)	16(66,7) 14(42,4) 6(21,4) 1(8,3) 0(0,0)	8(33,3) 19(57,58) 22(78,6) 11(91,7) 10(100,0)	1,00 1,73(0,91-3,28) 2,36(1,29-4,30) 2,75(1,51-4,98) 3,00(1,70-5,30)	0,094 <b>0,005</b> <b>&lt;0,001</b> <b>&lt;0,001</b>
ASHA NOMS, n(%) N6-N4 (segura) N1-N3 (não segura)	36(42,3) 1(4,5)	49(57,6) 21(95,4)	1,00 1,66(1,35-2,03)	<0,001
Comunicação Goodglass, n(%) 2 ou 3 (fala com ajuda) 1 (fala fragmentada) 0 (não fala)	13 (86,7) 22 (43,1) 2 (4,9)	2 (13,3) 29 (56,9) 39 (95,1)	1,00 4,26 (1,14; 15,93) 7,13 (1,95; 26,12)	0,031 0,003
Goodglass, n(%) Fala (1 a 3) Não fala (0)	35(53,0) 2(4,9)	31(47,0) 39(95,1)	1,00 2,02(1,55-2,64)	<0,001
ACE, mediana (IQ)	22 (16;28)	4(0;11)	0,96 (0,94; 0,97)	<0,001
Categorias ACE total Demais pontuações (>=1) Menor pontuação (0)	36(45,0) 0	44 (55,0) 21 (100,0)	1,00 1,82 (1,49; 2,22)	<0,001
ACE- Nec. Básicas	12(7;16)	1(0;5)	0,92(0,89-0,95)	<0,001
ACE- Nec. Atuais	10(8;12)	2(0;5)	0,91(0,87-0,95)	<0,001
ACE- Nec. Sociais	1(0;2)	0(0;0)	0,66(0,48-0,92)	0,014

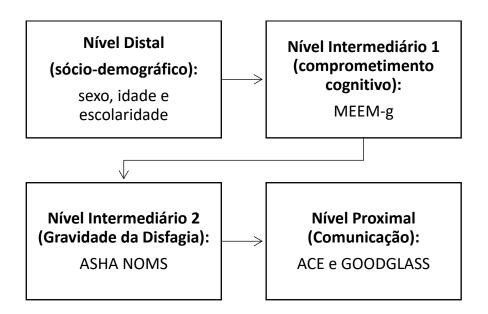
RP (razão de prevalência: moderada a grave/grave); IC 95% (intervalo com 95% de confiança).

Ausência de informação em cada escala: CDR (*missing* = 42), Cornell (*missng* = 37), Pfeffer (*missing* = 18), ADCS ADL (*missing* = 13), MEEM-g (*missing* = 16), INP (*missing* = 11), ACE (*missing* = 6).

A figura 1 ilustra o modelo hierárquico conceitual proposto para avaliar os fatores associados à gravidade da escala FAST em idosos com

comprometimento cognitivo avançado. A hipótese de caminho causal proposta indica que o nível sócio demográfico influencia o nível cognitivo; os sintomas neuropsiquiátricos influenciam os problemas de deglutição que influenciam a habilidade de comunicação dos sujeitos.

Figura 1 – Modelo hierárquico conceitual proposto para avaliar os fatores associados à gravidade da escala FAST.



A tabela 12 apresenta o modelo múltiplo hierárquico dos fatores associados à gravidade funcional da escala FAST. Nota-se que prevalências significativamente maiores de comprometimento funcional grave (FAST>7A) foram observadas entre os indivíduos de menor escolaridade, que apresentavam maior comprometimento cognitivo (MEEM-g<15), da deglutição (ASHA≤N2) e da comunicação (Goodglass = 0). A frequência de gravidade funcional foi 38% maior entre os com menores de 5 anos de estudo, 2,5 vezes maior entre os que apresentaram pontuações MEEM-g abaixo da mediana da escala (MEEM-g=15), 77% maior entre os pacientes com comprometimento grave da deglutição (ASHA NOMS = N1 e N2) e 35% maior entre os pacientes impossibilitados de se comunicar (Goodglass=0).

Tabela 12. Modelo múltiplo hierárquico dos fatores associados à gravidade da funcionalidade global (FAST ≥7A).

Variáveis	Ajustado* (RP, IC95%)	р
Distal		
Escolaridade		
<5anos	1,00	
≥5 anos	1,38 (1,07;1,77)	0,012
Intermediário 1- cognição		
Categorias de MEEM-g	4.00	
Acima da mediana (≥15)	1,00	-0.004
Abaixo da mediana (<15)	2,46 (1,51; 4,02)	<0,001
Intermediário 2-deglutição ASHA NOMS		
N5 + N6 (melhor situação)	1,00	
N3 + N4	1,53 (1,16; 2,04)	0,003
N1+ N2 (pior situação)	1,77 (1,30;2,41)	<0,001
.,	1,77 (1,00,2,41)	<b>40,001</b>
Proximal - Comunicação		
Goodglass (n=107)		
1 a 3 (fala)	1,00	
0 (não fala)	1,35 (1,08;1,71)	0,011

<sup>\*</sup>Ajustado pelas variáveis do nível anterior, RP (razão de prevalência: moderado a grave/grave), IC 95% (intervalo com 95% de confiança)

## 6. DISCUSSÃO

O primeiro objetivo do presente estudo, foi traçar o perfil das dificuldades de deglutição e comunicação em pacientes com comprometimento cognitivo avançado e identificar indicadores de disfagia e distúrbios da comunicação que se associassem à classificação da funcionalidade global da escala FAST e o segundo foi propor a inclusão de parâmetros de disfagia e funcionalidade da comunicação na escala FAST.

O primeiro objetivo foi alcançado, enquanto que o segundo não pode ser atingido.

Foram analisados os diversos tipos de demência do banco de dados do ACCA: DA, DV, DA e DV, DCL, DLFT e HPN e comparadas características dos pacientes no que diz respeito às variáveis de interesse, com destaque para a deglutição e comunicação. Não houve diferenças dos aspectos analisados, entre os pacientes classificados nos diversos diagnósticos (Tabela 4).

A literatura aponta diferentes características de deglutição e comunicação nos pacientes com os diferentes diagnósticos, porém poucos estudos voltam-se às demências avançadas (Correia, 2010; Alagiakrishnan et al, 2015, Kavé, Dassa, 2018).

Nos quadros avançados, há tendência à uniformização das manifestações, dada a extensão da lesão. Assim sendo, não há um perfil típico da fase avançada, se considerarmos as etiologias de quadros demenciais, *per se.* Há que se admitir um perfil unitário. A fase grave das demências acontece quando múltiplas cadeias de conexões neurais responsáveis pela linguagem, funções executivas, memória e habilidades visuoperceptivas encontram-se acentuadamente acometidas pela evolução da doença (Nitrini, 2015).

Com a evolução dos quadros demenciais progressivos, as manifestações neuropsiquiátricas, neuropsicológicas, linguístico-cognitivas e de deglutição formam um mosaico complexo, de tal modo, que as particularidades de cada

quadro inicial, parecem ser, de certa forma, eclipsadas nas fases avançadas das demências.

Uma vez que não houve diferença entre os resultados dos pacientes portadores dos diagnósticos, os dados provenientes dos diversos diagnósticos foram reanalisados conjuntamente.

As características de gênero e idade dos pacientes (Tabela 3) mostraramse similares às das amostras de outros estudos, com maioria dos sujeitos do gênero feminino e média de 75 anos de idade ou mais. O dado díspare, foi o da escolaridade dos sujeitos, menor no Brasil que em outros países (Truzzi et al, 2013; Yoshida et al, 2015; Córcoles, 2018; Kavé e Dessa, 2018; Ray-Chang Tzeng, 2018).

As características de educação da população brasileira são conhecidas e, a maior tendência de demência em sujeitos analfabetos e mulheres de idade avançada, já havia sido relatada por Nitrini et al (2004).

Sabe-se que a escolaridade é um fator protetor, de reserva cognitiva e que a restrição da educação formal torna o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento de quadro demencial (Mansur, 2004; Sobral et al, 2014).

Quanto à prevalência dos tipos de demência (Tabela 4), a DA foi a mais frequente na amostra, seguida da demência mista (DA e DV), DV, demência na DP, DLFT, DCL e um caso de HPNi.

Os resultados diferem da literatura quanto à ocorrência da demência mista (DA e DV associadas) em segundo lugar, visto que geralmente a DV desponta como o segundo tipo mais frequente de demência na literatura, antecedido somente pela DA (Brucki et al, 2015; Nitrini, 2015; Parmera et al, 2015).

Acreditamos que tal resultado seja em virtude do recorte de tempo investigado, visto que, se considerados intervalos maiores de tempo na mesma coorte, a DV ocupa o segundo lugar entre as demências mais frequentes.

Quanto ao número de comorbidades associadas às demências (Tabela 4), a maioria dos sujeitos, apresentou número igual ou maior que cinco

comorbidades. Cabe destacar que, menor número de sujeitos apresentou comorbidades vasculares. É possível que a apresentação se deva ao fato de haver menor sobrevida de pacientes acometidos por afecção vascular em condições avançadas de demência. Há que se cogitar ainda, que devido ao fato de o Banco de Dados ser proveniente de ambulatório especializado, em hospital de alta complexidade, esses pacientes não sejam encaminhados ao ACCA e sim a outros ambulatórios relacionados à doença de base.

O dado sobre comorbidades é relevante, visto que, na ocasião da admissão e avaliação médica, os pacientes frequentemente apresentam quadros clínicos não controlados, que são reequilibrados conforme revisadas as condutas médicas e aplicadas medidas não farmacológicas, como as adaptações e orientações fonoaudiológicas, no que concerne à alimentação e comunicação dos sujeitos.

A literatura aponta a ocorrência de duas a oito doenças associadas à demência, corroborando os achados deste estudo. Esse resultado já era esperado, pois a presença de comorbidades é um dos critérios de admissão no Serviço de Geriatria.

Constata-se, nas publicações, associação significativa entre doenças cerebrovasculares e demência (Sanderson et al, 2002; Schubert et al, 2006; Poblador-Plou, 2014), diferente dos achados deste estudo. Acreditamos que tal dado possa estar relacionado ao fato da pesquisa ter sido realizada em um único serviço, num hospital de alta complexidade.

As múltiplas comorbidades nas síndromes demenciais, estão frequentemente associadas à maior fragilidade e a polifarmácia, o que exige atenção em relação às interações medicamentosas e a ocorrência de estado confusional por drogas (Sanderson et al, 2002; Schubert et al, 2006; Poblador-Plou, 2014).

A maioria da amostra foi composta por pacientes com comprometimento cognitivo grave (CDR 3) e por consequência, com funcionalidade global gravemente comprometida (Tabela 5).

A minoria dos sujeitos foi considerada em nível de comprometimento moderado pela escala CDR (nível 2) e moderado grave pela FAST (grau 6), porém, se classificados na escala FASTmod (anexo I), toda a amostra, seria considerada grave.

Isto se deve ao fato de que na versão simplificada da FAST (FASTmod), os sujeitos que apresentam incontinência total (urinária e fecal) não acamados, são considerados graves (grau 7) e aqueles que além da incontinência total, estão acamados, são considerados como muito graves (grau 8).

Quanto mais gravemente comprometidos, menos funcionais e mais dependentes de outrem são os sujeitos, o que pode acarretar risco de agravos à saúde.

Os resultados de funcionalidade do Banco do ACCA foram obtidos a partir de instrumentos concebidos para nortear a seleção de intervenções de prevenção, restauração ou reabilitação das competências física, psicológica e cognitiva, com vistas à maior autonomia do sujeito, assim como de monitorar os resultados das intervenções implementadas, numa perspectiva integrada (Morillo, 2015; Jacob-Filho, 2015).

Nas demências, a incapacidade apresentada pelos pacientes é multifatorial. O avanço da síndrome demencial torna o doente cada vez mais frágil e dependente, o que requer monitoramento constante da equipe de saúde, a fim de identificar as rápidas alterações de suas condições, frequentes nessa fase, e que exigem a elaboração de melhores estratégias no manejo dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (Morillo, 2015).

Sinais e sintomas de delírios, alucinações, agitação, ansiedade, depressão, euforia, apatia, desinibição, irritabilidade, distúrbios motores, comportamentos noturnos e alterações alimentares e do apetite, configuram o nível das manifestações psiquiátricas na amostra (Tabela 6). O índice relatado de depressão está abaixo da condição de morbidade, por outro lado, há ampla referência à apatia. Os resultados não se mostraram associadas à funcionalidade global dos sujeitos (Tabela 11). Índices semelhantes de

depressão e apatia foram referidos no estudo de Veras et al (2007), que avaliou pacientes com demência leve à grave.

É provável que devido às alterações sensoriais, de comunicação e interação dos sujeitos com comprometimento cognitivo avançado e, principalmente naqueles que evoluíram com apatia, as manifestações depressivas, possam ser difíceis de serem reconhecidas.

A literatura destaca o impacto do SCPD na cognição, funcionalidade, curso da demência, qualidade de vida e no manejo dos cuidados do paciente demenciado (Caramelli, Botinno, 2007; Gauthier et al, 2010; Magierski, Tomazs, 2016).

Em relação à funcionalidade da deglutição (Tabela 8), foi observada alteração de contenção oral, em virtude do comprometimento da manipulação do bolo alimentar em 100% da amostra, enquanto 77% apresentou alteração na proteção de vias aéreas superiores, demonstrando que tal aspecto precisa ser considerado de forma inconteste nessa população.

Achados semelhantes são relatados nos estudos de Oliveira (2014) e Pinheiro (2017).

Tal resultado não é surpreendente, visto que a literatura é unânime em constatar tais incapacidades (Alagiakrishnan et al, 2015; Nawaz, Tulunay-Ugur, 2018)

Déficits graves de deglutição estão previstos entre os pacientes com demência grave, condição da amostra estudada.

Observou-se prevalência de alterações nas fases antecipatória, preparatória oral e oral dos sujeitos, o que era esperado, visto que estas fases são conscientes e altamente dependentes da cognição (Correia, 2010, Kim, 2015, Pinheiro, 2017).

A fase oral foi impactada por alterações estruturais como a ausência de elementos dentários, falhas dentárias e/ou próteses mal adaptadas, além de redução da força e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios. A fase faríngea e

os mecanismos de proteção sofreram os efeitos negativos da redução da excursão laríngea (Tabela 7).

A escala ASHA NOMS, permitiu classificar como disfágicos, 83 dos 107 sujeitos avaliados (77,6%) (Tabela 8). Dado que as alterações das fases antecipatória e preparatória oral, não são contempladas nessa e em nenhuma outra escala de classificação da disfagia. Julgamos que o número de disfágicos tenha sido subestimado.

A classificação da disfagia nessa população, se mostra complexa, visto que as tradicionais escalas de classificação da disfagia, desconsideram a fase antecipatória oral e/ou dão pouca relevância à fase preparatória oral da deglutição, gravemente alteradas no comprometimento cognitivo avançado, dado seu caráter volitivo e dependente da cognição.

Não foram identificados, na literatura analisada, instrumentos específicos para a avaliação e classificação da disfagia em pacientes com comprometimento cognitivo avançado.

Além de não classificáveis nas escalas, as fases antecipatória e preparatória oral, são negligenciadas também, nos exames objetivos da deglutição, indicados para essa população com comprometimento cognitivo grave (Rugiu, 2007).

Soma-se ao caráter nutricional e de hidratação, o aspecto social e nas relações pessoais que a alimentação proporciona. Esse aspecto tampouco é contemplado nos instrumentos disponíveis para avaliar a deglutição.

É importante que se desenvolva instrumentos de avaliação específicos para essa população, a fim de que se obtenha indicadores confiáveis, que forneçam direcionamento para as condutas clínicas pertinentes.

Considerando que a escala FAST, se propõe a avaliar a evolução funcional e estadiar a demência a partir dos dados de funcionalidade do sujeito com DA, faz-se necessário, levar em conta também a funcionalidade da deglutição nessa análise, dada sua importância.

Em relação à comunicação (Tabela 10), no presente estudo a maioria dos pacientes não foi capaz de utilizar linguagem funcional para se comunicar, ou apresentou fala fragmentada, com grande necessidade de inferência por parte do interlocutor, para alcançar a intercompreensão. A fala fragmentada é caracterizada pela emissão de palavras soltas que podem ou não ter relevância e/ou funcionalidade comunicativa.

A maioria dos sujeitos da amostra não manifestou fala e não foi capaz de expressar por outras modalidades, suas necessidades básicas, atuais de saúde e/ou sociais de comunicação (Tabela 10).

As graves limitações concernentes às alterações de comunicação, impedem o autorrelato, impondo desafios, tanto à avaliação quanto aos cuidados do paciente (Hadjistavropoulos et al, 2014).

Esse dado é de fundamental importância, pois traz à tona o equívoco de se quantificar o número de palavras ditas pelo paciente, conforme preconiza a escala FAST. Tal aspecto não nos dá informações quanto à funcionalidade da emissão verbal do sujeito.

Bayles et al (2013) ressaltaram que o ato de falar, por si só, não constitui comunicação, já que a fala de um sujeito poderá se apresentar desprovida de sentido, do mesmo modo que, saber a gramática de uma determinada língua não determinará comunicadores fluentes. A comunicação só ocorrerá de fato, se houver atos de fala e intenções de emprego das palavras para transmitir uma ideia passível de ser compreendida pelo ouvinte.

Os dados quali-quantitativos da comunicação, obtidos por meio do questionário ACE e do perfil das características da gravidade e da produção da linguagem de Goodglass (Tabela 8), contribuiu para que se estabelecesse a funcionalidade das emissões verbais do sujeito, já que indicam o que ele é capaz de comunicar.

A fim de monitorar a evolução funcional dos sujeitos com comprometimento cognitivo avançado, faz-se necessário incluir dados referentes à funcionalidade da comunicação na escala FAST.

Diante do exposto, constatamos as principais características que compõem o perfil dos pacientes com comprometimento cognitivo avançado: gênero feminino, maiores de 80 anos, baixa escolaridade, 5 ou mais comorbidades associadas, alterações linguístico-cognitivas e comportamentais, manifestações neuropsiquiátricas, comprometimento da força e mobilidades dos órgãos fonoarticulatórios, alterações dentárias, alterações salivares, redução da excursão laríngea, alteração dos mecanismos de contenção oral e de proteção das vias aéreas superiores, disfagia e grave alteração da funcionalidade da comunicação.

Em seguida, discutiremos os resultados relativos ao segundo objetivo: estabelecer associações entre a funcionalidade global e aspectos da deglutição e comunicação.

Observou-se associação positiva, significativa entre a escala de avaliação da evolução funcional FAST, questionário de atividades funcionais de Pfeffer e o inventário de atividades de vida diária ADCS ADL (Tabela 11).

A escala de Cornell de depressão na demência (ECDD) e o Inventário Neurpsiquiátrico que retratam os sintomas comportamentais e psicológicos ou (manifestações neuropsiquiátricas nas demências), não mostraram associação significativa com a gravidade funcional dos sujeitos FAST (Tabela 11).

Observou-se associação positiva, significante entre a escala FAST, o escore clínico de demência (CDR) e o teste MEEM-g, que avalia a cognição na demência grave, de modo que quanto maior o comprometido cognitivo, pior a funcionalidade global do sujeito. Resultados semelhantes são relatados no estudo de Wajman et al (2014).

Constatou-se que ocorre declínio na deglutição em paralelo ao declínio funcional do sujeito; entretanto, não foi possível identificar associação entre a gravidade da disfagia e o nível da FAST (Tabela 11). Para a maioria dos sujeitos da amostra, segundo a escala ASHA NOMS, a deglutição foi considerada segura (ASHA 5), ainda que suplementada ou complementada por VAA (ASHA 4).

É provável que o limite imposto pelo critério de admissão do ACCA contemple estreita margem de variação, o que impediu a detecção de associações entre a FAST e os indicadores de funcionalidade da deglutição.

Do mesmo modo, em relação à funcionalidade da comunicação. Na amostra do presente estudo, a maioria dos sujeitos não foi capaz de utilizar fala funcional (0 ou 1 na classificação de Goodglass - de 0 a 5 e mediana 8 na ACE (IFCI) - de 0 a 23). Segundo os questionários *Inpatient Functional Communication Interview* (IFCI) e *Severity and speech output characteristics profile* não houve associações com a funcionalidade global. Os escores de desempenho em ambos os instrumentos mostram declínio no curso da demência, sendo que quanto menos funcional o sujeito, maior a possibilidade de não usar fala funcional; porém não é possível especificar a gravidade do prejuízo da comunicação em relação ao nível da FAST.

A ausência de instrumentos específicos disponíveis para a avaliação e classificação da disfagia e da comunicação em pacientes com comprometimento cognitivo avançado, pode ter contribuído para o desfecho.

A figura 1 ilustrou os fatores associados à gravidade da escala FAST no comprometimento cognitivo avançado, de modo que o nível distal (sociodemográfico) teve influência sobre o nível intermediário 1 (aspectos cognitivos), o qual teve influência sobre o nível intermediário 2 (gravidade da disfagia), que, por sua vez, teve influência sobre o nível proximal (funcionalidade da comunicação).

A influência dos fatores sócio-demográficos e aspectos cognitivos nas demências, já havia sido discutida por Nitrini et al (2004). A incidência da disfagia e das alterações da comunicação na demência avançada, vem sendo tratada na literatura de forma não associada à funcionalidade global (Sura, 2012; Cera, 2018).

Observou-se associação positiva significante entre a escolaridade (nível distal), quantos menos escolarizado o sujeito, menos funcional, cognição (nível intermediário 1), quanto pior o nível cognitivo, menos funcional; deglutição (intermediário 2), quanto maior a gravidade da demência, pior o grau da disfagia

e comunicação (nível proximal), quanto menos funcional é o sujeito, pior a funcionalidade da comunicação. Todavia, não foi possível classificar a deglutição e a comunicação, segundo cada nível de funcionalidade conforme escala FAST (Tabela 12).

Entre os fatores modificáveis das síndromes demenciais estão: a pluralidade dos aspectos cognitivos e neuropsiquiátricos, especialmente dependentes das medidas farmacológicas, além da disfagia e da comunicação em certa medida.

Em relação à disfagia, o impacto das medidas farmacológicas poderá ser positivo no que se refere ao controle comportamental, das manifestações psiquiátricas e no controle das alterações salivares, mas também poderão interferir negativamente na deglutição e no apetite, como nos casos dos ansiolíticos, antipsicóticos, anticolinérgicos, bisfosfonatos, antibióticos e sedativos que provocam respectivamente, prejuízo da atenção, movimentos anormais, xerostomia, esofagite/refluxo, anorexia/náusea e diminuição da deglutição (Silagi e Morillo, 2015).

Entre as medidas não farmacológicas relativas à deglutição, estão orientações quanto as adaptações da dieta, uso de espessantes alimentares, o controle do ambiente, a adaptação dos horários das refeições, a postura durante e após a oferta, a adaptação de utensílios, a orientação quanto ao volume e ritmo de oferta e as estratégias para favorecer a frequência das deglutições, limpeza de cavidade oral e das vias áereas superiores, higiene oral e atenção aos sinais clínicos sugestivos de penetração e/ou aspiração laringo-traqueal.

Quanto a comunicação, um conjunto de ações podem auxiliar o paciente a manter a atenção e a comunicação: uso de perguntas fechadas, frases simples e curtas, utilização de palavras preservadas do léxico do sujeito, controle das instruções, emprego de vocabulário simples e literal, ênfase de expressões faciais, incentivo à produção verbal com associações entre objeto e seu nome, utilização de toques corporais (Freitas, 2012; Alegria et al, 2012).

O presente estudo contribuiu com achados de funcionalidade da deglutição e da comunicação destes sujeitos, desconsiderados pelas tradicionais escalas

de funcionalidade, que ignoram os aspectos da deglutição e não consideram o uso pragmático e funcional da comunicação em suas medidas.

O primeiro objetivo deste trabalho foi traçar o perfil das dificuldades de deglutição e comunicação em pacientes com comprometimento cognitivo avançado, identificar e associar indicadores de disfagia e distúrbios da comunicação que se associassem à classificação da funcionalidade global da escala FAST, o segundo objetivo foi propor a inclusão de parâmetros de disfagia e funcionalidade da comunicação na escala FAST.

Foram delineadas as características do perfil da amostra do presente estudo e apresentado os tipos de demências degenerativas. Foram expostos e discutidos os sintomas comportamentais e psicológicos na demência, os aspectos cognitivos, linguísticos e a funcionalidade nas demências degenerativas, as características da demência avançada, os pontos referentes a deglutição e a disfagia, a relação entre cognição e disfagia, a disfagia nas fases moderada a grave da demência e a comunicação no curso evolutivo das síndromes demenciais.

Foram descritas as relações entre a gravidade da funcionalidade global (FAST), segundo as escalas ADCS ADL, Pfeffer, ASHA NOMS, classificação de Goodglass, CDR, MEEM-g, ACE, ECDD e INP e observadas associações significativas entre as medidas de funcionalidade das AVDs e ABVDs, assim como do impacto dos dados sócio-demográficos e cognitivos e a funcionalidade global.

Não foram observadas associações entre os aspectos neuropsiquiátricos e a funcionalidade dos sujeitos.

Evidenciou-se que, ainda que os perfis de deglutição e comunicação declinem conforme a funcionalidade global e a disfagia seja presente na maioria dos sujeitos, a distribuição da classificação funcional global *versus* a funcionalidade da deglutição e da comunicação desta população, não foi possível identificar a associação entre o nível da FAST e a gravidade da disfagia ou da comunicação.

Nesse sentido, indicadores assiciados à gravidade funcional foram propostos num modelo hierárquico conceitual. Esses achados podem ser explorados em estudo futuro.

## Limitações do estudo

O fato de a amostra de dados ser proveniente de pacientes de um único ambulatório induziu sua composição, pois os pacientes são triados de acordo com características bastante específicas. Considerando-se a complexidade do tipo do serviço, os resultados não podem ser considerados como representativos de toda a população com comprometimento cognitivo avançado.

Além desse viés, idealmente, todos os dados advindos da avaliação fonoaudiológica, deveriam ser oriundos da aplicação de protocolos e escalas padronizados para esta população, o que também não ocorreu, visto que não há disponibilidade, de tais instrumentos para uso em contexto clínico.

## 7. CONCLUSÕES

O primeiro objetivo do presente trabalho foi traçar o perfil das dificuldades de deglutição e comunicação em sujeitos com comprometimento cognitivo avançado, o segundo, identificar indicadores de disfagia e distúrbios da comunicação que se associassem à classificação da funcionalidade global da escala FAST e o terceiro, propor a inclusão de parâmetros de disfagia e funcionalidade da comunicação na escala FAST.

O primeiro e o segundo objetivos foram alcançados, enquanto que o terceiro não pode ser atingido.

Foram delineadas as características do perfil dos sujeitos, contudo, apesar dos escores de desempenho da funcionalidade da deglutição e da comunicação declínarem no curso da demência, não foi possível estabelecer um padrão entre o nível da disfagia e da comunicação, segundo a classificação da funcionalidade global na escala FAST.

O estudo contribuiu com achados de funcionalidade da deglutição e da comunicação dos sujeitos com comprometimento cognitivo avançado, desconsiderados pelas tradicionais escalas de funcionalidade.

# 8. ANEXOS

### Anexo A – Aprovação CAPPesq



## USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Funcionalidade global e da deglutição em idosos com comprometimento cognitivo

avançado.

Pesquisador: Leticia Lessa Mansur

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 67609917.4.0000.0068

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER** 

Número do Parecer: 2.071.296

#### Apresentação do Projeto:

A demência é um problema frequente e cada vez mais prevalente na população idosa. Em nosso meio, taxas de prevalência de demência são mais altas em todas as faixas etárias do que as encontradas em estudos realizados em países desenvolvidos, sendo essa diferença ainda maior em idosos mais jovens. Pacientes com demência, em sua grande maioria desenvolvem disfagia e têm alto risco de morte por pneumonia aspirativa.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivos do estudo: 1.Correlacionar a gravidade da disfagia na escala ASHA NOMS com o estágio da escala Functional Assesment Staging - FAST de pacientes com comprometimento cognitivo avançado. 2.Traçar o perfil de evolução das dificuldades de deglutição em pacientes com comprometimento cognitivo avançado. 3. Identificar indicadores disfágicos que sinalizem a classificação da funcionalidade global na escala FAST. 4. Propor adaptação da escala FAST, com inserção de questões relacionadas à funcionalidade da deglutição.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de estudo retrospectivo , com consulta ao Banco de Dados institucional, desta maneira não oferece riscos ao participante.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010

UF: SP Município: SAO PAULO



### USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.071.296

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo poderá trazer contribuições ao conhecimento sobre as dificuldades de deglutição em pacientes com comprometimento cognitivo avançado.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados adequadamente.

### Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

### Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c)apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 805332.pdf	26/04/2017 13:12:34		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	26/04/2017 13:11:53	Leticia Lessa Mansur	Aceito
Outros	Declaracao_Dra_Lilian_Morillo.PDF	17/04/2017 16:21:02	Leticia Lessa Mansur	Aceito
Outros	Declaracao_Prof_Wilson_Jacob_Filho.P DF	17/04/2017 16:20:22	Leticia Lessa Mansur	Aceito
Outros	Cadastro_institucional.pdf	17/04/2017 16:17:40	Leticia Lessa Mansur	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PPintegral_Dani_Tonellotto.pdf	13/03/2017 20:40:54	Leticia Lessa Mansur	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Daniela_Tonelloto.pdf	13/03/2017 20:39:56	Leticia Lessa Mansur	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010

UF: SP Município: SAO PAULO



### USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.071.296

Ausência	TCLE_Daniela_Tonelloto.pdf	13/03/2017	Leticia Lessa Mansur	Aceito
	100	20:39:56		

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2017

Assinado por: ALFREDO JOSE MANSUR (Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar UF: SP Muni CEP: 05.403-010

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

### Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

## HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### DADOS SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: "Funcionalidade global e da deglutição em idosos com comprometimento cognitivo avançado".

PESQUISADOR PRINCIPAL: Leticia Lessa Mansur

DEPARTAMENTO / INSTITUTO: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

De acordo com a resolução 466/2012 os seguintes conteúdos devem fazer parte das explicações sobre a pesquisa.

#### Convite à participação -

Na qualidade de cuidador, o senhor(a) está sendo convidado(a) a participar voluntariamente no estudo "Deglutição e funcionalidade global em idosos com comprometimento cognitivo avançado". Esse estudo busca identificar as dificuldades para engolir saliva, líquidos, remédios ou alimentos em idosos com comprometimento cognitivo avançado, por exemplo os pacientes com doença de Alzheimer e/ou outras doenças relacionadas, como é o caso de seu familiar. Assim, podermos avaliar como o grau de dificuldade para engolir está associado às habilidades para realizar atividades de vida diária dos pacientes.

### Justificativa e objetivos do estudo -

O objetivo do estudo é classificar o grau de funcionalidade da deglutição, verificando a capacidade de ingerir variadas consistências e a dependência de seu familiar, em relação a outra pessoa, para a alimentação. O propósito é que esse método possa ser integrado à rotina de avaliação clínica fonoaudiológica.

#### Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados -

Serão consultados os dados de seu familiar, que estão numa planilha. Esses dados dizem respeito às avaliações que foram realizadas por médicos (avaliações sobre o funcionamento do paciente em casa – o que ele consegue e não consegue fazer, capacidades mentais, comportamento e outras avaliações clínicas) e fonoaudiólogos (avaliação de estrutura e funcionamento de lábios, língua, bochechas, dentição e higiene oral dos pacientes, capacidade de mastigação e deglutição de alimentos sólidos e líquidos, assim como da comunicação). Não há riscos previstos e tampouco desconforto, pois serão consultados os dados armazenados no banco do ambulatório. Caso seja necessário consultaremos o prontuário para complementar as informações.

Explicitação de possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa – Não há riscos previstos.

### Benefícios esperados para o participante -

Tais dados auxiliarão a aprimorar a avaliação dos pacientes e direcionar condutas da equipe de saúde. Não é esperado benefício direto e imediato a você ou seu familiar/paciente. Porém a partir desse estudo poderemos entender melhor como os problemas de alimentação podem afetar o dia-a-dia.

## Esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa

A rotina de acompanhamento pela equipe de saúde seu e de seu familiar/-paciente não será alterada pela pesquisa.

Seus direitos e de seu familiar/paciente permanecem inalterados.

Não divulgaremos em nenhum momento sua identidade e todos os dados obtidos serão mantidos em lugar seguro. Se for necessário mencionar algum dado seu, utilizaremos iniciais desconhecidas, por exemplo, J.F. para indicar seu nome.

## Garantias de plena liberdade ao participante de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, de sigilo e privacidade

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento no HC.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada sua identificação.

É garantido o seu direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O senhor receberá uma via deste termo de consentimento.

### Explicitação das garantias de ressarcimento por despesas decorrentes da pesquisa e explicitação da garantia de indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa –

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

A participação nesta pesquisa não será remunerada, nem haverá ressarcimento das despesas de transporte, alimentação ou qualquer outra.

O material coletado para esta pesquisa será armazenado de acordo com a resolução 441/2011. O pesquisador assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é a Dra. Letícia Lessa Mansur que pode ser encontrada no endereço *Rua Cipotanea n. 51*. Telefone(s) 11-3091-8414. A pesquisadora executante Daniela Tonellotto dos Santos pode ser encontrada no telefone 11-23358160 – e-mail: daniela.tonellotto@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – R. Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – Tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549. E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

Fui suficientemente informado a respeito do estudo "Funcionalidade global e da deglutição em idosos com comprometimento cognitivo avançado".

Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável Leticia Lessa Mansur ou Daniela Tonelloto dos Santos (pesquisadora executante) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Assinatura do participante / representante legal:	Data://
Assinatura do responsável pelo estudo:	Data://

# Anexo C - Mini-Mental State Examination (MMSE) / Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

(Folstein et al, 1975; Brucki, 2003).

Nome:	Idade:
Escolaridade:	Data//
Orientação Temporal	/ 5
Dia do mês	/ 1
Mês	/1
Ano	/1
Dia da semana	/ 1
Hora	/1
Orientação Espacial	/5
Local específico	/ 1
Bairro ou rua próxima	/ 1
Andar	/1
Cidade	/ 1
Estado	/1
Memória Imediata	/3
Vaso	/1
Carro	/1
Tijolo	/1
Atenção e Cálculo	
100 – 7 sucessivos:	
93 - 86 - 79 - 72 - 65	
Memória de evocação	/3
Carro	/ 1
Vaso	/ 1
Tijolo	/1
Linguagem	
Nomeação:	
Relógio	/ 1
Caneta	/ 1
Repetir: Nem aqui, nem ali, nem lá	
Comando verbal: Pegue este papel com sua mão direita,	/ 3
dobre ao meio e coloque no chão.	
Ler e executar: "Feche os olhos"	/ 1
Escrever uma frase	/ 1
Copiar um desenho	/ 1
Pontuação Total:	/ 30
Soletrar a palavra mundo de trás para frente	
Pontual Final:	/ 35



## Anexo D – Severe Mini-Mental State Examination (SMMSE) / Mini Exame do Estado Mental Grave (MEEM-g)

(Harrel et al, 2000; Wajman et al, 2014)

MEEM-g						
	Nome					
(1 ponto se a resposta for próxima do correto; 3 pontos se a resposta for completamente correta)						
Primeiro		Último				
	Data de nascimento					
(1 ponto se qualquer ele	mento for correto; 2 pontos se a respo correta)	osta for completamente				
	Repita as palavras					
	(1 ponto para cada palavra)					
Pássaro	Casa	Sombrinha				
	Siga as instruções					
(1 ponto por atender ao co	omando; 2 pontos por manter o comar	ndo (após 5 segundos) até				
	que se ordene que pare)					
Levante a mão		Feche os olhos				
	Nomeação de objetos simples					
	(1 ponto para cada objeto)					
Caneta	Relógio	Sapato				
Desenho do círculo a partir de um comando						
	(1 ponto)					
	Círculo					
	Cópia de um quadrado					
	(1 ponto)					
	Quadrado					
	Escrever o nome					
	sta for aproximada; 2 pontos se compl	letamente correta) Último				
Primeiro	Fluida de enimeia	Uitimo				
	Fluência de animais					
1 a 2 animais, 1 nanta	(número de animais em um minuto)	Mais de 4 animais: 3				
1 a 2 animais: 1 ponto	3 a 4 animais: 2 pontos pontos	ividis de 4 dillilidis. 5				
	Soletre a palavra					
"BOI" (1 ponto para cada letra dita em ordem correta)						
B =	O =	=				
<u> </u>	<u> </u>	ı –				
Total máximo = / 30 pontos						

## Anexo E – Escore Clínico de Demência / Clinical Dementia Rating Scale (CDR)

(Hughes, 1982; Morris, 1993; Montaño et al, 2005; Chaves, 2007)

Esta é uma entrevista semi-estruturada. Por favor, faça todas as perguntas.

### QUESTÕES SOBRE MEMÓRIA PARA O INFORMANTE

Ele/ela tem algum problema ou pensamento (raciocínio)?				
( ) sim				
1a. Se sim, é um problema constante? (em oposição a eventual raro)				
( ) sim ( ) não 2. Ele/ela pode se lembrar de eventos recentes?				
( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente				
3. Ele/ela pode se lembrar de uma lista curta de itens (compras)?				
( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) ( ) frequentemente ( ) às vezes				
( ) raramente raramente				
4. Houve algum declínio de memória no último ano?				
( ) sim ( ) não				
5. Sua memória está comprometida a tal ponto que teria interferido em suas atividades				
de vida diária de alguns anos atrás? (ou atividades pré-aposentadoria) – opinião de				
outros informantes.				
( ) sim ( ) não				
6. Ele/ela esquece completamente de um evento importante (ex. viagem, festa,				
casamento em família) algumas semanas depois do evento?				
( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente				
7. Ele/ela se esquece de detalhes pertinentes de um evento importante?				
( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente				
8. Ele/ela se esquece completamente de informações importantes do passado distante				
(ex. data de nascimento, data de casamento, local do emprego)?				
( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente 9. Fale sobre algum evento recente da vida dele/dela que ele/ela deveria se lembrar.				
(Para um teste a ser realizado mais tarde, obtenha detalhes tais como localização do				
evento, horário, participantes, por quanto tempo durou o evento, a que horas acabou				
e como o sujeito ou outros participantes chegaram lá.				
Dentro de uma semana:				
Dentro de um mês:				
10. Quando ele/ela nasceu?				
11. Onde ele/ela nasceu?				
12. Qual foi a última escola que ele/ela frequentou?				
Nome:				
Local:				
Série:				
13. Qual foi a principal ocupação/emprego dele/dela? (ou emprego do cônjuge se o sujeito				
não trabalhava fora).				
44 Ovel fei a última amangara impagtanta? (av amangara da aânivas as a avisita mão				
<ol> <li>Qual foi o último emprego importante? (ou emprego do cônjuge se o sujeito não trabalhava fora).</li> </ol>				
liabalilava ibiaj.				
15. Quando ele/ela (ou cônjuge) se aposentou e por quê?				
To: Quanta dio dia dellago, de aposentou e per que.				
QUESTÕES SOBRE ORIENTAÇÃO PARA O INFORMANTE				
Com que frequência ele/ela sabe o exato:				
1. Dia do mês?				
( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) não sabe				
2. Mês?				

( ) frequentemente ( ) às vez	es (	) raramente	( ) r	não sabe
3. Ano?		\	<i>(</i> )	~~
( ) frequentemente ( ) às vez 4. Dia da semana?	.es (	) raramente	( ) r	não sabe
( ) frequentemente ( ) às vez	, se.	) raramente	( ) r	não sabe
5. Ele/ela tem dificuldade com rela				
relação uns com os outros)?	good tompo	raio (quariao o	0 0 0 0 1 1 1 0 0	oonoram om
( ) frequentemente ( ) às vez	es (	) raramente	( ) r	não sabe
6. Ele/ela pode achar seu caminho	em ruas con	hecidas?		
( ) frequentemente ( ) às vez		) raramente		não sabe
7. Com que frequência ele/ela sabe				•
( ) frequentemente ( ) às vez		) raramente		não sabe
QUESTÕES SOBRE JULGAM	INFORMA	NTE		
1. Em geral, se você tivesse qu			dele/dela p	ara resolver
problemas atualmente, você cons	sideraria que	e elas sao:		
<ul><li>( ) tão boas quanto sempre foram.</li><li>( ) boas, mas não tão boas quanto</li></ul>	antos			
( ) regulares.	arites.			
( ) ruins.				
( ) Não há nenhuma habilidade.				
2. Avalie a habilidade dele/dela en	n lidar com	pequenas quar	ntidades de	dinheiro (ex.
trocar dinheiro, dar gorjeta):				
( ) Não há perda.				
( ) Alguma perda.				
<ul><li>( ) Perda grave.</li><li>3. Avalie a habilidade dele/dela em</li></ul>	lidar com t	rancações fina	nonirae com	policadae (ov
pagar contas, controle de conta t		iansações ima	iiceiias coii	ipiicauas (ex.
( ) Não há perda.	arioaria).			
( ) Alguma perda.				
( ) Perda grave.				
4. Ele/ela pode lidar com uma		cia doméstica	(ex. vaz	amento nos
encanamentos, pequenos incênc	lios):			
( ) tão bem quanto antes.	المامام المامام	a nanaamanta	(raciacínia)	
<ul><li>( ) pior do que antes por causa da c</li><li>( ) pior do que antes por outra razã</li></ul>		e pensamento	(raciocirilo).	
( ) pior do que arties por outra razar	J. Quai.			
5. Ele/ela pode entender situações	ou explicaçõ	ies?		
( ) frequentemente ( ) às vez	es (	) raramente		não sabe
6. Ele/ela se comporta de modo ap	propriado en	n situações soc	iais e em ir	nteração com
outras pessoas?				
( ) frequentemente ( ) às vez		) raramente		não sabe
QUESTÕES SOBRE ASSUN	ITOS COMU	JNITARIOS PA	RA O INFO	RMANIE
Ocupacional  1. O sujeito ainda está trabalhando	? ( ) sim	( ) não	( ) NA	
Se não aplicável, vá para o item n. 4	: ( ) 51111	( ) Hau	( ) 11/2	`
Se sim, vá para o item n. 3				
Se não, vá para o item n. 2				
2. Os problemas de memória ou de	pensamento	(raciocínio) co	ntribuíram p	ara a decisão
do sujeito de se aposentar? (a qu	ıestão 4 é a	próxima)		
( ) sim ( ) não ( ) NA				
3. O sujeito tem dificuldade signific		u trabalho por d	causa de pr	oblemas com
memória ou pensamento (raciocí	,	\ raramanta	/ \	são sobo
( ) frequentemente ( ) às vez	.೮೦ (	) raramente	1 ( )	não sabe
4. Ele/ela alguma vez dirigiu carro?				
( ) sim ( ) não				
5. Ele/ela dirige carros atualmente?				

( ) sim ( ) não
<ul><li>6. Se não, é devido problemas de memória ou pensamento (raciocínio)?</li><li>( ) sim ( ) não</li></ul>
7. Se ele/ela ainda dirige, há problema ou riscos devido ao pensamento (raciocínio) pobre?
( )sim ( )não
8. Ele/ela é capaz de fazer compras para suas próprias necessidades independentemente?
( ) raramente ou nunca ( ) às vezes ( ) frequentemente ( ) não sabe
9. Ele/ela é capaz de fazer atividades independentemente fora de sua casa?
( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) não sabe
10. Ele/ela é levado a eventos sociais fora da casa de familiares?
( ) sim ( ) não. Se não, por quê?
11. Um observador casual do comportamento do sujeito pensaria que ele está doente?  ( ) sim ( ) não
<ul><li>12. Se institucionalizado, ele/ela participa bem de atividades sociais?</li><li>( ) sim ( ) não</li></ul>
IMPORTANTE: As informações coletadas são suficientes para classificar o nível de
comprometimento do sujeito em assuntos comunitários?
Se não, por favor, investigue mais. Atividades na comunidade: tais como ir à igreja, visitar
amigos ou família, atividades políticas, organizações profissionais, clubes sociais, organização
de serviços, programas educacionais.  Por favor, adicione notas se necessário para esclarecer o nível de funcionamento do sujeito
nessa área.
QUESTÕES SOBRE O LAR E ATIVIDADES DE LAZER PARA O INFORMANTE
1a. Que mudanças ocorreram em suas habilidades de realizar taefas domésticas?
1b. O que ele/ela ainda pode fazer bem?
2a. Que mudanças ocorreram em suas habilidades para realizar seus passatempos (hobbies)?
2b. O que ele/ela ainda faz bem?
3. Se institucionalizado, o que ele/ela não pode mais fazer bem (casa e hobbies)?
Atividades de vida diária
Habilidade para realizar tarefas domésticas
0 (nenhuma perda) 0,5 (alguma perda) descreva 1 (perda grave)
Ele/ela é capaz de realizar tarefas domésticas até o nível de:
( ) sem função significativa (realiza atividades simples, tais como fazer a cama, somente com
muita supervisão.
( ) funciona somente em atividades limitadas (com alguma supervisão, lava louças com
firmeza aceitável, coloca a mesa).
( ) funciona independentemente em algumas atividades (opera equipamentos, tal como aspirador de pó, prepara refeições simples.
( ) funciona em atividades usuais, mas não no nível usual.
( ) funciona normalmente em atividades usuais.
IMPORTANTE: As informações coletadas são suficientes para classificar o nível de
comprometimento do sujeito em casa & hobbies? Se não, por favor, investigue mais. Tarefas
domésticas, tais como cozinhar, lavar, limpar, fazer compras, levar o lixo para fora, limpar o
quintal, manutenção de cuidados básicos e reparos básicos na casa. Hobbies: costurar, pintar,
artesanato, leitura, entretenimento, fotografia, jardinagem, ir ao teatro ou concerto, trabalho
artesanato, leitura, entretenimento, fotografia, jardinagem, ir ao teatro ou concerto, trabalho em madeira, participação em esportes.
artesanato, leitura, entretenimento, fotografia, jardinagem, ir ao teatro ou concerto, trabalho em madeira, participação em esportes.  QUESTÕES SOBRE O AUTOCUIDADO PARA O INFORMANTE
artesanato, leitura, entretenimento, fotografia, jardinagem, ir ao teatro ou concerto, trabalho em madeira, participação em esportes.

	(2) sequê	ncia errada, esque	ece itens comumente	(3) incapaz de se ve	estir.
	Lavar-se	/arrumar-se			
	(0) Sem	ajuda (1) necessit	a de estímulo		
	, ,	• • •	le ajuda (3) sempre	ou quase sempre pre	cisa de aiuda.
	Hábitos a		(-,		
			os talheres adequado	os (1) de modo de:	sorganizado utiliza
		as colher	oo tamoroo aaoqaaa	(1) 40 111040 40	oorganizado alinza
		as sólidos simples	(3) tem au	e ser alimentado.	
		de esfincteres	(5) tem que	, ser ammeritade.	
		ole completo norm	al (1) acasion	almente molha a cam	10
	` '	•	` ,		Id
		entemente molha a		ente incontinente	
			se o autocuidado esti		ando comparado a
un	i estado an		não receba estímulo		
	4 1/ 2 (		ES SOBRE MEMÓR		
			n memória ou pensam	ento (raciocinio)?	
_	( ) sim	( ) não	A		
2.			seu cônjuge (etc.) m		
			ocê pode me dizer alç		
		· ·	s como localização d		
	•	evento durou, quan	do terminou e como o	sujeito ou outros parti	cipantes chegaram
	ao local.				
		e uma semana			
	1,0 em gr	ande parte correto	)		
	0,5				
	0 em gra	ande parte incorret	to.		
	Dentro d	e um mês			
	1,0 em gr	ande parte correto	)		
	0,5	•			
		ande parte incorret	to.		
3.	Eu vou d	ar a você um nom	ne e um endereço pa	ra você se lembrar p	or alguns minutos.
			eço depois de mim.		rase seja repetida
	corretame	ente, ou até um ma	áximo de três tentativa	as.	
	1	2	3	4	5
	João	Silva	Rua Central	42	São Paulo
	João	Silva	Rua Central	42	São Paulo
	João	Silva	Rua Central	42	São Paulo
	(sublinhe	elementos repetid	os corretamente em o	cada tentativa)	
ļ.		ocê nasceu?		,	
		cê nasceu?			
			você frequentou?		
•	Nome:	a anima oooona qaa	voco noquentou.		
	Lugar:				
	Série:				
7.		2 6112 061122620 21	rincipal (ou do cônjuge	o co não octava ompr	ogađa)
•	Qual ela	a sua ucupaçau pi	incipal (ou do conjuge	e se nao estava empr	egauo)
3.	Ougl foi o	ou último omproge	importanto (ou do oâ	iniugo co não cotovo	omprogodo)
٠.	Qual loi s	eu ullimo emprego	o importante (ou do cô	onjuge se nao estava	empregado)
_	Ougada:	(000 (011 0011 00 11 00 11 00 11 11 11 11 11 1	ao) oo oooootaa ===	ar auô?	
9.	Quando V	oce (ou seu conju	ge) se aposentou e po	or que?	
10.	. Repita o i	-	o que eu pedi para o S		
	1	2	3	4	5
	João	Silva	Rua Central	42	São Paulo
	João	Silva	Rua Central	42	São Paulo
	João	Silva	Rua Central	42	São Paulo
	(sublinhe	elementos repetid	os corretamente em o	cada tentativa)	
	<u>.</u>		S SOBRE ORIENTA	-	ΓΟ
A note a resposta do sujeito literalmente para cada questão					
The state and adjust make the same description					

1. Qual a data de hoje (dia do mês)?	( ) correto ( ) incorreto
2. Qual dia da semana é hoje?	( ) correto ( ) incorreto
3. Em que mês estamos?	( ) correto ( ) incorreto
4. Em que ano?	( ) correto ( ) incorreto
5. Qual é o nome deste lugar?	( ) correto ( ) incorreto
6. Em que cidade estamos?	( ) correto ( ) incorreto
7. Que horas são?	( ) correto ( ) incorreto
8. O sujeito sabe quem é o informante? (or	
( ) correto ( ) incorreto	on the second se
	TO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS
Instruções: se a resposta inicial não correspondentificar o melhor entendimento do sujeito sobre	der a uma nota zero, explore o assunto para
Similaridades	-
Exemplo: No que um lápis e uma caneta são se	melhantes (se parecem ou tem em comum)?
(instrumentos para escrever). No que essas cois	
em comum)?	(
Resposta do sujeito	
Beterraba e couve-flôr	
(0) = vegetais	
(1) = comestíveis, coisas vivas, podem ser o	cozidos, etc.
(2) = resposta não pertinente, diferenças, po	
2. Escrivaninha e estante	
(0) = móveis, móveis de escritório, ambos g	uardam livros
(1) = de madeira, com pernas	
(2) = não pertinente, diferenças	
Diferenças	
Ex. qual a diferença entre açúcar e vinagre? (do	oce x azedo). Qual é a diferença entre essas
coisas?	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Resposta do sujeito	
3. Mentira e erro	
(0) = uma de propósito, outra não intenciona	al
(1) = uma ruim, a outra boa – ou explica só	
(2) = qualquer outra coisa, similaridades	
4. Rio e canal	
(0) = natural – artificial	
(1) = qualquer outra coisa	
Cálculos	
5. Quantas moedas de 5 centavos há em F	R\$1
( ) correto ( ) incorreto	·
6. Quantos 25 centavos há em R\$ 6,75?	
( ) correto ( ) incorreto	
7. Subtraia 3 de 20 e continue subtraindo 3	de cada número até o final
( ) correto ( ) incorreto (20, 17, 1	
Julgamento	1 1 -1 -1 1
	como você faria para localizar um amigo que
•	de informações da cidade, iria a um serviço
	ndereços, ligaria para um amigo comum.
	fonista (frequentemente não dará o endereço)
(2) = sem resposta clara.	( 1
	e dele e ao estágio da vida e entendimento do
	a/exame (pode já ter sido coberto, mas avalie
( ) boa percepção ( ) percepção par	cial ( ) pouca percepção.

Escore Clínico de	e Demência (CDR)	FONTO	AÇÃO CDR	0 0,5	1 2 3
Comprometime				0,5	
<u> </u>	Normal ( 0 )	Questionável (0,5)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)
Memória	Sem perda de memória ou esquecimento leve e inconstante.	Esquecimento leve e constante (em oposição a eventual): recordação parcial de eventos; esquecimento "benigno".	Moderada perda de memória; mais marcada para eventos recentes; déficit interfere nas atividades cotidianas.	Perda de memória grave; somente retém material intensamente aprendido; material no rapidamente perdido.	Perda de memória grave.
Orientação	Plenamente orientado.	Plenamente orientado, exceto por leve dificuldade nas relações temporais.	Dificuldade moderada com relações temporais; orientado para lugar do exame; pode ter desorientação geográfica em outros lugares.	Dificuldade grave com relações temporais; usualmente desorientado para o tempo e, frequentemente para o espaço.	Orientado apenas para pessoa.
Julgamento e resolução de problemas	Resolve bem problemas diários e administra bem negócios e finanças; bom julgamento em relação ao desempenho prévio.	Leve dificuldade em resolver problemas, similaridades e diferenças.	Dificuldade moderada para administrar problemas, similaridades e diferenças; julgamento social usualmente mantido.	Grave dificuldade em administrar problemas, similaridades e diferenças; julgamento social usualmente comprometido.	Incapaz de fazei julgamentos ou de resolver problemas.
Assuntos Comunitários	Função independente no nível usual no trabalho, em compras, grupos sociais ou de voluntários.	Leve dificuldade nessas atividades.	Incapaz de funcionar independentemente nessas atividades, embora ainda possa engajar-se em algumas; parece normal à inspeção casual.	Nenhuma referência a funcionamento independente fora de casa. Parece estar bem para ser levado a atividades fora do ambiente familiar.	Nenhuma referência a funcionamento independente fora de casa. Parece estar muito doente para ser levado a atividades for do ambiente familiar.
Tarefas do lar e atividades de lazer	Vida no lar, passatempos e interesses intelectuais bem mantidos.	Vida no lar, passatempos e atividades intelectuais levemente comprometidas.	Dificuldade leve, mas evidente nas funções do lar, tarefas mais difíceis abandonadas; passatempos e interesses mais complexos abandonados.	Somente tarefas simples preservadas, interesses muito restritos e mal sustentados.	Sem função significativa em casa.
Autocuidado	Plenamente capa	z de autocuidar-se.	Necessita de estímulo.	Requer ajuda para vestir-se, higiene e cuidados pessoais.	Requer muita ajuda para o cuidado pessoa incontinência frequente.

# Anexo F- Hachinsk Ischemic Scale / Escore Isquêmico de Hachinski (Hachinski, 1975)

1.	Início abrupto	0 – 2
2.	Deterioração em degraus	0-1
3.	Curso flutuante	0 – 2
4.	Confusão noturna	0 – 1
5.	Preservação relativa da personalidade	0 – 1
6.	Depressão	0 – 1
7.	Queixas somáticas	0 – 1
8.	Instabilidade emocional	0 – 1
9.	História ou presença de HAS	0 – 2
10.	História de AVC	0 – 2
11.	Evidência de aterosclerose	0-1
12.	Sintomas neurológicos focais	0 – 2
13.	Sinais neurológicos focais	0 – 2

Total: \_\_\_\_\_

### Pontuação

0 - 3	Sugestivo de doença de Alzheimer
4 - 6	Inconclusivo ou doença mista
7 - 18	Sugestivo de demência vascular

## Anexo G – Pfeffer Functional Activities Questionnaire (FAQ) / Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer

(Pfeffer, 1982; Sanchez et al, 2011)

Quanto mais elevado o escore, maior a dependência de assistência.

1.	Ele (ela) manuseia seu próprio dinheiro?	
0 = Nor	mal 1 = Faz com dificuldade	2 = Necessita de ajuda 3 = Não é capaz
0 = Nur	nca o fez, mas pode fazer agora	1 = Nunca o fez, agora teria dificuldade
2.	Ele (ela) é capaz de comprar roupas, comi	ida e coisas para a casa sozinho (a)?
0 = Nor	mal 1 = Faz com dificuldade	2 = Necessita de ajuda 3 = Não é capaz
0 = Nur	nca o fez, mas pode fazer agora	1 = Nunca o fez, agora teria dificuldade
3.	Ele (ela) é capaz de esquentar a água para	a o café e apagar o fogo?
0 = Nor	mal 1 = Faz com dificuldade	2 = Necessita de ajuda 3 = Não é capaz
0 = Nur	nca o fez, mas pode fazer agora	1 = Nunca o fez, agora teria dificuldade
4.	Ele (ela) é capaz de preparar uma comida	?
0 = Nor	mal 1 = Faz com dificuldade	2 = Necessita de ajuda 3 = Não é capaz
0 = Nur	nca o fez, mas pode fazer agora	1 = Nunca o fez, agora teria dificuldade
5.	Ele (ela) é capaz de manter-se em dia con	n as atualidades, com os acontecimentos da
	comunidade ou da vizinhança?	
0 = Nor	mal 1 = Faz com dificuldade	2 = Necessita de ajuda 3 = Não é capaz
0 = Nur	nca o fez, mas pode fazer agora	1 = Nunca o fez, agora teria dificuldade
6.	Ele (ela) é capaz de prestar atenção, ente	nder e discutir um programa de rádio ou
	televisão, um jornal ou uma revista?	
0 = Nor	mal 1 = Faz com dificuldade	2 = Necessita de ajuda 3 = Não é capaz
0 = Nur	nca o fez, mas pode fazer agora	1 = Nunca o fez, agora teria dificuldade
7.	Ele (ela) é capaz de lembrar-se de compro	omissos, acontecimentos familiares e feriados?
0 = Nor	mal 1 = Faz com dificuldade	2 = Necessita de ajuda 3 = Não é capaz
0 = Nur	nca o fez, mas pode fazer agora	1 = Nunca o fez, agora teria dificuldade
8.	Ele (ela) é capaz de manusear seus própri	os remédios?
0 = Nor	mal 1 = Faz com dificuldade	2 = Necessita de ajuda 3 = Não é capaz
0 = Nur	nca o fez, mas pode fazer agora	1 = Nunca o fez, agora teria dificuldade
9.	Ele (ela) é capaz de passear pela vizinhan	ça e encontrar o caminho de volta para casa?
0 = Nor	mal 1 = Faz com dificuldade	2 = Necessita de ajuda 3 = Não é capaz
0 = Nur	nca o fez, mas pode fazer agora	1 = Nunca o fez, agora teria dificuldade
10.	Ele (ela) pode ser deixado (a) em casa soz	inho (a) de forma segura?
0 = Nor	mal 1 = Faz com dificuldade	2 = Necessita de ajuda 3 = Não é capaz
0 = Nur	nca o fez, mas pode fazer agora	1 = Nunca o fez, agora teria dificuldade
		<del>-</del>

# Anexo H – Activities of Daily Living Inventory (ADCS-ADL) / Inventário de Atividades de Vida Diária

(Galasko, 1997; Cintra, 2017)

	Qual opção melhor descreve o desempenho habitual de (P) nas últimas quatro semanas?
	(3) Comeu sem ajuda física e usou uma faca
1. Comer	(2) Usou garfo ou colher, mas não usou faca para comer
	(1) Comeu com os dedos
	(0) Foi geralmente sempre alimentado por outra pessoa
2. Andar (ou	Qual opção descreve o MELHOR desempenho nas últimas quatro semanas?
locomover-	(3) Móvel fora de casa sem ajuda física
se em	(2) Móvel atravessando o quarto sem ajuda física
cadeira de	(1) Passa da cama para a cadeira sem ajuda física
rodas)	(0) Precisa de ajuda física para andar ou passar da cama para a cadeira
3. Ir ao	Qual opção melhor descreve o desempenho USUAL de (P) nas últimas quatro semanas?
banheiro	(3) Fez tudo que precisava sem supervisão ou ajuda
(evacuação	(2) Precisou de supervisão, mas não de ajuda física
ou diurese	(1) Precisou de ajuda física e estava, no geral, continente
no vaso)	(1) Precisou de ajuda física e estava, no geral, incontinente
4. Banho	Qual opção melhor descreve o desempenho USUAL de (P) nas últimas quatro semanas?
	(3) Tomou banho sem precisar ser lembrado ou de ajuda física
	(2) Ajuda física não foi necessária, mas precisou de supervisão/lembretes para banho
	completo
	(1) Necessitou de pouca ajuda física (ex.: lavar os cabelos) para tomar banho completo
	☐ (0) Precisou que outra pessoa lhe desse banho
5. Cuidados com	Qual opção melhor descreve o MELHOR desempenho de (P) nas últimas quatro semanas?
a aparência	(3) Limpou e cortou as unhas sem ajuda física
	(2) Escovou ou penteou os cabelos sem ajuda física
	(1) Manteve o rosto e as mãos limpas sem ajuda física
	☐ (0) Precisou de ajuda para cuidar das mãos, rosto, cabelos e unhas
6. Vestir	Em relação a se vestir fisicamente, qual a opção melhor descreve o desempenho USUAL nas
	últimas quatro semanas?
	(4) Vestiu-se completamente sem supervisão ou ajuda física
	(3) Vestiu-se completamente com supervisão mas ajuda física
	(2) Precisou de ajuda física com botões, grampos e cadarços
	1) Vactiu sa completemente com ciudo co o rouna não procisação cor fachado ou abetando
	(1) Vestiu-se completamente sem ajuda se a roupa não precisasse ser fechada ou abotoada
7. Uso do	(0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa
7. Uso do telefone	
telefone	(0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa  Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?
	(0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa  Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro
telefone Sim → Não	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> </ul>
telefone ☐ Sim →	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> <li>☐ (4) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, sem necessidade de lista</li> </ul>
telefone Sim → Não	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> <li>☐ (4) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, sem necessidade de lista telefônica ou auxílio a lista</li> </ul>
telefone Sim → Não	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> <li>☐ (4) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, sem necessidade de lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (3) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, utilizando a lista</li> </ul>
telefone Sim → Não	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> <li>☐ (4) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, sem necessidade de lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (3) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, utilizando a lista telefônica ou auxílio a lista</li> </ul>
telefone Sim → Não	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> <li>☐ (4) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, sem necessidade de lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (3) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, utilizando a lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (2) Atendeu o telefone, mas não fez ligações</li> </ul>
telefone Sim → Não Não sei	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> <li>☐ (4) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, sem necessidade de lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (3) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, utilizando a lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (2) Atendeu o telefone, mas não fez ligações</li> <li>☐ (1) Não atendeu o telefone, mas falou quando colocado na linha</li> </ul>
telefone Sim → Não Não Não sei  8. Assistir	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> <li>☐ (4) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, sem necessidade de lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (3) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, utilizando a lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (2) Atendeu o telefone, mas não fez ligações</li> <li>☐ (1) Não atendeu o telefone, mas falou quando colocado na linha</li> <li>Se SIM, faça todas as perguntas</li> </ul>
telefone Sim → Não Não Não sei  8. Assistir televisão	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> <li>☐ (4) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, sem necessidade de lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (3) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, utilizando a lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (2) Atendeu o telefone, mas não fez ligações</li> <li>☐ (1) Não atendeu o telefone, mas falou quando colocado na linha</li> <li>Se SIM, faça todas as perguntas</li> <li>(a) Geralmente selecionava ou pedia programas diferentes ou o seu programa predileto?</li> </ul>
telefone  Sim →  Não  Não sei  8. Assistir televisão  Sim →	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> <li>☐ (4) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, sem necessidade de lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (3) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, utilizando a lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (2) Atendeu o telefone, mas não fez ligações</li> <li>☐ (1) Não atendeu o telefone, mas falou quando colocado na linha</li> <li>Se SIM, faça todas as perguntas</li> <li>(a) Geralmente selecionava ou pedia programas diferentes ou o seu programa predileto?</li> <li>(2) ☐ Sim</li> <li>(0) ☐ Não</li> <li>(0) ☐ Não sei</li> </ul>
telefone Sim → Não Não Não sei  8. Assistir televisão	<ul> <li>☐ (0) Precisou de ajuda sempre, independente do tipo de roupa</li> <li>Se SIM, qual a opção melhor descreve o seu desempenho mais elevado nas últimas quatro semanas?</li> <li>☐ (5) Fez ligações telefônicas depois de procurar os números nas páginas amarelas, ou depois de ligar no auxílio a lista</li> <li>☐ (4) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, sem necessidade de lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (3) Fez ligações telefônicas apenas para números bem conhecidos, utilizando a lista telefônica ou auxílio a lista</li> <li>☐ (2) Atendeu o telefone, mas não fez ligações</li> <li>☐ (1) Não atendeu o telefone, mas falou quando colocado na linha</li> <li>Se SIM, faça todas as perguntas</li> <li>(a) Geralmente selecionava ou pedia programas diferentes ou o seu programa predileto?</li> </ul>

	(2) ☐ Sim (0) ☐ Não (0) ☐ Não sei
9. Participar de	Nas últimas quatro semanas, (P) pareceu prestar atenção à conversas formais ou informais por
uma conversa	pelo menos cinco minutos? Obs.: não precisa ter começado a conversa
$\square$ Sim $\rightarrow$	(3) GERALMENTE dizia coisas relacionadas ao assunto
□ Não	(2) GERALMENTE dizia coisas não relacionadas ao assunto
Não sei	(1) Raramente ou nunca falava
10. Tirar a mesa	Tirava os pratos da mesa após uma refeição ou lanche? Se positivo, qual opção melhor
$\square$ Sim $\rightarrow$	descreve o desempenho dele?
□ Não	(3) Sem ajuda ou supervisão
☐ Não sei	(2) Com supervisão
_	(1) Com ajuda física
11. Encontrar	Nas últimas quatro semanas, em geral (P) conseguia encontrar os seus objetos pessoais em
objetos pessoais	casa? Se positivo, qual das opções melhor reflete seu desempenho?
∏ Sim →	(3) Sem ajuda ou supervisão
Não	(2) Com supervisão
☐ Não sei	(1) Com ajuda física
12. Conseguir	Preparou algo quente ou frio para beber nas últimas quatro semanas? (algo frio inclui um copo
algo para beber	de água) Se sim, qual opção melhor descreve o seu mais elevado desempenho?
∏ Sim →	(3) Preparou algo quente para beber, habitualmente sem ajuda física
□ Não	(2) Preparou algo quente para beber, habitualmente se outra pessoa aquecesse a água
☐ Não sei	(1) Conseguiu algo frio para beber, habitualmente sem ajuda física
13. Jogar fora o	Colocou o lixo em lugar apropriado ou em recipiente em casa, sem ajuda física, nas últimas
lixo	quatro semanas? Se positivo, qual opção melhor descreve seu desempenho?
$\square$ Sim $\rightarrow$	(3) Sem ajuda ou supervisão
□ Não	(2) Com supervisão
☐ Não sei	(1) Com ajuda física
14. Viajar	Saiu de casa ou viajou nas últimas quatro semanas? Se positivo, qual a opção melhor descreve
∏ Sim →	seu desempenho?
□ Não	(4) Sozinho, afastou-se de casa por mais de 1,5 km
☐ Não sei	(3) Sozinho, porém mantendo-se a distância de até 1,5 km de casa
	(2) Somente quando acompanhado e supervisionado, independente do deslocamento
	(1) Somente com ajuda física, independente do deslocamento
15. Ficar	Foi deixado sozinho alguma vez nas últimas quatro semanas? Obs.: ser levado para instituição
sozinho	ou ficar a cargo de cuidador não é sozinho. Se SIM, faça todas as perguntas.
☐ Sim →	(a) Fora de casa, por 15 minutos ou mais, durante o dia?
□ Não	(2) ☐ Sim (0) ☐ Não (0) ☐ Não sei
☐ Não sei	(=) [ = (=) [ =
	(b) Em casa, por 1 hora ou mais, durante o dia?
	(2) ☐ Sim (0) ☐ Não (0) ☐ Não sei
	(7) 1 (3) 1 (3)
	(c) Em casa, por menos de 1 hora durante o dia?
	(2) ☐ Sim (0) ☐ Não (0) ☐ Não sei
16. Abrir a	Abriu normalmente a torneira para lavar as mãos ou o rosto sem ajuda nas últimas quatro
torneira	semanas?
	(2) ☐ Sim (0) ☐ Não (0) ☐ Não sei
17. Fechar a	Fechou normalmente a torneira depois de usar a pia sem ajuda nas últimas quatro semanas?
torneira	(2) ☐ Sim (0) ☐ Não (0) ☐ Não sei
18. Acender a	Ligou habitualmente a luz sem ajuda ao entrar em um cômodo ou ambiente escuro nas
luz	últimas quatro semanas?
	(2) ☐ Sim (0) ☐ Não (0) ☐ Não sei
19. Apagar a luz	Apagou a luz sem ajuda ao entrar em um cômodo ou ambiente escuro nas últimas quatro
	semanas?
	(2) ☐ Sim (0) ☐ Não (0) ☐ Não sei

## Anexo I – Functional Assessment Staging (FAST) / Avaliação da Evolução funcional

### (Sclan,1992; Reisbeg, 1988)

Estágio (FAST)	Características	Diagnóstico clínico
1	Sem perda de funções	Adulto normal
2	Dificuldade subjetiva para encontrar palavras ou de lembrar-se onde se encontram os objetos.	ldoso normal
3	Dificuldades observadas em atividades profissionais complexas (esquecer compromissos, queda de rendimento profissional, perder-se ao ir a locais menos conhecidos.	Compatível com DA incipiente
4	Dificuldades em tarefas cotidianas complexas. Ex.: cuidar das finanças, planejar um jantar ou preparar uma refeição mais elaborada, fazer compras.	DA leve
5	Requer auxílio na escolha do traje adequado.	DA moderada
6A	Requer auxílio para vestir-se.	DA moderada a grave
В	Requer auxílio para tomar banho adequadamente.	
С	Requer auxílio com as atividades mecânicas da toalete. Ex.: puxar a descarga, enxugar-se.	
D	Incontinência urinária.	
Ε	Incontinência fecal.	
7A	Fala restrita a cerca de meia dúzia de palavras por dia.	DA grave
В	Vocabulário inteligível limitado a uma única palavra por dia.	
С	Perda da capacidade de andar.	
D	Perda da capacidade de sentar-se na cama.	
Е	Perda da capacidade de sorrir.	
F	Perda da capacidade de manter a cabeça ereta.	

## (Escala de Estadiamento Funcional Modificada – FASTmod por Ricardo Nitrini)

4	Leve	Igual o nível 4 da FAST.
5	Moderada	Igual o nível 5 da FAST.
	Modorada gravo	Incontinente urinário, mas não acamado, igual ao nível 6A a
6	Moderada grave	6D da FAST.
7	Grave	Incontinente urinário e fecal, mas não acamado, igual ao
,		nível 6E a 7C da FAST.
0	Muito gravo	Incontinente urinário e fecal e acamado. Igual ao nível 7D a
8	Muito grave	7F da FAST.

## Anexo J – Neuropsychiatric Inventory (NPI) / Inventário Neuropsiquiátrico (INP)

### (Cummings et al, 1994)

Responder baseando-se nas mudanças que ocorreram desde que o paciente começou a ter problemas de memória. Marcar sim apenas quando o sintoma estiver presente. Do contrário, marcar não. Responda honestamente e meticulosamente as questões. Total\_\_\_\_\_/144 pontos.

Delírios	NIão	NA	O paciente acredita que alguém lo?	está querendo r	oubá-lo ou prejudica-	
Sim I	Não	NA	Frequência 1 2 3 4 Severida	ade 1 2 3	Estresse 1 2 3 4 5	
Alucinaçõe	es		O paciente age como se escutass existem?	se vozes? Fala co	om pessoas que não	
Sim I	Não	NA		ade 1 2 3	Estresse 1 2 3 4 5	
			O paciente é teimoso e rejeita aj			
Agitação			que se recusa a cooperar?			
Sim I	Não	NA	<u> </u>	ade 1 2 3	Estresse 1 2 3 4 5	
_ ~	/ I: C		O paciente age como se estivess	e triste ou de 'ba	aixo astral'. Refere	
Depressão			sentir-se triste ou deprimido?			
Sim I	Não	NA	Frequência 1 2 3 4 Severida	ade 1 2 3	Estresse 1 2 3 4	
			O paciente fica agitado quando s	se separa de voc	ê? Ele apresenta	
Ansiedade	9		sinais de nervosismo, preocupaç	ão, assusta-se p	or razões não	
Sim I	Não	NA	aparentes. Parece muito tenso o	u irrequieto?		
			Frequência 1 2 3 4 Severida	ade 1 2 3	Estresse 1 2 3 4 5	
F £ t - / - 1	_ ~ _ ~		O paciente parece animado dem	ais ou excessiva	mente feliz – sem	
Euforia/el	-	NI A	razão? Acha graça onde outros n	ão acham?		
Sim I	Não	NA	Frequência 1 2 3 4 Severida	ade 1 2 3	Estresse 1 2 3 4 5	
A	.I.C		O paciente parece menos interes	ssado em suas a	tividades habituais ou	
Apatia/ind	-		nas atividades e planos dos outro	os?		
Sim I	Não	NA	Frequência 1 2 3 4 Severida	ade 1 2 3	Estresse 1 2 3 4 5	
			O paciente parece agir impulsiva	mente? Ex: diz o	coisas que podem	
			magoar as pessoas, sem qualquer constrangimento ou fala			
Desinibiçã	ίο		abertamente coisas íntimas que em geral não se diz em público? Tira a			
Sim I	Não	NA	roupa em frente de outras pessoas / público – momentos não			
			apropriados?			
			Frequência 1 2 3 4 Severida	ade 1 2 3	Estresse 1 2 3 4 5	
			O paciente é impaciente e mal-h	umorado? Ele te	em dificuldade para	
Irritabilida	ade/lab	ilidade	lidar com atrasos ou para ficar esperando algo que esteja			
Sim I	Não	NA	programado? Seu humor é instáv			
			· .	ade 1 2 3	Estresse 1 2 3 4 5	
			O paciente fica fazendo coisas re			
			redor da casa, mexendo nos botó	ões da roupa, er	rolando um cordão	
Distúrbios	motor	es	ou fazendo outras coisas repetiti	vamente? Anda	sem motivo	
			aparente?			
			Frequência 1 2 3 4 Severida	ade 1 2 3	Estresse 1 2 3 4 5	
			O paciente acorda você a noite, a	acorda muito ce	do, cochila muito	
Comportamentos noturnos Sim Não NA			durante o dia? Tem dificuldade para dormir? Ele levanta a noite? (não			
			contar vezes que levanta para ir			
			imediatamente), anda ao acaso a	a noite? Veste-se	e ou perturba seu	
JIIII 1	1400	11/1	sono?			
			Fue 2 1 4 2 4 C 1 -1	ada 1 2 2	Estresse 1 2 3 4 5	
			Frequência 1 2 3 4 Severida			
Apetite/A	lteraçõ	es	O paciente perdeu ou ganhou pe			
alimentare	-	es NA	O paciente perdeu ou ganhou pe			

FREQUÊNCIA	SEVERIDADE	ESTRESSE DO CUIDADOR
1 – Ocasionalmente (menos que 1x/semana	1 – Leve: presente, mas produzindo pouca aflição no paciente.	0 = Nenhum
2 – Algumas vezes (cerca de 1x/semana	2 – Moderada: aflitiva e perturbadora.	1 = Mínimo (levemente estressante, lidar com a situação não chega a ser um problema)
3 – Frequentemente (várias vezes, menos que todos os dias)	Marcada: muito perturbadora	2 = Leve (não muito estressante, geralmente fácil de lidar com a situação.
Muito frequentemente (1 ou + vezes/dia		3 = Moderado (razoavelmente estressante, nem sempre fácil de lidar com a situação).
		4 = Importante (muito estressante, difícil de lidar com a situação). 5 = Muito importante
		(extremamente estressante, incapaz de lidar com a situação.

ltem	NA	Aus	Freq (F)	Int (I)	FxI	Desgaste
Delírios	Χ	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Alucinações	Χ	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Agitação	Χ	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Depressão/disforia	Χ	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Ansiedade	Х	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Euforia/elação	Χ	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Apatia/indiferença	Χ	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Desinibição	Χ	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Irritabilidade/labilidade	Χ	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Distúrbios motores	Х	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Comportamentos noturnos	Х	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Apetite/alterações alimentares	Х	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Total:						

# Anexo K – Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) / Escala Cornell para Depressão na Demência (ECDD)

(Alexopoulos, 1988; Carthery-Goulart et al, 2007)

Idade: Data/ Sexo:	Nome:_								
A avaliação deve basear-se nos sintomas e sinais que ocorreram na semana anterior à entrevista. Não pontuar se os sintomas resultarem de incapacidade física ou doença. As perguntas são feitas ao cuidador do doente.  Escore de 8 ou mais sugere sintomas depressivos significantes  A. Sinais relacionados com o humor  1. Ansiedade (expressão ansiosa, ruminações, preocupações) 2. Tristeza (expressão triste, voz triste, choro fácil) 3. Falta de reatividade a eventos prazerosos 4. Irritabilidade (facilmente aborrecido, temperamento explosivo) 4. Irritabilidade (facilmente aborrecido, temperamento explosivo) 5. Agitação (inquietação, torcer as mãos, puxar os cabelos) 6. Lentificação dos movimentos, discurso ou reações 6. Lentificação dos movimentos, discurso ou reações 7. Queixas somáticas múltiplas (escore 0 se for somente sintomas a 0 1 2 gastrointestinais) 8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais: a 0 1 2 pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).  C. Sinais físicos 9. Perda do apetite (come menos que o usual) 10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês).  D. Funções cíclicas 12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 apara este indivíduo) 14. Desperta muitas vezes durante o sono a 1 2 apara este indivíduo) 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2 apara este indivíduo) 16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2 afaz tentativas de suicídio) 17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2 19.	Idade: _	Data/Sexo:							
pontuar se os sintomas resultarem de incapacidade física ou doença. As perguntas são feitas ao cuidador do doente.  Escore de 8 ou mais sugere sintomas depressivos significantes  A. Sinais relacionados com o humor  1. Ansiedade (expressão ansiosa, ruminações, preocupações)	A = não avaliável 0 = ausente 1 = leve ou intermitente 2 = grave/intenso ou muito freque								
A. Sinais relacionados com o humor  1. Ansiedade (expressão ansiosa, ruminações, preocupações)  2. Tristeza (expressão triste, voz triste, choro fácil)  3. Falta de reatividade a eventos prazerosos  4. Irritabilidade (facilmente aborrecido, temperamento explosivo)  6. Lontificação dos movimentos  7. Queixas somáticas múltiplas (escore 0 se for somente sintomas a 0 1 2 gastrointestinais)  8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais: a 0 1 2 pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).  C. Sinais físicos  9. Perda do apetite (come menos que o usual)  10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo)  14. Despertar muitas vezes durante o sono  15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo)  16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2 faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 faz Pessimismo (antecipa o pior)  18. Pessimismo (antecipa o pior)  19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2 faz Pessimismo (antecipa o pior)  19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2 faz Pessimismo (antecipa o pior)	pontuar s cuidador	e os sintomas resultarem de incapacidade física ou doença. As pergunt do doente.							
1. Ansiedade (expressão ansiosa, ruminações, preocupações) 2. Tristeza (expressão triste, voz triste, choro fácil) 3. Falta de reatividade a eventos prazerosos 4. Irritabilidade (facilmente aborrecido, temperamento explosivo) 5. Agitação (inquietação, torcer as mãos, puxar os cabelos) 6. Lentificação dos movimentos, discurso ou reações 7. Queixas somáticas múltiplas (escore 0 se for somente sintomas a 0 1 2 gastrointestinais) 8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais: a 0 1 2 pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).  C. Sinais físicos 9. Perda de oapetite (come menos que o usual) 10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 atividades (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas 12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo) 14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 para este indivíduo) 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2 E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação 16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2 faz tentativas de suicídio) 17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12									
2. Tristeza (expressão triste, voz triste, choro fácil) 3. Falta de reatividade a eventos prazerosos 4. Irritabilidade (facilmente aborrecido, temperamento explosivo) 5. Agitação (inquietação, torcer as mãos, puxar os cabelos) 6. Lentificação dos movimentos, discurso ou reações 7. Queixas somáticas múltiplas (escore 0 se for somente sintomas a 0 1 2 gastrointestinais) 8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais: a 0 1 2 pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).  C. Sinais físicos 9. Perda do apetite (come menos que o usual) 10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas 12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo) 14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 para este indivíduo) 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2 faz tentativas de suicídio) 16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2 faz tentativas de suicídio) 17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 12 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 12 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2			_	0	1	2			
3. Falta de reatividade a eventos prazerosos 4. Irritabilidade (facilmente aborrecido, temperamento explosivo) 5. Distúrbios do comportamento 6. Lentificação (inquietação, torcer as mãos, puxar os cabelos) 6. Lentificação dos movimentos, discurso ou reações 7. Queixas somáticas múltiplas (escore 0 se for somente sintomas a 0 1 2 gastrointestinais) 8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais: a 0 1 2 pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).  C. Sinais físicos 9. Perda do apetite (come menos que o usual) 10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas 12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo) 14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 para este indivíduo) 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2 e perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação 16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2 faz tentativas de suicídio) 17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2									
4. Irritabilidade (facilmente aborrecido, temperamento explosivo)  B. Distúrbios do comportamento  5. Agitação (inquietação, torcer as mãos, puxar os cabelos)  6. Lentificação dos movimentos, discurso ou reações  7. Queixas somáticas múltiplas (escore 0 se for somente sintomas a 0 1 2 gastrointestinais)  8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais: a 0 1 2 pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).  C. Sinais físicos  9. Perda do apetite (come menos que o usual)  10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 para este indivíduo)  15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2 faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou			-						
B. Distúrbios do comportamento  5. Agitação (inquietação, torcer as mãos, puxar os cabelos)  6. Lentificação dos movimentos, discurso ou reações  7. Queixas somáticas múltiplas (escore 0 se for somente sintomas a 0 1 2 gastrointestinais)  8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais: a 0 1 2 pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).  C. Sinais físicos  9. Perda do apetite (come menos que o usual)  10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 para este indivíduo)  15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2 esta destra des esta destra desejos suicidas ou a 0 1 2 faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2									
<ul> <li>5. Agitação (inquietação, torcer as mãos, puxar os cabelos) <ol> <li>Lentificação dos movimentos, discurso ou reações</li> <li>Queixas somáticas múltiplas (escore 0 se for somente sintomas a 0 1 2 gastrointestinais)</li> <li>Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais:</li></ol></li></ul>			a						
<ul> <li>6. Lentificação dos movimentos, discurso ou reações <ul> <li>queixas somáticas múltiplas (escore 0 se for somente sintomas a 0 1 2 gastrointestinais)</li> <li>8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais: a 0 1 2 pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).</li> <li>C. Sinais físicos</li> <li>9. Perda do apetite (come menos que o usual) <ul> <li>a 0 1 2</li> <li>10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)</li> </ul> </li> <li>D. Funções cíclicas <ul> <li>12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo)</li> <li>14. Desperta muitas vezes durante o sono <ul> <li>a 0 1 2</li> <li>bespertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo)</li> <li>a 0 1 2</li> </ul> </li> <li>E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação</li> <li>16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)</li> <li>17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) <ul> <li>a 0 1 2</li> <li>a 0 1 2</li> </ul> </li> </ul></li></ul></li></ul>			а	0	1	2			
7. Queixas somáticas múltiplas (escore 0 se for somente sintomas a 0 1 2 gastrointestinais)  8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais: a 0 1 2 pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).  C. Sinais físicos  9. Perda do apetite (come menos que o usual) a 0 1 2 10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo)  15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2 12 12 12 12 13 14 15 15 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16			-						
gastrointestinais)  8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais:     pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de     um mês).  C. Sinais físicos  9. Perda do apetite (come menos que o usual)     10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2     11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar a 0 1 2     atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer     repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2     para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2     Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2  E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação  16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2     faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2     Ressimismo (antecipa o pior) a 0 1 2     Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2			-						
8. Perda de interesse (menor envolvimento em atividades usuais:  pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).  C. Sinais físicos  9. Perda do apetite (come menos que o usual)  10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 para este indivíduo)  15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2		·	-	•	_	_			
pontue apenas se a alteração ocorrer agudamente e em menos de um mês).  C. Sinais físicos  9. Perda do apetite (come menos que o usual)  10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 para este indivíduo)  15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2	8.	•	а	0	1	2			
C. Sinais físicos  9. Perda do apetite (come menos que o usual)  10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2  11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar a 0 1 2  11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar a 0 1 2  12. Atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2  13. Dificuldade para dormir (está indo dormir mais tarde que o usual a 0 1 2  para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2  15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2  E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação  16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2  faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2  18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2  19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2									
9. Perda do apetite (come menos que o usual) 10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2 11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar a 0 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas 12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 13. Dificuldade para dormir (está indo dormir mais tarde que o usual a 0 1 2 para este indivíduo) 14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2  E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação 16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2 faz tentativas de suicídio) 17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2		um mês).							
<ul> <li>10. Perda de peso (marque 2 pontos se for maior que 2,2 kg em um mês a 0 1 2</li> <li>11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar a 1 2 atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)</li> <li>D. Funções cíclicas</li> <li>12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 para este indivíduo)</li> <li>14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 2 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo)</li> <li>16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)</li> <li>17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2</li> </ul>	C.	Sinais físicos							
11. Falta de energia (facilmente fatigado, incapaz de sustentar atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 a para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 a a 0 1 2 a b 1 2 a 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo)  E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação  16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 a 1 2 a 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 a 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2			а	0	1	2			
atividades (marque pontos apenas se a alteração ocorrer repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 13. Dificuldade para dormir (está indo dormir mais tarde que o usual a 0 1 2 14 15. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2 15. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2 16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2 17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	а	0	1	2			
repetidamente e em menos de um mês)  D. Funções cíclicas  12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 13. Dificuldade para dormir (está indo dormir mais tarde que o usual para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2  E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação  16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2	11.		а	0	1	2			
<ul> <li>D. Funções cíclicas</li> <li>12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2</li> <li>13. Dificuldade para dormir (está indo dormir mais tarde que o usual para este indivíduo)</li> <li>14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2</li> <li>15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2</li> <li>E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação</li> <li>16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)</li> <li>17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2</li> <li>18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2</li> <li>19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2</li> </ul>									
12. Variação diurna de humor (os sintomas são piores pela manhã) a 0 1 2 13. Dificuldade para dormir (está indo dormir mais tarde que o usual a 0 1 2 para este indivíduo) 14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2  E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação 16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio) 17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2									
13. Dificuldade para dormir (está indo dormir mais tarde que o usual para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2  15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2  E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação  16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2  18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2  19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2				_		_			
para este indivíduo)  14. Desperta muitas vezes durante o sono a 0 1 2 15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2  E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação  16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2 18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2 19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2									
14. Desperta muitas vezes durante o sono  15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo)  16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso)  18. Pessimismo (antecipa o pior)  19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2	13.		а	U	1	2			
<ul> <li>15. Despertar precoce (mais cedo que o usual para este indivíduo) a 0 1 2</li> <li>E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação</li> <li>16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)</li> <li>17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2</li> <li>18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2</li> <li>19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2</li> </ul>	1.4		_	0	4	2			
<ul> <li>E. Perturbações do pensamento / Distúrbio de ideação</li> <li>16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou a 0 1 2 faz tentativas de suicídio)</li> <li>17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2</li> <li>18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2</li> <li>19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2</li> </ul>		·							
<ul> <li>16. Suicídio (sente que a vida não vale a pena, tem desejos suicidas ou faz tentativas de suicídio)</li> <li>17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2</li> <li>18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2</li> <li>19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2</li> </ul>			a	- 0					
faz tentativas de suicídio)  17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2  18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2  19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2			2	Ω	1	2			
<ul> <li>17. Baixa auto-estima (culpa-se, deprecia-se, sentimentos de fracasso) a 0 1 2</li> <li>18. Pessimismo (antecipa o pior) a 0 1 2</li> <li>19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2</li> </ul>	10.		a	U	_	_			
<ul> <li>18. Pessimismo (antecipa o pior)</li> <li>19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2</li> </ul>	17		а	0	1	2			
19. Delírio congruentes com o humor (delírios de pobreza, doença ou a 0 1 2									
	,	-	•	-					

Itens	0 (ausente)	1 (leve ou intermitente)	2 (intenso ou muito frequente)
A – Sinais relacionados ao humor			
1. Ansiedade (expressão ansiosa,			
ruminações, preocupações)			
2. Tristeza (expressão triste, voz			
triste, choroso)			
3. Falta de reação a eventos			
prazerosos			
4. Irritabilidade (facilmente			
aborrecido, temperamento explosivo			

### Anexo L – Protocolo Institucional de Avaliação Fonoaudiológica (ACCA)



# AMBULATÓRIO DE COMPROMETIMENTO COGNITIVO AVANÇADO – ACCA ${f AVALIA}{f C}{f A}{f O}$ FONOAUDIOLÓGICA

		Data:	/		·
Identificaç	ão do paciente				
Nome do p	paciente:				
RGHC:	DN:			Idade:	
Telefones:					
Escolarida	de:	ominância ma	nual:		
Diagnóstic	o médico principal:				
Tempo de	doença:				
Acompanh	antes:				
	cuidador ()Familiar - grau de parentesco			(	) Cuidador
Nome:		Idade:	Escolari	dade:	
	s cuidados: ( ) período integral ( ) dia e noite ( ção: Perguntar ao cuidador, se o paciente:	) ILPI desde	(	)	
Questão	Funcionalidade		Resposta (mar	car com X)	
1A	Responder ao seu nome	Capaz	Pouca ajuda	Muita ajuda	Não capaz
2A	Pedir ajuda para saída cama/cadeira ou voltar				
3A	Dizer onde as coisas podem ser/estar guardadas				
4B	Informar detalhes pessoais, sociais e médicos				
5B	Informar sobre dor ou desconforto				
6B	Dar informações sobre sua evolução clínica				
7B	Expressar satisfação com o cuidado recebido				
8A	Realizar solicitações especiais				
9A	Indicar seu estado emocional				
10B	Fazer perguntas sobre seu estado de saúde				
11A	Dizer se está com fome ou sede				
12A	Pedir alguma coisa necessária				
13A	Preencher uma ficha				
14A	Dizer se já tomou banho (ou se necessita)				
15A	Pedir para ir ao banheiro (ou que necessita)				
16A	Seguir instruções simples				
17B	Apontar partes do corpo				
18B	Chamar o cuidador				
19A	Pedir alguma limpeza à ser feita				
20A	Pedir alguma coisa a ser comprado				
21C	Falar de si mesmo				
22C	Pedir alguma coisa para ler e fazer				

23B Ind	icar quando não enter	ideu algo						
Triagem disfagia	1							
1. O pacie	nte já foi diagnosticad	o com pneumonia?						
2. Está pe	rdendo peso?							
3. Percebe	e se ele (a) tem alguma	dificuldade quando	engole?					
4. Engasga	a durante a refeição?							
5. Engasga								
6. Engasga								
7. Fica com restos de alimento na boca?								
Alimentação: (	) VO exclusiva					_		
( ) VO + VAA ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) Jejunostomia  Número de refeições/dia: Aceitação: ( ) boa ( ) regular ( ) ruim  Restrições alimentares ( ) não ( ) sim: <u>Nível de alerta</u> : ( ) alerta ( ) sonolento ( ) responsivo ( ) contactuante ( ) não								
contactuante ( ) calmo ( ) agitado ( ) orientado ( ) confuso Respiração: ( ) espontânea ( ) CNO2 ( ) desconforto respiratório								
veshiračao:	( ) espontanea	( ) CNUZ	( ) descor	וטונט	i espiratorio			
Deglutição de saliva  ( ) satisfatória ( ) reduzida ( ) induzida ( ) sialorréica ( ) xerostomia ( ) na  ( ) sinais clínicos sugestivos de penetração/aspiração laringotraqueal								
Avaliação estrutural  Posicionamento de cabeça e cervical: ( ) adequado ( )								
Mímica facial: mobilidade ( ) satisfatória ( ) comprometida ( ) na Paralisia facial: ( ) central ( ) periférica ( ) direita ( ) esquerda ( ) na Vedamento labial: ( ) sim ( ) não Elementos dentários: ( ) sim ( ) não ( ) falhas dentárias ( ) na ( ) próteses dentárias ( ) bem adaptadas ( ) mal adaptadas ( ) na Higiene oral: ( ) boa ( ) regular ( ) ruim ( ) na								
Marcar com X	Força satisfatória	Força reduzida		Mobilidade Mobilidade reduzida Não avalia		o avaliado*		
Lábios								
Língua								
Bochechas								
Elevação laríngea								
Véu palatino								
Reflexo de GAG:	( ) presente	( ) reduzido	( ) ausent	te (	) na			
Avaliação func	ional da degluti	rão						
Avaliação funcional da deglutição  Oferta: ( ) assistida ( ) independente ( ) supervisionada   Consistências alimentares								
( ) pedaços								
Colher: ( ) cheia ( ) rasa ( ) ponta ( ) suja Líquido: ( ) copo ( ) canudo ( ) colher		Pastoso	Líquido		ido Sólido			
	néctar ( ) mél ( ) ;		rasiusu	fino	espessado	semi-sólido	sólido	
Preensão labial	niectai ( ) iiiei ( ) [	Judilli			· ·		-	
	oral							
Tempo de trânsito	orai							
Preparo oral								
Mastigação								
Resíduo em cavida	de oral							
Escape extra-oral								
Elevação laríngea								

Deglutição múltipla Sinais clínicos sugestivos:	Tosse Pigarro Voz molhada Ruído em ausculta cervical Queda de saturação de				
	Pigarro Voz molhada Ruído em ausculta cervical Queda de				
а	Voz molhada Ruído em ausculta cervical Queda de				
a	Ruído em ausculta cervical Queda de				
а	usculta cervical Queda de				
_ 6	Queda de				
	saturação de				
	oxigênio				
	Desconforto				
	respiratório				
<u>onclusão</u> nguagem (ACE): ( ) capaz ( eglutição (PARD): ( ) normal ( ) disfagia moderada ( ) disfag	) funcional gia moderada	( ) disfag	gia leve	( ) disfag	-
SHA NOMS: 1 2 3 4 5					
SHA NOMS: 1 2 3 4 5 onduta:					 

Fonoaudióloga:

# Anexo M – Inpatient Functional Communication Interview (IFCI) / Questionário de Atividades de Comunicação (ACE)

### (O'Halloran et al, 2004)

			Resposta (marcar com X)				
Questão	Funcionalidade	Capaz	Pouca ajuda	Muita ajuda	Não capaz		
1A	Responder ao seu nome						
2A	Pedir ajuda para saída cama/cadeira ou voltar						
3A	Dizer onde as coisas podem ser/estar guardadas						
4B	Informar detalhes pessoais, sociais e médicos						
5B	Informar sobre dor ou desconforto						
6B	Dar informações sobre sua evolução clínica						
7B	Expressar satisfação com o cuidado recebido						
8A	Realizar solicitações especiais						
9A	Indicar seu estado emocional						
10B	Fazer perguntas sobre seu estado de saúde						
11A	Dizer se está com fome ou sede						
12A	Pedir alguma coisa necessária						
13A	Preencher uma ficha						
14A	Dizer se já tomou banho (ou se necessita)						
15A	Pedir para ir ao banheiro (ou que necessita)						
16A	Seguir instruções simples						
17B	Apontar partes do corpo						
18B	Chamar o cuidador						
19A	Pedir alguma limpeza a ser feita						
20A	Pedir alguma coisa a ser comprado						
21C	Falar de si mesmo						
22C	Pedir alguma coisa para ler e fazer						
23B	Indicar quando não entendeu algo						

# Anexo N – Profile of the characteristics of gravity and the production of language / Perfil das Características da Gravidade e da Produção da Linguagem

### (Goodglass e Kaplan, 1983)

0 ( )	Não utiliza fala funcional ou compreensão auditiva.			
1 ( )	Toda a comunicação é através de expressão fragmentada; grande necessidade de inferência, questionamento ou adivinhação por parte do interlocutor. A informação possível de ser intercambiada é limitada e o ouvinte assume a responsabilidade pela comunicação.			
2 ( )	A conversação sobre temas familiares é possível com ajuda do interlocutor. Ocorrem frequentes falhas para veicular a ideia, mas o paciente é capaz de compartilhar a responsabilidade pela comunicação.			
3 ( )	O paciente pode discutir quase todos os problemas da vida cotidiana com pouca ou nenhuma assistência. A redução da fala e/ou compreensão, entretanto, torna a conversação sobre determinados temas impossível.			
4 ( )	Ocorre perda óbvia da fluência na fala ou há alguma dificuldade para compreensão, sem limitação significante nas ideias expressas ou forma de expressão.			
5 ( )	Desvantagem mínima, perceptível; o paciente pode ter dificuldades subjetivas que não são óbvias para o ouvinte.			

### Anexo O – Swallowing Rating Scale / Escala de Classificação da Disfagia

### (ASHA, 2003)

Nível 1	O indivíduo não é capaz de deglutir nada com segurança pela boca. Toda nutrição e hidratação são recebidas através de recursos não orais (ex.: sonda nasogástrica, gastrostomia).
Nível 2	O indivíduo não é capaz de deglutir com segurança pela boca para nutrição e hidratação, mas pode ingerir alguma consistência, somente em terapia, com uso máximo e consistente de pistas. Método alternativo de alimentação é necessário.
Nível 3	Método alternativo de alimentação é necessário, uma vez que o indivíduo ingere menos de 50% da nutrição e hidratação pela boca; e/ou a deglutição é segura com uso moderado de pistas para uso de estratégias compensatórias; e/ou necessita de restrição máxima da dieta.
Nível 4	A deglutição é segura, mas frequentemente requer uso moderado de pistas para uso de estratégias compensatórias; e/ou o indivíduo tem restrições moderadas da dieta; e/ou ainda necessita de alimentação por tubo e/ou suplemento oral.
Nível 5	A deglutição é segura com restrições mínimas da dieta; e/ou ocasionalmente requer pistas mínimas para uso de estratégias compensatórias. Ocasionalmente pode se auto monitorar. Toda nutrição e hidratação são recebidas pela boca durante a refeição.
Nível 6	A deglutição é segura e o indivíduo come e bebe independentemente. Raramente necessita de pistas mínimas para uso de estratégias compensatórias. Frequentemente se auto monitora quando ocorrem dificuldades. Pode ser necessário evitar alguns itens específicos de alimentos (ex.: pipoca e amendoim); tempo adicional para a alimentação pode ser necessário (devido à disfagia).
Nível 7	A habilidade do indivíduo em se alimentar independentemente não é limitada pela função de deglutição. A deglutição é segura e eficiente para todas as consistências. Estratégias compensatórias são utilizadas efetivamente quando necessárias.

### 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalla M, Rudzicz F, Hirst G. Rhetorical structure and Alzheimer's disease. *Aphasiology*. 2018;32(1):41-60.

Abreu WC. Cuidados paliativos para utentes com demência avançada: Reflexões sobre a sua implementação. *Rev Port Enferm Saúde Mental.* 2016;(16):6-10.

Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;56(1):1-9.

Alegria RP. Análise de itens lexicais do discurso oral do paciente com doença de Alzheimer [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry*. 1988;23(3):271-84.

Alfonsi E, Cosentino G, Mainardi L, Schindler A, Fresia, M, Brighina F, Sandrini, G. Electrophysiological investigations of shape and reproducibility of oropharyngeal swallowing: interaction with bolus volume and age. *Dysphagia*. 2015;30(5):540-50.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2008;13(4):1199-207.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 2000.

American Speech-Language-Hearing Association. *Advisory report on functional communication measures project*. Rockville: ASHA; 1990.

Badarunisa MB, Sebastian D, Rangasayee RR, Kala B. ICF-based analysis of communication disorders in dementia of Alzheimer's type. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2015;5(3):459-69.

Bahia VS. Demência frontotemporal. In: Miotto EC, Lucia MCS, Scaff M. *Neuropsicologia clínica*. São Paulo: Roca; 2012. Cap. 17, p. 271-6.

Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairos*. 2015;18(1):325-39.

Bayles KA, Tomoeda CK. *Cognitive-communication disorders of dementia*: definition, diagnosis, and treatment. San Diego: Plural Publishing; 2013. Cap 1, p. 1-7.

Bremenkamp MG, Rodrigues LR, Lage RR, Laks J, Cabral HWS, Morelato RL. Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(4):763-73.

Bruck SMD, Caramelli P, Nitrini R. Demências. In: Nitrini R, Bacheschi LA. *A neurologia que todo médico deve saber.* 3a ed. São Paulo; Atheneu. 2015. Cap. 15, 337-54.

Brucki S, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3b):777-81.

Caixeta L, Pinto PH, Soares, VLD, Soares CD. Neuropsicologia das doenças degenerativas mais comuns. In: Caixeta L, Teixeira AL. *Neuropsicologia geriátrica*: neuropsiquiatria cognitiva em idosos. Porto Alegre: Artmed; 2014. Cap. 13, p. 153-70.

Caramelli P, Bottino CMC. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(2):83-7.

Carthery-Goulart MT, Areza-Fegyveres R, Schultz RR, Okamoto I, Caramelli P, Bertolucci PHF, Nitrini R. Brazilian version of the Cornell depression scale in dementia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(3b):912-5.

Cera ML, Ortiz KZ, Bertolucci PHF, Minett T. Phonetic and phonological aspects of speech in Alzheimer's disease. *Aphasiology*. 2018;32(1):88-102.

Chaves MLF, Camozzato AL, Godinho C, Kochhann R, Schuh A, Almeida VL, Kaye J. Validity of the clinical dementia rating scale for the detection and staging of dementia in Brazilian patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2007;21(3):210-7.

Chiu PY, Chung CL. Delusions in patients with very mild, mild and moderate Alzheimer's disease. *Acta Neurol Taiwan*. 2006;15(1):21-5.

Cintra FCMDC, Cintra MTG, Nicolato R, Bertola L, Ávila RT, Malloy-Diniz LF, Bicalho MAC. Functional decline in the elderly with MCI: cultural adaptation of the ADCS-ADL scale. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 2017;63(7):590-9.

Córcoles D, Malagón A, Bellsolà M, Gonzalez A, Cortizo R, Leon J, Pérez V, Martín LM. Síntomas neuropsiquiátricos como factor de confusión en la detección de la demencia. *Aten Primaria*. 2018;50(5):261-320.

Correia SM. Avaliação fonoaudiológica da deglutição na doença de Alzheimer em fases avançadas [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-14.

Cummings L. *The Cambridge handbook of communication disorders*. New York: Cambridge University Press; 2014.

Fathy YY, Jonker AJ, Oudejans E, Jong FJJ, van Dam AMW, Rozemuller AJM, van de Berg WDJ. Differential insular cortex subregional vulnerability to asynuclein pathology in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Neuropathol Appl Neurobiol.* 2018.

Ferretti CEL, Nitrini R, Brucki SMD. Indirect cost with dementia: a Brazilian study. *Dement Neuropsychol.* 2015;9(1):42-50.

Folstein MF, Susan EF, Paul RM. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.

Freitas MID, Porto CS, Oliveira MO, Brucki SMD, Mansur LL, Nitrini R, Radanovic M. Linguistic abilities in major vascular cognitive impairment: a comparative study with Alzheimer's disease. *Acta Neurol Belg.* 2018;118(3):465-73.

Freitas NL. Abordagem da linguagem na doença de Alzheimer: estudo sobre panorama brasileiro de pesquisas. *Domínios de Lingu@gem.* 2012;6(1):44-58.

Fyndanis V, Arfani D, Varlokosta S, Burgio F, Maculan A, Miceli G, Arcara G, Palla F, Cagnin A, Papageorgiou SG, Semenza C. Morphosyntactic production in Greek-and Italian-speaking individuals with probable Alzheimer's disease: evidence from subject—verb agreement, tense/time reference, and mood. *Aphasiology*. 2018;32(1):61-87.

Galasko D, Bennett D, Sano M, Ernesto C, Thomas R, Grundman M, Ferris S. An inventory to assess activities of daily living for clinical trials in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1997;11(Suppl 2):S33-9.

Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, Lyketsos C. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(3):346-72.

Gauthier S, Patterson C, Chertkow H, Gordon M, Herrmann N, Rockwood K, Rosa-Neto P, Soucy JP. Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4). *Can Geriatr J.* 2012;15(4):120-6.

Gómez-Busto F, Andia V, de Alegria LR, Francés I. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(S2):29-36.

Goulart FAA. *Doenças crônicas não transmissíveis*: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2011.

Hachinski VC, Iliff LD, Zilhka E, Du Boulay GH, McAllister VL, Marshall J, Symon L. Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol.* 1975;32(9):632-7.

Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, Smith JH. Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol*. 2014;13(12):1216-27.

Harrell LE, Marson D, Chatterjee A, Parrish JA. The Severe Mini-Mental State Examination: a new neuropsychologic instrument for the bedside assessment of severely impaired patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disords*. 2000;14(3):168-75.

Hase Y, Horsburgh K, Ihara M, Kalaria RN. White matter degeneration in vascular and other ageing-related dementias. *J Neurochem*. 2018;144(5):617-33.

Herrmann N, Gauthier S. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease. *Can Med Assoc J.* 2008;179(12):1279-87.

Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry*. 1982;140(6):566-72.

Humbert IA, Robbins J. Dysphagia in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2008;19(4):853-66.

laboni A, Rapoport MJ. Detecting and Managing Neuropsychiatric Symptoms in Dementia. *Can J Psychiatry*. 2017;62(3):158-60.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais*: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

International Labour Organization. World employment and social outlook 2015: the changing nature of jobs. Geneva: ILO; 2015.

Irwin DJ, Cairns NJ, Grossman M, McMillan CT, Van Deerlin VM, Lee EB, Trojanowski JQ. Frontotemporal lobar degeneration: defining phenotypic diversity through personalized medicine. *Acta neuropathol.* 2015;129(4):469-91.

Jacob Filho W. Interdisciplinaridade. In: Brucki SMD, Morillo LS, Ferretti CEL, Nitrini R. *Manejo da doença de Alzheimer moderada e grave*. São Paulo: Omnifarma; 2015. Cap. 12, p. 89-100.

Kamarunas E, Mulheren R, Palmore K, Ludlow C. Timing of cortical activation during spontaneous swallowing. *Exp Brain Res.* 2018;236(2):475-84.

Kavé G, Dassa A. Severity of Alzheimer's disease and language features in picture descriptions. *Aphasiology*. 2018;32(1):27-40.

Kim JS, Youn J, Suh MK, Kim TE, Chin J, Park S, Cho JW. Cognitive and motor aspects of Parkinson's disease associated with dysphagia. *Can J Neurol Sci.* 2015;42(6):395-400.

Klimova B, Kuca K. Speech and language impairments in dementia. *J Appl Biomed*. 2016;14(2):97-103.

Koukoulioti V, Stavrakaki S, Konstantinopoulou E, Loannidis P. Lexical and grammatical factors in sentence production in semantic dementia: insights from greek. *J Speech Lang Hear Res.* 2018;61(4):870-86.

LaGorio LA, Shah R, Buchman A, Leurgans SE, Bennett DA. Association between impaired swallowing and cognition in healthy older adults. *Innov Aging*. 2017;1(Suppl 1):154.

Leopold NA, Kagel MC. Swallowing, ingestion and dysphagia: a reappraisal. *Arch Phys Med Rehabil.* 1983;64(8):371-3.

Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press; 1995.

Lima-Silva TB, Bahia VS, Cecchini MA, Cassimiro L, Guimarães HC, Gambogi LB, Caramelli P, Balthazar M, Damasceno B, Brucki SMD, Souza LC, Nitrini R, Mioshi E, Yassuda MS. Validity and reliability of the Frontotemporal Dementia Rating Scale (FTD-FRS) for the progression and staging of dementia in Brazilian patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2018;32(3):220-5.

Lima-Silva TB, Bahia VS, Nitrini R, Yassuda MS. Functional status in behavioral variant frontotemporal dementia: a systematic review. *Biomed Res Int.* 2013;2013.

Lira M, Santos LCCS. Correlação entre função cognitiva e capacidade funcional nos indivíduos com doença de Alzheimer. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 2012;12(2):36-45.

Logemann JA, Veis S, Colangelo L. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*. 1999;14(1):44-51.

Logemann JA. Factors affecting ability to resume oral nutrition in the oropharyngeal dysphagic individual. *Dysphagia*. 1990;4(4):202-8.

Macedo Montaño MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saude Pública*. 2005;39(6):912-7.

Machado JCB. Doença de Alzheimer. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Cap. 15, p. 133-47.

Maeda K, Wakabayashi H, Shamoto H, Akagi J. Cognitive impairment has no impact on hospital-associated dysphagia in aspiration pneumonia patients. *Geriatr Gerontol Int.* 2018;18(2):233-9.

Magierski R, Sobow T. Serotonergic drugs for the treatment of neuropsychiatric symptoms in dementia. *Expert Rev Neurother*. 2016;16(4):375-87.

Mansur LL, Carthery MT, Caramelli P, Nitrini R. Linguagem e cognição na doença de Alzheimer. *Psicol Reflex Crit*. 2005;18(3):300-7.

Mansur LL. Afasia progressiva primária. In: Miotto EC, Lucia MCS, Scaff M. *Neuropsicologia clínica*. São Paulo: Roca; 2012. Cap. 18, p. 277-85.

Matsunaga Y, Murayama N, Ota K, Fukase Y, Sato K, Iseki E, Tagaya H. Characteristics of dementia patients who described or did not describe the

relationship between two people on the COGNISTAT speech sample. *Appl Neuropsychol Adult.* 2018;26:1-6.

Matsuo K, Palmer JB. Anatomy and physiology of feeding and swallowing: normal and abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2008;19(4):691-707.

Mener DJ, Betz J, Genther DJ, Chen D, Lin FR. Hearing loss and depression in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(9):1627-9.

Mistry S, Hamdy S. Neural control of feeding and swallowing. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2008;19(4):709-28.

Monaci L, Morris RG. Neuropsychological screening performance and the association with activities of daily living and instrumental activities of daily living in dementia: baseline and 18-to 24-month follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(2):197-204.

Moraes EN. *Atenção à saúde do idoso*: aspectos conceituais. Brasília: OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2012.

Morillo LS. Avaliação geriátrica ampla: conceitos, princípios e objetivos. In: Brucki SMD, Morillo LS, Ferretti CEL, Nitrini R. *Manejo da doença de Alzheimer moderada e grave*. São Paulo: Omnifarma; 2015. Cap. 2, p. 13-9.

Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 1993; 43(11):2412-4.

Mueller KD, Hermann B, Mecollari J, Turkstra LS. Connected speech and language in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a review of picture description tasks. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2018;40(9):917-39.

Nawaz S, Tulunay-Ugur OE. Dysphagia in the Older Patient. *Otolaryngol Clin North Am.* 2018;51(4):769-77.

Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M, Anghinah R, Charchat-Fichman H, Porto CS, Carthery MT, Hartmann AP, Huang N, Smid J, Lima EP, Takada LT, Takahashi DY. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004;18(4):241-6.

Nitrini R. Demência grave aspectos gerais e fisiopatologia. In: Brucki SMD, Morillo LS, Ferretti CEL, Nitrini R. *Manejo da doença de Alzheimer moderada e grave*. São Paulo: Omnifarma; 2015. Cap. 1, p. 5-12.

Oliveira BS, Delgado SE, Brescovici SM. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(3):575-87.

Organização Mundial da Saúde. *CIF*: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: 2003.

Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde: resumo. Geneva: OMS; 2015.

Ortega O, Espinosa MC. Oropharyngeal Dysphagia and Dementia. In: Ekberg O, editors. *Dysphagia*: diagnosis and treatment. 2017. Chap. 12, p. 199-211.

Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol. 1982;37(3):323-9.

Pinheiro DR. *Demência*: aspectos da alimentação e deglutição e suas relações com cognição e sintomas neuropsiquiátricos [dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2017.

Pinheiro SMC. Modelo Linear Hierárquico: um método alternativo para análise de desempenho escolar [dissertação]. Recife: Pinheiro MCS. Modelo Linear Hierárquico: um método alternativo para análise de desempenho escolar; 2005.

Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Marta-Moreno J, Hancco-Saavedra J, Sicras-Mainar A, Soljak M, Prados-Torres A. Comorbidity of dementia: a cross-sectional study of primary care older patients. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):84.

Popman A, Richter M, Allen J, Wham C. High nutrition risk is associated with higher risk of dysphagia in advanced age adults newly admitted to hospital. Nutr Diet. 2018;75(1):52-8.

Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimer's Dement. 2013;9(1):63-75.

Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M, Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2015*: The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: ADI: 2015.

Rabinovici GD, Miller BL. Frontotemporal lobar degeneration: : epidemiology, pathophysiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*. 2010; 24(5):375-98.

Radanovic M. Neuropsicologia das doenças cerebrovasculares no idoso. In: Caixeta L, Teixeira AL. *Neuropsicologia geriátrica*: neuropsiquiatria cognitiva em idosos. Porto Alegre: Artmed; 2014. Cap. 16, p. 198-208.

Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull.* 1988;24(4):653-9.

Rösler A, Pfeil S, Lessmann H, Höder J, Befahr A, von Renteln-Kruse W. Dysphagia in dementia: influence of dementia severity and food texture on the prevalence of aspiration and latency to swallow in hospitalized geriatric patients. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(8): 697-701.

Rugiu MG. Role of videofluoroscopy in evaluation of neurologic dysphagia. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2007;27(6):306-16.

SadakTI, Katon J, Beck C, Cochrane BB, Borson S. Key neuropsychiatric symptoms in common dementias: prevalence and implications for caregivers, clinicians, and health systems. Res Gerontol Nurs. 2013;7(1):44-52.

Sanchez MAS, Correa PCR, Lourenço RA. Cross-cultural Adaptation of the Functional Activities Questionnaire-FAQ" for use in Brazil. *Dement Neuropsychol.* 2011;5(4):322-7.

Sanderson M, Wang J, Davis DR, Lane MJ, Cornman CB, Fadden MK. Comorbidity associated with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2002;17(2):73-8.

Schubert CC, Boustani M, Callahan CM, Perkins, AJ, Carney CP, Fox C, Unverzagt F, Hui S, Hendrie, HC. Comorbidity profile of dementia patients in primary care: are they sicker? *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(1):104-9.

Sclan SG, Reisberg, B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. Int Psychogeriatr. 1992;4(Suppl 1):55-69.

Senaha MLH. Demência semântica. In: Miotto EC, Lucia MCS, Scaff M. *Neuropsicologia clínica*. São Paulo: Roca; 2012. Cap. 19, p. 286-90.

Shiau MY, Yu L, Yuan HS, Lin JH, Liu CK. Functional performance of Alzheimer's disease and vascular dementia in southern Taiwan. Kaohsiung J Med Sci. 2006;22(9):437-46.

Silagi ML, Morillo LS. Nutrição e hidratação em demência avançada: aspectos clínicos e éticos. In: Brucki SMD, Morillo LS, Ferretti CEL, Nitrini R. *Manejo da doença de Alzheimer moderada e grave*. São Paulo: Omnifarma; 2015. Cap. 8, p. 53-62.

Sobral M, Pestana MH, Paul C. A importância da quantificação da reserva cognitiva. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2014;(12):51-8.

Society for Neuroscience 2017 Satellite Symposium on Feeding and Swallowing: from neural mechanisms to rehabilitation. *Dysphagia*. 2018. 33(2):268–71.

Storti LB, Quintino DT, Silva NM, Kusumota L, Marques S. Neuropsychiatric symptoms of the elderly with Alzheimer's disease and the family caregivers' distress. *Rev Latinoam Enferm.* 2016;24:e2751.

Suh MK, Kim H, Na DL. Dysphagia in patients with dementia: Alzheimer versus vascular. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2009;23(2):178-84.

Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging*. 2012;7:287-98.

Tadano YS, Ugaya CML, Franco AT. Método de regressão de Poisson: metodologia para avaliação do impacto da poluição atmosférica na saúde populacional. *Ambient Soc.* 2009;12(2):241-55.

Takada LT, Areza-Fagyveres R. Demência com corpos de Lewy. In: Miotto EC, Lucia MCS, Scaff M. *Neuropsicologia clínica*. São Paulo: Roca; 2012. Cap. 23, p. 330-7.

Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy, J, Speyer R. A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. *Dysphagia*. 2016;31(3):434-41.

Tatsch MF, Bottino CM, Azevedo D, Hototian SR, Moscoso MA, Folquitto JC, Louzã MR. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease and cognitively impaired, nondemented elderly from a community-based sample in Brazil: prevalence and relationship with dementia severity. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(5):438-45.

Teixeira-Leite H, Manhães AC. Association between functional alterations of senescence and senility and disorders of gait and balance. *Clinics*. 2012;67(7):719-29.

Toledo CM, Aluísio SM, Santos LB, Brucki SMD, Trés ES, Oliveira MO, Mansur LL. Analysis of macrolinguistic aspects of narratives from individuals with Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, and no cognitive impairment. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2018;10:31-40.

Toledo CM. Análise de aspectos micro e macrolinguísticos da narrativa de indivíduos com doença de Alzheimer, comprometimento cognitivo leve e sem comprometimentos cognitivos [dissertação]. São Paulo; Universidade de São Paulo; 2017.

Truzzi A, Ulstein I, Valente L, Engelhardt E, Coutinho ES, Laks J, Engedal K. Patterns of neuropsychiatric sub-syndromes in Brazilian and Norwegian patients with dementia. Int Psychogeriatr. 2013;25(2):228-35.

Tumas V. Neuropsicologia da doença de Parkinson e da demência com corpos de Lewy. In: Caixeta L, Teixeira AL. *Neuropsicologia geriátrica*: neuropsiquiatria cognitiva em idosos. Porto Alegre: Artmed; 2014. Cap. 15, p. 185-97.

Tzeng RC, Tsai CF, Wang CT, Wang TY, Chiu PY. Delusions in Patients with Dementia with Lewy Bodies and the Associated Factors. *Behav Neurol.* 2018;2018.

Vega UM, Marinho V, Engelhardt E, Laks J. Sintomas neuropsiquiátricos nas demências: relato preliminar de uma avaliação prospectiva em um ambulatório do Brasil. *Arg Neuropsiquiatr.* 2007;65(2b):498-502.

Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev* Saúde Pública. 2009;43(3):548-54.

Wajman JR, Oliveira FF, Marin SM, Schultz RR, Bertolucci PH. Is there correlation between cognition and functionality in severe dementia? the value of a performance-based ecological assessment for Alzheimer's disease. *Arq Neuropsiquiatr.* 2014;72(11):845-50.

Wajman JR, Oliveira FF, Schultz RR, Marin SMC, Bertolucci PHF. Educational bias in the assessment of severe dementia: Brazilian cutoffs for severe Mini-Mental State Examination. *Arg Neuropsiquiatr.* 2014;72(4):273-7.

Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, Langmore S, Leischker AH, Martino R, Pluschinski P, Rösler A, Shaker R, Warnecke T, Sieber CC, Volkert D. Oropharyngeal dysphagia in older persons–from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging*. 2016;11:189-208.

Wirth R, Pourhassan M, Streicher M, Hiesmayr M, Schindler K, Sieber CC, Volkert D. The impact of dysphagia on mortality of nursing home residents: results from the nutritionDay Project. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(9):775-78.

World Health Organization. Consultation on the development of the global dementia observatory. Geneva: WHO; 2017.

World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health*: ICF. Geneva: WHO; 2006.

Yim BH, Friesen L, Gawron AJ, Lin Z, Kahrilas PJ, Pandolfino JE.Tu1976 The 4 phases of swallowing: a functional model based on esophageal pressure topography landmarks. *Gastroenterology*. 2014;146(5 Suppl 1):S-887.

Yokota J, Ogawa Y, Yamanaka S, Takahashi Y, Fujita H, Yamaguchi N, Onoue N, Ishizuka T, Shinozaki T, Kohzuki M. Cognitive dysfunction and malnutrition are independent predictor of dysphagia in patients with acute exacerbation of congestive heart failure. *PloS One*. 2016;11(11):e0167326.

Yoshida T, Mori T, Yamazaki K, Sonobe N, Shimizu H, Matsumoto T, Kikuchi K, Miyagawa M, Mochizuki T, Ueno SI. Relationship between regional cerebral blood flow and neuropsychiatric symptoms in dementia with Lewy bodies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(10):1068-75.