



Qualidade de vida em pacientes com demência acompanhados em um serviço de Homeopatia em Rio Branco, Acre

Luiz Fernando Melo Lima¹, Kauan Alves Sousa Madruga¹, Juliene de Oliveira Marques¹, Leonardo Matos Santos¹, Carlos Antônio de Arroxelas Silva¹, Milagros Leopoldina Clavijo Velazquez², Mônica da Silva-Nunes³

¹Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil, ²Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil, ³Docente da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil e Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil. *monicamamtra@gmail.com

Recebido em: 02/01/2023

Aceito em: 23/05/2023

Publicado em: 31/07/2023

DOI: <https://doi.org/10.29327/269504.5.1-8>

RESUMO

A demência é uma das principais patologias dos idosos. Por ser uma doença de difícil tratamento, terapias complementares têm sido usadas para proporcionar uma melhor qualidade de vida. Essa qualidade de vida pode ser avaliada através de itens sobre atividades básicas e atividades instrumentais da vida diária, permitindo um melhor acompanhamento das necessidades desse grupo populacional. O objetivo deste estudo foi avaliar o estado funcional e indicadores de qualidade de vida em pacientes com demência que fazem tratamento homeopático complementar no Hospital do Idoso de Rio Branco. Foram avaliados pacientes com demência clínica, acompanhados no Hospital do Idoso da Fundação Hospitalar do Acre e com tratamento homeopático complementar entre 2019 e 2021. Os pacientes eram predominantemente do sexo feminino, com idade média de 77,5 anos, não-escolarizados e aposentados. Foram identificados pacientes com demência leve, moderada e grave com diagnóstico de demência de Alzheimer provável, demência Fronto-Temporal provável ou possível e demência vascular. Cerca de 93,3% dos pacientes eram totalmente dependentes nas atividades instrumentais da vida diária. As atividades que envolviam dinheiro e tomar a medicação foram as mais assistidas. Conclui-se que a gravidade do quadro demencial repercute na dependência funcional do idoso.

Palavras-chave: Demência. Homeopatia. Qualidade de vida.

Quality of life in patients with dementia followed at a Homeopathic outpatient service in Rio Branco, Acre

ABSTRAC

Dementia is one of the main pathologies of the elderly. Because it is a difficult-to-treat disease, complementary therapies have been used to provide a better quality of life. This quality of life can be evaluated through items about basic activities and instrumental activities of daily living, allowing a better monitoring of the needs of this population group. The aim of this study was to evaluate functional status and quality of life indicators in patients with dementia who have complementary homeopathic treatment at the Hospital do Idoso de Rio Branco. Patients with clinical dementia were evaluated, followed up at the Hospital do Idoso da Fundação Hospitalar do Acre and with complementary homeopathic treatment between 2019 and 2021. The patients were predominantly female, with a mean age of 77.5 years, non-schooled and retired. Patients with mild, moderate and severe dementia diagnosed with probable Alzheimer's dementia, probable or possible Frontotemporal dementia, and vascular dementia were

identified. About 93.3% of the patients were totally dependent on the instrumental activities of daily living. The activities that involved money and taking the medication were the most assisted. It is concluded that the severity of the dementia affects the functional dependence of the elderly.

Keywords: Dementia. Homeopathy. Quality of life.

INTRODUÇÃO

A estimativa de idosos entre 2015 e 2030 é de 1,4 bilhão de pessoas, com projeção de 56% crescimento, algo próximo de 16,5% da população global (DUGAROVA et al., 2017). Essa fase da vida é acompanhada tanto por altos níveis de doenças crônicas, como por reflexos da qualidade de vida (LIMA et al., 2008).

Dentro desse grupo etário, são frequentes doenças crônicas relacionadas com perda cognitiva (NORDON et al., 2009), dentre elas a demência, que ainda pode ser agravada pelas condições gerais de saúde como o declínio funcional e a perda da autonomia (ALIBERTI et al., 2007). Dentre as demências mais frequentes, destaca-se a demência de Alzheimer, a demência fronto-temporal, e a demência vascular.

O conceito de qualidade de vida pode ser definido como a capacidade de se manter em autoestima e bem-estar pessoal com o equilíbrio dos seguintes aspectos: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive (VECCHIA et al., 2005).

A dependência nas atividades funcionais e o declínio da cognição são queixas comuns na população idosa (NJEGOVAN et al., 2001), e as demências acabam contribuindo para o avanço dessa condição (AGÜERO-TORRES et al., 1998). Aspectos que compõem a funcionalidade tem como um dos itens as atividades básicas de vida diária (ABVDs), relacionadas ao autocuidado, e as instrumentais (AIVDs), referentes à habilidade em gerir a vida dentro e fora de casa. Estudos demonstram que mudanças no desenvolvimento das atividades de vida diária (AVDs) ocorrem desde os estágios iniciais da demência (NJEGOVAN et al., 2001), e o agravamento da patologia se manifesta como responsável pelo declínio da atuação dos idosos nessas atividades (HILL et al., 1995).

Como maneira de se evitar prejuízos futuros na qualidade de vida, utilizam-se testes que auxiliam no diagnóstico do declínio cognitivo, dentre os quais podemos evidenciar escala de Katz de atividades básicas de vida diária (ABVD), e a escala de

Lawton de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que podem ajudar no direcionamento das condutas terapêuticas (BRASIL, 2006).

Em portadores de quaisquer tipos de demência o número de fármacos comumente usuais é substancialmente superior aos utilizados por idosos não-dementes, elevando o número nas iterações (VELD et al., 2001). Os tratamentos pretendem reduzir sintomas comportamentais e psicológicos (agressão, ansiedade, depressão e psicose), melhorar funções cognitivas (memória, atenção, orientação e concentração) e melhorar qualidade de vida do paciente e de seus familiares e cuidadores, com mínimos efeitos adversos (WARNER et al., 2004). Entretanto, nem todos os pacientes respondem a essa medicação (OKEN et al., 2001). Além disso, são frequentes efeitos adversos e interações com outros medicamentos frequentemente usados pelos idosos (ROZENFELD et al., 2003).

Diante do exposto nota-se que pacientes portadores de doenças crônicas, são recorrentes nos serviços de saúde, onde o modelo biomédico se faz incapaz na redução dos sintomas e prevenção dos agravos, sendo a inserção de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) aliadas e de relevância para preencher essa carência (AGUIAR et al., 2019).

A homeopatia faz parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) de maneira a ampliar o acesso da população aos serviços e ações das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), nas redes de atenção à saúde, de forma segura, eficaz e com atuação - multiprofissional em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, os quais oferece 29 práticas de maneira gratuita (BRASIL et al., 2015).

Este estudo tem como objetivo avaliar o estado funcional e indicadores de qualidade de vida em pacientes com demência que fazem tratamento homeopático complementar no Hospital do Idoso de Rio Branco.

MATERIAL E MÉTODOS

População de estudo e período do estudo

O delineamento metodológico consiste em um estudo observacional longitudinal do tipo coorte. Foram convidados a participar do estudo idosos em acompanhamento por queixas cognitivas ou motoras no Hospital do Idoso da Fundação Hospitalar do Acre (FUNDHACRE), que haviam sido encaminhados para tratamento complementar com homeopatia no serviço homeopático oferecido nesse serviço. Somente foram incluídos no

estudo aqueles pacientes que estavam em avaliação, mas ainda não haviam iniciado o uso do medicamento homeopático, ou seja, os participantes e seu responsável legal (quando pertinente) foram abordados no momento da primeira consulta no serviço de Homeopatia. A coleta de dados foi efetuada entre agosto de 2019 e maio de 2021.

Coleta de dados

Os participantes que concordaram em ser incluídos no estudo, ou aqueles em que o responsável legal concordou em participar do estudo, foram submetidos aos seguintes procedimentos para coleta de dados: a) Entrevista com Questionário individual e Questionário socioeconômico/domiciliar, onde foram coletadas informações sobre sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda, aposentadoria e uso de medicações; b) Avaliação cognitiva breve usando o Exame Mini-Mental (BRASIL, 2017); c) Avaliação da gravidade da demência (funcional) usando a Escala CDR conforme protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017); d) Avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD) conforme a escala de Katz (ALIBERTI et al., 2007; DUARTE et al., 2007) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) conforme a escala de Lawton (ALIBERTI et al., 2007; DEL DUCA et al., 2009).

O prontuário dos idosos foi consultado após permissão por escrito do paciente ou responsável legal, colhendo-se dados adicionais quando necessário, tais como diagnóstico médico principal, medicação alopática em uso, medicação homeopática prescrita, e outras informações.

A classificação dos pacientes conforme a presença ou ausência de demência foi feita baseado nas anotações do prontuário (diagnósticos anteriores) e na entrevista, usando-se os critérios clínicos de demência (presença de declínio cognitivo ou alterações comportamentais, que interfere com as atividades diárias ou de trabalho, não existentes anteriormente, detectado pela história e/ou evolução do paciente ou avaliação clínica confiável), conforme critério definido pela *National Institute on Aging-Alzheimer's Association* (MCKHANN et al., 2011). O tipo de demência foi definido usando-se os critérios descritos pelo *National Institute for Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association-NINCDS-ADRDA* (MCKHANN et al., 2011), Demência vascular provável segundo critérios do NINDS-AIREN (ROMAN et al., 1993), Demência provável por corpúsculos de Lewy (DCL)

segundo critérios de McKeith et al. (2017), e Demência Fronto Temporal segundo critérios definidos por Rascovsky et al., (2011).

Aspectos éticos

Este estudo faz parte de um projeto maior que foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Federal do Acre, com parecer de número 3.451.189. Os idosos sem demência que aceitaram participar do estudo após esclarecimentos preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da entrevista. O responsável legal ou acompanhante do idoso com demência foram convidados a preencher o TCLE após os esclarecimentos. A coleta de dados só ocorreu após a assinatura do TCLE.

Análise de dados

Os dados foram digitados e analisados no programa SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences). A informação sobre escolaridade foi categorizada em ‘escolarizado’ para aqueles que haviam frequentado escola, e ‘não-escolarizado’ para aqueles que nunca frequentaram escola. A renda foi categorizada em menor ou igual a 1 salário-mínimo segundo o valor vigente no ano da entrevista (R\$ 998 em 2019; R\$ 1045 em 2020 e R\$ 1087,85 em 2021). O estado civil foi categorizado em ‘tem companheiro’ para os idosos casados, amasiados, ou em união estável’, e ‘sem companheiro’ para os idosos solteiros, viúvos, separados ou divorciados.

A escala CDR foi pontuada usando-se o CDR Dementia Staging Instrument calculator, disponibilizado pela Universidade de Washington através do National Alzheimer’s Coordinating Center da Escola de Saúde Pública da Universidade de Washington, EUA.

As atividades básicas foram avaliadas pela Escala Katz de atividades básicas de vida diária (ABVD), enquanto as atividades instrumentais foram aferidas pela escala de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) de Lawton, na versão publicada no Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa nº 19, 2006 (BRASIL, 2006). Portanto, esse estudo mensurou nove atividades instrumentais (uso do telefone / ir a locais distantes / fazer compras / preparar as refeições / organizar a casa / realizar trabalhos manuais domésticos / lavar e passar a roupa / tomar remédio sozinho e / cuidar do dinheiro) e seis atividades básicas de autocuidado (tomar banho / vestir-se / ir

ao banheiro / transferência (deitar e levantar) / controlar a evacuação e micção e / alimentar) (DEL DUCA et al., 2009).

Durante a aplicação do questionário de Lawton, foram propostas três alternativas de resposta: sem ajuda (3 pontos) / com ajuda parcial (2 pontos) e / não consegue (1 ponto), relativas as categorias independência, necessidade de auxílio parcial ou total e a incapacidade para realizar tal atividade (DEL DUCA et al., 2009). Em Katz, as repostas para as perguntas foram independentes (1 pontos) quando o paciente conseguia exercer a atividade sem supervisão, orientação ou assistência pessoal e dependentes (0 ponto) quando necessitava de supervisão, assistência pessoa ou cuidado integral (DUARTE et al., 2007). Os pacientes, foram classificados como muito dependente (0 a 3 pontos), parcialmente dependentes (4 ou 5 pontos) e independentes (6 pontos) segundo as ABVD de Katz. Já para as AIVD de Lawton eram dependentes (9 a 15 pontos), parcialmente dependentes (16 a 25 pontos) e independentes (26 ou 27 pontos) (ALIBERTI et al., 2007).

A comparação das variáveis categóricas em tabelas de contingência 2 x 2 foi efetuada usando-se o teste do Qui-Quadrado de Pearson, acoplado a correção de Yates (quando $N < 40$), ou o Teste Exato de Fisher. Para variáveis categóricas com 'n' categorias, usou-se o teste do Qui-Quadrado (com ou sem correção de Yates) com p calculado pela simulação de Monte Carlo, quando necessário.

Para a análise de diferenças entre médias, a normalidade da distribuição das variáveis numéricas foi avaliada usando-se o teste de Shapiro-Wilk (quando o $n < 30$) ou o teste de Kolmogorov-Smirnov com correlação de significância de Lilliefors quando a amostra foi maior que 30. A homogeneidade das variâncias foi testada usando-se o teste de Levene, e no caso de distribuições normais com variâncias iguais as médias foram comparadas com o teste T de Student ou com o Teste de Anova no caso de amostras independentes. Variáveis com distribuição normal, mas variâncias heterogêneas, e variáveis com distribuição não-normal foram avaliadas usando-se testes não-paramétricos para comparação de médias. A comparação de variáveis contínuas entre dois ou três grupos foi feita usando-se o teste U de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis.

Para a análise de diferenças entre medias de variáveis dependentes, no caso os escores de Lawton e Katz, na primeira avaliação e no retorno, utilizou-se o teste de classificação de assinaturas de Wilcoxon ('Wilcoxon signed rank test'). O nível de significância adotado foi de 5% em todas as análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características clínicas e epidemiológicas da população de estudo

A população de estudo constitui-se em 30 pacientes com demência clínica, acompanhados no Hospital do Idoso da Fundação Hospitalar do Acre e com tratamento homeopático complementar. Os pacientes eram predominantemente do sexo feminino (53,3%), com idade média de 77,5 anos (DP = 7,9 anos, mínima de 59 e máxima de 93). Cerca de 41,4% dos participantes eram não-escolarizados, 34,5 % tinham frequentado a escola de 1 a 4 anos, e o restante (24,1%) tinham mais do que 4 anos de estudo (media =3,38, DP= 4,2, mediana de 1 ano, e máximo de 11 anos). A maioria possuía renda familiar menor ou igual a um salário-mínimo (para os anos de 2019-2021). Apenas 46,7% possuíam companheiro (a), sendo o restante solteiro, viúvo, separado ou divorciado. Vinte e nove participantes já eram aposentados (96,7%) (Tabela 1). A avaliação do estágio da demência feita pelo escore de demência clínica (CDR) indicou demência leve (CDR 1) em 9 participantes (30%), demência moderada em 8 participantes (26,7%), demência grave em 7 participantes (23,3%). Em 20% dos casos, apesar da demência clinicamente evidente, o escore CDR foi de 0,5 (Tabela 1).

Tabela 1 – Características clínicas e epidemiológicas da população de estudo.

VARIÁVEIS	PACIENTES COM DEMÊNCIA	
	N	%
SEXO		
Masculino	14	46,7%
Feminino	16	53,3%
IDADE		
Media (dp)	77,5	(7,9)
Mediana	77,5	
ESCOLARIDADE		
Não-escolarizado	12	41,4%
1 a 4 anos	10	34,5%
Mais do que 4 anos	7	24,1%
RENDA FAMILIAR		
Menor ou igual a 1 S.M.	18	60,0%
Maior do que 1 S.M.	12	40,0%
ESTADO CIVIL		
Solteiro, viúvo, separado ou divorciado	16	53,3%
Casado, amasiado ou união estável	14	46,7%
APOSENTADO		
Não	1	3,3%

Sim	29	96,7%
CDR		
0,5	6	20,0%
1	9	30,0%
2	8	26,7%
3	7	23,3%

Quanto ao tipo de demência, 6 participantes tinham diagnóstico de Demência de Alzheimer provável (20%), 12 participantes tinham diagnóstico de Demência Frontotemporal provável ou possível (40%), 3 tinham demência vascular (10%), e os demais 30% não tinham uma etiologia demencial definida.

Os medicamentos homeopáticos mais usados foram Arsenicum álbum (23,3%), Lycopodium clavatum (23,3%) e Phosphorus (16,7%), seguidos por Kali carbonicum (6,7%), Nitri acidum (6,7%) e Sepia (6,7%). Os demais pacientes usaram Carbo animalis, Causticum, Conium, Hyosciamus niger e Sulphur (3,3%, respectivamente).

Grau de dependência conforme Atividades instrumentais da vida diária – Escala de Lawton

A escala de Lawton categorizada mostrou que 93,3% dos pacientes eram totalmente dependentes nas atividades instrumentais da vida diária, sendo os demais dependentes parciais (6,7%). Nenhum paciente com demência era independente nas atividades instrumentais da vida diária.

Não houve diferença estatisticamente significativa no grau de dependência conforme sexo, escolaridade ou renda familiar ($p > 0,005$). Indivíduos com companheiro foram 100% totalmente dependentes, enquanto os sem companheiro tiveram um grau de dependência menor (apenas 87,5% totalmente dependentes), apesar de não atingir significância estatística ($p = 0,485$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Classificação do grau de dependência conforme Atividades instrumentais da vida diária – Escala de Lawton e Atividades básica da vida diária - Katz em pacientes com demência na primeira avaliação.

Variáveis	Lawton				P	Katz				P		
	Totalmente dependente		Dependência parcial			Muito dependente		Parcialmente dependente			Independente	
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%
SEXO												
Masculino	13	92,9	1	7,1	1,00 ^f	9	64,3	3	21,4	2	14,3	0,54 ^f
Feminino	15	93,8	1	6,2		7	43,8	6	37,5	3	18,8	

IDADE													
Média (dp)	77,1	7,7	84	11,3	0,24 ^t	76,6	8,5	77,5	7,8	80,4	7,3	0,40 ^a	
ESCOLARIDADE													
Não-	12	100	0	0,0	0,49 ^f	8	66,7	2	16,7	2	16,7	0,60 ^f	
1 ou + anos	15	88,2	2	11,8		7	70,0	2	20,0	1	10,0		
RENDA													
≤ 1 S.M.	17	94,4	1	5,6	1,00 ^f	10	55,6	5	27,8	3	16,7	1,00 ^f	
> 1 S.M.	11	91,7	1	8,3		6	50,0	4	33,3	2	16,7		
ESTADO CIVIL													
Sem companheiro	14	87,5	2	12,5	0,48 ^f	10	62,5	3	18,8	3	18,8	0,37 ^{**}	
Com companheiro	14	100	0	0,0		6	42,9	6	42,9	2	14,3		
APOSENTADORIA													
Não	1	100	0	0,0	1,00 ^f	1	100	0	0,0	0	0,0	1,00 ^f	
Sim	27	93,1	2	6,9		15	51,7	9	31,0	5	17,2		
TOTAL	28	93,3	2	6,7		16	53,3	9	30	5	16,7		

Quanto a dependência conforme o tipo de demência, 100% dos pacientes com Demência de Alzheimer provável e demência vascular era totalmente dependentes, enquanto 91,7% dos pacientes com DFT provável e 88,9% dos pacientes com demência de etiologia não-definida eram totalmente dependentes, sendo os demais parcialmente dependentes. Entretanto, essas diferenças não atingiram significância estatística ($p = 1,00$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Grau de dependência nas Atividades instrumentais da vida diária – Escala de Lawton e Atividades básica da vida diária - Katz em idosos com demência, conforme o diagnóstico principal.

Diagnóstico Principal	Escore											
	Lawton					Katz						Valor de p*
	Totalmente dependente		Dependência parcial		Valor de p*	Muito dependente		Parcialmente dependente		Independente		
N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		
D. Alzheimer provável	6	100	0	0,0	1,00*	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0,357*
D. Fronto-temporal provável ou possível	11	91,7	1	8,3		8	66,7	2	16,7	2	16,7	
D. Vascular	3	100	0	0,0		1	33,3	2	66,7	0	0,0	

Demência de etiologia não definida	8	88,9	1	11,1	4	44,4	2	22,2	3	33,3
TOTAL	28	93,3	2	6,7	16	53,3	9	30,0	5	16,7

Já quanto ao estadiamento da gravidade da demência pelo CDR, também não foram encontradas diferenças significantes no grau de dependência entre os diferentes resultados de CDR ($p = 0,560$), (Tabela 4). Pacientes com CDR 0,5 e 2 tiveram 100% de dependência total, pacientes com CDR 1 tiveram 88,9% de dependência total e 11,1% de dependência parcial, e pacientes com CDR 3 tiveram 83,3% de dependência total e 16,7% de dependência parcial.

Tabela 4 – Classificação do grau de dependência conforme Atividades instrumentais da vida diária – Escala de Lawton e Atividades básica da vida diária - Katz x Escala de demência clínica (CDR).

Escala de demência clínica (CDR)	Escore											P
	Lawton				P	Katz						
	Totalmente dependente	Dependência a parcial		Muito dependente		Parcialmente dependente		Independente				
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
0,5 (Questionável)	7	100,0	0	0,0	0,56*	1	16,7	2	33,3	3	50,0	0,02*
1 (Leve)	8	88,9	1	11,1		3	33,3	5	55,6	1	11,1	
2 (Moderada)	8	100,0	0	0,0		5	62,5	2	25,0	1	12,5	
3 (Grave)	5	83,3	1	16,7		7	100,0	0	0,0	0	0,0	

Dentre os nove itens avaliados na escala de Lawton, as atividades que envolviam dinheiro e tomar a medicação foram as mais assistidas (90%), seguidas de lavar a roupa e arrumar a casa (86,7%). Já usar o telefone foi a atividade instrumental onde houve maior proporção de pacientes que a faziam sem assistência (23,3%). (Tabela 5).

Tabela 5 – Classificação do grau de dependência conforme Atividades instrumentais da vida diária – Escala de Lawton em pacientes com demência na primeira avaliação.

Escala de Lawton	Escore de Lawton		
	Não consegue (%)	Com ajuda parcial (%)	Sem ajuda (%)
Consegue usar o telefone?	56,7	20	23,3
Consegue ir a locais distantes?	76,7	20	3,3
Consegue fazer compras?	76,7	16,7	6,7
Consegue preparar as próprias refeições?	73,3	20	6,7
Consegue arrumar a casa?	86,7	6,7	6,7
Consegue fazer trabalhos manuais domésticos?	73,3	13,3	13,3
Consegue lavar e passar a roupa?	86,7	13,3	0
Consegue tomar remédio sozinho?	90,0	3,3	6,7
Consegue cuidar do dinheiro?	90,0	6,7	3,3

Quanto ao grau de dependência em cada item da escala de Lawton de acordo com as características epidemiológicas e clínicas, percebe-se que pacientes analfabetos eram mais dependentes do que pacientes com algum grau de escolaridade para quase todos os itens, porém as análises não atingiram significância estatística. (Tabela 6). Enquanto 91,7% dos pacientes analfabetos não conseguiam ir a locais distantes sozinhos e 8,3% só o faziam com ajuda parcial, apenas 42,9% dos pacientes com mais de 4 anos de escolaridade não conseguiam ir a locais distantes e 14,3% ainda o faziam sem ajuda ($p = 0,081$, Teste do Qui Quadrado de Pearson com p calculado pela simulação de Monte Carlo, IC 99%, 1000 amostras; (Tabela 6).

Tabela 6 - Atividades instrumentais da vida diária – Escala de Lawton x Escolaridade em 3 categorias x não consegue, com ajuda ou sem ajuda.

Escala de Lawton	Escolaridade									Valor de P
	Analfabeto			1 a 4 anos			Mais de 4 anos			
	Não	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Não	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Não	Com ajuda parcial	Sem ajuda	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Consegue usar o telefone?	75	16,7	8,3	60	10	30	14,3	42,9	42,9	0,117*
Consegue ir a locais distantes?	91,7	8,3	0,0	80	20	0	42,9	42,9	14,3	0,081*
Consegue fazer compras?	91,7	8,3	0,0	80	10	10	42,9	42,9	14,3	0,195*
Consegue preparar as próprias refeições?	75	25	0,0	70	20	10	71,4	14,3	14,3	0,848*
Consegue arrumar a casa?	91,7	0,0	8,3	90	0	10	71,4	28,6	0	0,127*
Consegue fazer trabalhos manuais domésticos?	75,0	8,3	16,7	70	20	10	71,4	14,3	14,3	0,966*
Consegue lavar e passar a roupa?	91,7	8,3	0	80	20	0	85,7	14,3	0	0,797*
Consegue tomar remédio sozinho?	100	0	0	90	0	10	71,4	14,3	14,3	0,257*
Consegue cuidar do dinheiro?	83,3	8,3	8,3	100	0	0	85,7	14,3	0	0,807*

Não houve diferenças significantes em itens individuais do questionário de Lawton frente aos tipos de demência, à semelhança do escore total (Tabela 7). Entretanto, o estadiamento da demência feito pelo CDR mostrou diferenças estatisticamente significantes nos itens ‘usar o telefone’ ($p=0,003$), ir a locais distantes ($p= 0,005$) e fazer compras ($p = 0,005$), sendo que a independência nessas atividades diminuiu conforme aumentou o grau da demência (Tabela 8). Além disso, os pacientes com demência moderada a grave foram completamente dependentes quanto a ir a locais

distantes (p =0,005), fazer compras (p= 0,005), lavar a roupa (p= 0,100), tomar remédio sozinho (p=0,216) e cuidar do próprio dinheiro (p=0,216) (Tabela 8).

Tabela 7 – Item das Atividades instrumentais da vida diária – Escala de Lawton x Tipos de demência x não consegue, com ajuda ou sem ajuda.

Escala de Lawton	Tipos de Demência									Valor de p
	Doença Alzheimer Provável (n=6)			DFT Provável ou Possível (n=12)			Demência Vascular ou Etiologia Não Definida (n=12)			
	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Consegue usar o telefone?	83,3	0,0	16,7	66,7	16,7	16,7	33,3	33,3	33,3	0,301
Consegue ir a locais distantes?	100,0	0,0	0,0	66,7	25,0	8,3	75,0	25,0	0,0	0,630
Consegue fazer compras?	83,3	16,7	0,0	75,0	8,3	16,7	75,0	25,0	0,0	0,447
Consegue preparar as próprias refeições?	66,7	33,3	0,0	66,7	25,0	8,3	83,3	8,3	8,3	0,834
Consegue arrumar a casa?	100,0	0,0	0,0	91,7	0,0	8,3	75,0	16,7	8,3	0,676
Consegue fazer trabalhos manuais domésticos?	66,7	33,3	0,0	66,7	16,7	16,7	83,3	0,0	16,7	0,361
Consegue lavar e passar a roupa?	66,7	33,3	0,0	100,0	0,0	0,0	83,3	16,7	0,0	0,096
Consegue tomar remédio sozinho?	100,0	0,0	0,0	83,3	8,3	8,3	91,7	0,0	8,3	1,00
Consegue cuidar do dinheiro?	100,0	0,0	0,0	91,7	8,3	0,0	83,3	8,3	8,3	1,00

Tabela 8 – Item das Atividades instrumentais da vida diária – Escala de Lawton x Escala de demência clínica (CDR) em 2 categorias x não consegue, com ajuda ou sem ajuda.

Escala de Lawton	Escala de demência clínica (CDR)						Valor de p
	Questionável ou Leve			Moderada ou Grave			
	Não consegue (%)	Com ajuda parcial (%)	Sem ajuda (%)	Não consegue (%)	Com ajuda parcial (%)	Sem ajuda (%)	
Consegue usar o telefone?	33,3	20,0	46,7	80,0	20,0	0,0	0,003*
Consegue ir a locais distantes?	53,3	40,0	6,7	100,0	0,0	0,0	0,005*
Consegue fazer compras?	53,3	33,3	13,3	100,0	0,0	0,0	0,005*
Consegue preparar as próprias refeições?	60,0	26,7	13,3	86,7	13,3	0,0	0,265*
Consegue arrumar a casa?	80,0	13,3	6,7	93,3	0,0	6,7	0,711*

Consegue fazer trabalhos manuais domésticos?	66,7	13,3	20,0	80,0	13,3	6,7	0,828*
Consegue lavar e passar a roupa?	73,3	26,7	0,0	100,0	0,0	0,0	0,100f**
Consegue tomar remédio sozinho?	80,0	6,7	13,3	100,0	0,0	0,0	0,216*
Consegue cuidar do dinheiro?	80,0	13,3	6,7	100,0	0,0	0,0	0,216*

Grau de dependência conforme atividades básicas da vida diária – Katz

A categorização do escore de Katz mostrou que apenas 16,7% dos pacientes eram independentes nas atividades básicas da vida diária. Cerca de 30% eram parcialmente dependentes, e a maioria (53,3%) era muito dependente (Tabela 2).

Não houve diferença no grau de dependência nas atividades básicas da vida diária conforme sexo, renda, estado civil e ser aposentado (Tabela 2). Indivíduos sem escolaridade eram mais dependentes do que indivíduos com mais do que 4 anos de escolaridade, mas a diferença não atingiu significância estatística ($p = 0,605$, Tabela 2)

A frequência de pacientes muito dependentes nas atividades básicas da vida diária era maior em pacientes com demência fronto-temporal provável ou possível (66,7%) do que em pacientes com DA provável (50%), demência vascular (33,3%) ou demência de etiologia não definida (44,4%), mas não houve significância estatística ($p = 0,357$; Tabela 3). Já quanto ao estágio da demência conforme o CDR, houve aumento progressivo na dependência conforme a gravidade da demência aumentou ($p = 0,020$), Tabela 4).

Quanto a avaliação de cada item da escala de Katz, a maioria recebia assistência no banho (50%), ao vestir-se (56,7%), para alimentar-se (63,3%), e no item continência (fecal e urinária, 63,3%). Menos da metade dos pacientes precisava de ajuda para transferência da cama ou da cadeira (33,3%), e para ir ao banheiro (43,3%). (Tabela 9). Não houve diferença na assistência requerida para cada item da escala de Katz conforme o tipo de demência (Tabela 9), nem quanto ao sexo, escolaridade, renda, estado civil ou ser aposentado ($p > 0,005$).

Tabela 9 - Item da Atividades básica da vida diária - Katz x tipos de demência x recebe assistência e não recebe assistência.

Escala de Katz	Tipos de Demência						TOTAL		Valor de p*
	D.Alzheimer Provável		DFT Provável ou Possível		Dem. Vascular ou Etiologia Não Definida				
	Recebe assistência		Recebe assistência		Recebe assistência		Recebe assistência		
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
	%	%	%	%	%	%	%		
Função Banho	66,7	33,3	50,0	50,0	41,7	58,3	50	50	0,728f
Função vestir-se	66,7	33,3	58,3	41,7	50,0	50,0	56,7	43,3	0,895f
Função ir ao banheiro	50,0	50,0	50,0	50,0	33,3	66,7	43,3	56,7	0,712f
Função transferência	16,7	83,3	41,7	58,3	33,3	66,7	33,3	66,7	0,704f
Função continência	66,7	33,3	66,7	33,3	58,3	41,7	63,3	36,7	1,00f
Função alimentação	66,7	33,3	66,7	33,3	58,3	41,7	63,3	36,7	1,00f

O desempenho em cada item da escala de Katz variou significativamente ($p < 0,05$) conforme o estágio da demência classificado de acordo com o CDR para as funções banho, vestir-se, ir ao banheiro e transferência (Tabela 10). Já para as funções de continência e alimentação também houve diferença, mas a significância foi limítrofe ($p = 0,059$). Em outras palavras, conforme aumentou a gravidade da demência aumentou a necessidade de assistência nas atividades básicas da vida diária. (Tabela 10).

Tabela 10 - Item das Atividades básica da vida diária - Katz x Escala de demência clínica (CDR) em 3 categorias x recebe assistência e não recebe assistência.

Escala de Katz	Escore CDR 3 categorias						Valor de p*
	Questionável ou leve		Moderado		Grave		
	Recebe assistência		Recebe assistência		Recebe assistência		
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
	%	%	%	%	%	%	
Função Banho	20,0	80,0	62,5	37,5	100,0	0,0	0,001m
Função Vestir-se	26,7	73,3	75,0	25,0	100,0	0,0	0,002m
Função Ir ao banheiro	13,3	86,7	62,5	37,5	85,7	14,3	0,003m
Função Transferência	6,7	93,3	37,5	62,5	85,7	14,3	0,001m
Função Continência	46,7	53,3	62,5	37,5	100,0	0,0	0,059m
Função Alimentação	46,7	53,3	62,5	37,5	100,0	0,0	0,059m

Retorno dos pacientes

Dos 30 pacientes incluídos na pesquisa, 18 continuaram em acompanhamento no serviço de Homeopatia, tendo sido reavaliados presencialmente uma ou mais vezes (de 1 a 7 retornos) entre agosto de 2019 e março de 2021. Cinco pacientes não iniciaram o tratamento e 12 pacientes iniciaram o tratamento, mantiveram contato telefônico, mas não retornaram para reavaliação.

Devido a pandemia que se iniciou em março de 2020, os intervalos entre as reavaliações dos pacientes variaram, pois o serviço fechou por 6 meses em 2020, só funcionando através de telemedicina. A média de tempo entre a primeira avaliação e a última avaliação de cada paciente foi de 234,56 dias ou 7 meses e 24 dias (desvio padrão de 192 dias), com mediana de 190 dias, mínimo de 18 dias e máximo de 618 dias (1 ano e 10 meses).

A classificação de dependência nas atividades instrumentais da vida diária pela escala de Lawton na primeira consulta e no último retorno não apresentou mudança: todos os pacientes dependentes continuaram dependentes para as atividades instrumentais, e o único paciente parcialmente dependente se manteve assim. ($p = 1,00$, Teste de McNemar). Considerando os escores numéricos da escala de Lawton, também não houve diferença entre a primeira consulta e o último retorno. A média do escore da primeira consulta foi de 11,61 ($dp = 3,16$), com mediana de 11. No último retorno, a média foi de 10,94 ($DP = 21,50$), com mediana de 9,50 ($p = 0,148$, Wilcoxon Signed Ranks Test).

A classificação de dependência nas atividades básicas da vida diária pela escala de Katz não teve mudança entre o primeiro e o último retorno, com apenas 2 pacientes tendo apresentado melhora da dependência e dois pacientes com piora da dependência ($p = 0,846$, Teste de McNemar-Bowker). Considerando os escores numéricos da escala de Katz, também não houve diferença entre a primeira consulta e o último retorno. A média do escore da primeira consulta foi de 3,39 ($DP = 2,33$), com mediana de 4,5. No último retorno, a média foi de 3,17 ($DP = 2,57$), com mediana de 4 ($p = 0,433$, Wilcoxon Signed Ranks Test).

As características epidemiológicas do estudo são semelhantes com as encontradas na média nacional. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020) mostram que 3,3 milhões de pessoas acima de 60 anos possui alguma limitação funcional para desempenhar atividades básicas da vida diária (ABVD). Esse valor aumenta para 7,1 milhões de pessoas quando falamos de atividades instrumentais da vida diária (AIVD). A porcentagem de homens (8,2%) com limitações em ABVD foi inferior ao de mulheres (10,6%). Para AIVD essa diferença sobe de 15% para os homens e 24,6% para mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

O presente estudo também verificou um predomínio do sexo feminino (53,3%) em relação ao sexo masculino (46,7%). Uma possível explicação para o maior

acometimento de demência em mulheres se dá pela maior expectativa de vida (SOUZA et al., 2019), mas também pode ser explicado pelo fato de mulheres terem um histórico de procurarem mais assistência médica do que homens.

A idade média dos idosos usuários do SUS foi semelhante aos dados nacionais. Dados da PNS de 2019 mostraram que 18,5% dos brasileiros dependentes para atividades da vida diária possuíam mais de 75 anos. Já quanto a escolaridade, quanto maior a escolaridade, menor a dependência do idoso, dado já corroborado por outros estudos (SOUZA et al., 2019; CAMELO et al., 2016). A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostrou que dos indivíduos com limitação funcional para atividades instrumentais 38,4% eram sem instrução, 21,5% fundamental incompleto e 10,4% fundamental completo e mais (SOUZA et al., 2019). O mesmo estudo mostrou também que quanto maior a renda domiciliar, menor a dependência em realizar atividades da vida diária, dado também encontrado pelo presente estudo.

Dessa forma, observou-se neste estudo um maior número de mulheres acima dos 75 anos, não-escolarizadas, baixa renda e não casadas. Esses resultados suportam o conceito de que viuvez aumenta o risco de desenvolver demência em indivíduos mais velhos. Um estudo com 208 paciente observou maior risco de demência entre as mulheres viúvas mais velhas ($p < 0,0001$) e menos escolarizadas ($p = 0,0008$) do que os homens. Atribui-se ao estado de viuvez menor suporte social e maiores condições de estresse (SCHULTZ et al., 2019).

Diversos estudos concordaram ao correlacionar a escolaridade com o comprometimento cognitivo e a incapacidade funcional. Para Camelo *et al.* (2016) o baixo nível de escolaridade evidenciou uma condição desfavorável para os idosos estudados, uma vez que, este fato pode comprometer o autocuidado, o acesso à informação e o acesso aos serviços de saúde. Estes pacientes procuram de forma menos frequente assistência para a prevenção de doenças e complicações, optando geralmente por serviço emergencial (MELO et al., 2017). Já o paciente com demência muitas vezes tem as decisões terapêuticas efetuadas por um membro da família, dada a incapacidade de decidir por conta própria.

Quanto a etiologia das demências dos participantes do estudo, houve vários casos de demência fronto-temporal, o que pode ter representado um viés de seleção, dado que esses pacientes costumam apresentar menor resposta ao tratamento sintomático com alopáticos.

A frequência de pacientes muito dependentes foi maior para os pacientes com demência fronto-temporal. Esta demência causa grandes dependências, afetando as atividades básicas da vida diária como (tomar banho, comer e trocar de roupa) e atividades instrumentais da vida diária (preparar refeições, administrar finanças) (MIOSHI et al., 2013), o que explica este achado.

A gravidade da demência também refletiu no grau de dependência do idoso. Houve aumento progressivo na dependência para ABVD de Katz conforme a gravidade da demência, medida pelo CDR, aumentou. Esses resultados estão em acordo com os dados encontrados por Marra et al., (2007) reforçando a relação entre habilidade funcional e nível cognitivo (SAUVAGET et al., 2002).

Em geral, os resultados encontrados neste estudo foram, semelhantes àqueles descritos na literatura que também investigaram idosos com demência. Há uma hierarquia das perdas funcionais com comprometimento de tarefas mais complexas como AIVD e por último as ABVD (MARRA et al., 2007; SAUVAGET et al., 2002). Com a escala de Lawton, é possível identificar quais funções são comprometidas no início da demência e quais demoram mais a serem perdidas (STEEN et al., 2001). No presente estudo, observou-se uma progressão da dependência nos itens de Lawton conforme o estadiamento da demência. Itens como usar o telefone ir a locais distantes e fazer compras compreendem funções mais complexas, necessitando, portanto, de maiores habilidades cognitivas (HASKEL et al., 2017).

Quanto a avaliação dos pacientes antes e após o tratamento homeopático, considerando que vários pacientes foram acompanhados por um período longo e não houve mudança na classe de dependência, é possível que o tratamento homeopático tenha estabilizado as funções cognitivas, em conjunto com o tratamento alopático, uma vez que a progressão nas demências é geralmente rápida. Um dos objetivos da homeopatia é a atuação clínica com redução da demanda por intervenções e a favor da melhoria da qualidade de vida. Além disso, busca disseminar o uso racional de medicamentos, e reduzir a dependência farmacológica (AGUIAR et al., 2019; GALHARDI et al., 2013). Os pacientes do estudo apresentaram muitos sintomas mentais, com grande influência na qualidade de vida e com abordagem alopática pouco e/ou não resolutivas. Para Givens et al., (2006), os antidepressivos não impedem a recorrência de doenças sendo por vezes evitados em pacientes idosos após efeitos adversos clinicamente relevantes (VAN SCHAİK et al., 2004). A anamnese homeopática valoriza vários fatores do indivíduo

como histórico familiar, hábitos, alterações fisiológicas e sintomas mentais. Essa singularidade é fundamental para decidir a abordagem terapêutica com o medicamento mais efetivo (SILVA, 2021). OLIVEIRA (2019) observou a importância da homeopatia em pacientes idosos, uma vez que os medicamentos são prescritos de forma individualizada, com diluições dinamizadas e apresentam risco mínimo mesmo em tratamento concomitante com medicamentos alopáticos.

Entretanto, deve-se levar em consideração algumas limitações do estudo. Houve um alto número de perdas e um baixo número de participantes em relação ao que era esperado inicialmente. Após início da pesquisa, em julho de 2019, houve uma paralisação presencial após o decreto da pandemia no Brasil – março de 2020. Foi necessário a restrição com o paciente. O estudo buscou adaptar a essa condição restritiva por meio de consultas com videoconferências ou chamadas. Com tal cenário, vários pacientes pararam o acompanhamento. Houve também redução de atendimentos no Hospital do Idoso e, nesse momento houve uma queda da captação de idosos para a pesquisa, levando a necessidade de utilizar testes não paramétricos, além de variação nos intervalos dos retornos.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo sugerem que os pacientes eram predominantemente do sexo feminino, acima dos 75 anos, não-escolarizados, com baixa renda. A dependência em itens da AIVD é manifestada antes em relação à dependência em itens de ABVD, e aumenta conforme a gravidade da demência. É possível que o tratamento homeopático pode ajudar na estabilização do quadro, ou ainda, retardar a dependência do idoso, necessitando, entretanto, de estudos mais aprofundados sobre o tema para confirmar esses resultados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos familiares e participantes da pesquisa, sem os quais este estudo não seria possível; à Fundação Hospitalar do Acre, pela colaboração no estudo; à Claudia, que em muito auxiliou na logística do projeto; a Universidade Federal do Acre, pelas bolsas de iniciação científica, e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo financiamento do projeto (Chamada Universal MCTIC/CNPq n.º 28/2018).

REFERÊNCIAS

- AGÜERO-TORRES, H.; FRATIGLIONI, L.; GUO, Z.; VIITANEN, M.; VON STRAUSS, E.; WINBLAD, B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. **American Journal of Public Health**, v. 88, n. 10, p. 1452–1456, 1998.
- AGUIAR, J.; KANAN, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1205–1218, 2019.
- ALIBERTI, M. J. R.; KIKUCHI, E.L.; MAGALDI, R. M.; PASCHOAL, S. M. P.; JACOB FILHO, W. Comprehensive geriatric assessment in elderly outpatients with dementia. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 1, n. 3, p. 303–310, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 96 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: Ministério de Saúde, 2006. 192 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Alzheimer**, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portaria-conjunta-13-pcdt-alzheimer-atualizada-em-20-05-2020.pd>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- CAMELO, L. DO V.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 280–293, 2016.
- DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C. DA; HALLAL, P. C. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 796-805, 2009.
- DUARTE, Y. A. DE O.; ANDRADE, C. L. DE; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 317–325, 2007.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Ageing, older persons and the 2030 agenda for sustainable development**. United Nations Development Programme. New York, 2017.
- GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F. DE; LEITE-MOR, A. C. M. B. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 213–220, 2013.
- GIVENS, J. L.; DATTO, C. J.; RUCKDESCHEL, K.; KNOTT, K.; ZUBRITSKY, C.; OSLIN, D. W.; NYSHADHAM, S.; VANGURI, P.; BARG, F. K. Older Patients' Aversion to Antidepressants. A Qualitative Study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 2, p. 146–151, 2006.
- HASKEL, M. V. L.; BONINI, J. S.; SANTOS, S. C.; SILVA, W. C. F. N; BUENO, C. F. O.; BORTOLANZA, M. C. Z.; DANIEL, C. R. Functionality on mild, moderate and severe Alzheimer's disease: a cross-sectional study. **Acta Fisiátrica**, v. 24, n.2, p. 82-85, 2017.
- HILL, R. D.; BÄCKMAN, L.; FRATIGLIONI, L. Determinants of Functional Abilities in Dementia. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 43, n. 10, p. 1092–1097, 1995.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019. Ciclos da Vida**: Informações sobre os indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Rio de Janeiro: Instituto brasileiro de Geografia e Estatística. 2020.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 27, p. 795–807, 2008.

MARRA, T. A.; PEREIRA, L. S. M.; FARIA, C. D. C. M.; PEREIRA, D. S.; MARTINS, M. A. A.; TIRADO, M. G. A. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 4, p. 267–273, 2007.

MCKEITH, I. G.; BOEVE, B. F.; DICKSON, D. W.; HALLIDAY, G.; TAYLOR, J. P.; WEINTRAUB, D.; AARSLAND, D.; GALVIN, J.; ATTEMS, J.; BALLARD, C. G.; BAYSTON, A.; BEACH, T. G.; BLANC, F.; BOHNEN, N.; BONANNI, L.; BRAS, J.; BRUNDIN, P.; BURN, D.; CHEN-PLOTKIN, A.; DUDA, J. E.; EL-AGNAF, O.; FELDMAN, H.; FERMAN, T. J.; FFYTCH, D.; FUJISHIRO, H.; GALASKO, D.; GOLDMAN, J. G.; GOMPERS, S. N.; GRAFF-RADFORD, N. R.; HONIG, L. S.; IRANZO, A.; KANTARCI, K.; KAUFER, D.; KUKULL, W.; LEE, V. M. Y.; LEVERENZ, J. B.; LEWIS, S.; LIPPA, C.; LUNDE, A.; MASELLIS, M.; MASLIAH, E.; MCLEAN, P.; MOLLENHAUER, B.; MONTINE, T. J.; MORENO, E.; MORI, E.; MURRAY, M.; O'BRIEN, J. T.; ORIMO, S.; POSTUMA, R. B.; RAMASWAMY, S.; ROSS, O. A.; SALMON, D. P.; SINGLETON, A.; TAYLOR, A.; THOMAS, A.; TIRABOSCHI, P.; TOLEDO, J. B.; TROJANOWSKI, J. Q.; TSUANG, D.; WALKER, Z.; YAMADA, M.; KOSAKA, K. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. **Neurology**, v. 89, n. 1, pg. 88-100, 2017.

MCKHANN, G. M.; KNOPMAN, D. S.; CHERTKOW, H.; HYMAN, B. T.; JACK, C. R. JR.; KAWAS, C. H.; KLUNK, W. E.; KOROSHETZ, W. J.; MANLY, J. J.; MAYEUX, R.; MOHS, R. C.; MORRIS, J. C.; ROSSOR, M. N.; SCHELTENS, P.; CARRILLO, M. C.; THIES, B.; WEINTRAUB, S.; PHELPS, C. H. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia**, v. 7, n. 3, p. 263–269, 2011.

MELO, B. R. S.; DINIZA, M. A. A.; CASEMIRO, F. G.; FIGUEIREDO, L. C.; SANTOS-ORLANDI, A. A.; HAAS, V. J.; ORLANDI, F. S.; GRATÃO, A. C. M. Cognitive and functional assessment about elderly people users of health public service. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20160388, 2017.

MIOSHI, E.; HODGES, J. R.; HORNBERGER, M. Neural Correlates of Activities of Daily Living in Frontotemporal Dementia. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, v. 26, n. 1, p. 51–57, 2013.

NJEGOVAN, V.; HING, M. M.; MITCHELL, S. L.; MOLNAR, F. J. The Hierarchy of Functional Loss Associated with Cognitive Decline in Older Persons. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 10, p. M638–M643, 2001.

NORDON, D. G.; GUIMARÃES, R. R.; KOZONOE, D. Y.; MANCILHA, V. S.; NETO, V. S. D. Perda cognitiva em idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v.11, n.3, p. 5-8, 2009.

OKEN, B. S.; SMITH DOODY, R. Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). **Neurology**, v. 57, n. 12, p. 2323–2323, 2001.

OLIVEIRA, C. S. R. Depressão em idosos: relato de caso com tratamento homeopático. Centro Alpha de Ensino. 2019. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Homeopatia) - Associação Paulista de Homeopatia, **São Paulo**, 2019.

RASCOVSKY, K.; HODGES, J. R.; KNOPMAN, D.; MENDEZ, M. F.; KRAMER, J. H.; NEUHAUS, J.; VAN SWIETEN, J. C.; SEELAAR, H.; DOPPER, E. G.; ONYIKE, C. U.; HILLIS, A. E.; JOSEPHS, K. A.; BOEVE, B. F.; KERTESZ, A.; SEELEY, W. W.; RANKIN, K. P.; JOHNSON, J. K.; GORNO-TEMPINI, M. L.; ROSEN, H.; PRIOLEAU-LATHAM, C. E.; LEE, A.; KIPPS, C. M.; LILLO, P.; PIGUET, O.; ROHRER, J. D.; ROSSOR, M. N.; WARREN, J. D.; FOX, N. C.; GALASKO, D.; SALMON, D. P.; BLACK, S. E.; MESULAM, M.; WEINTRAUB, S.; DICKERSON, B. C.; DIEHL-SCHMID, J.; PASQUIER, F.; DERAMECOURT, V.; LEBERT, F.; PIJNENBURG, Y.; CHOW, T. W.; MANES, F.; GRAFMAN, J.; CAPP, S. F.; FREEDMAN, M.; GROSSMAN, M.; MILLER, B. L. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. **Brain**, v. 134, n. 9; p. 2456-2477, 2011.

ROMÁN, G. C.; TATEMICH, T. K.; ERKINJUNTTI, T.; CUMMINGS, J. L.; MASDEU, J. C.; GARCIA, J. H.; AMADUCCI, L.; ORGOGOZO, J. M.; BRUN, A.; HOFMAN, A.; MOODY, D. M.; O'BRIEN, M. D.; YAMAGUCHI, T.; GRAFMAN, J.; DRAYER, B. P.; BENNETT, D. A.; FISHER, M.; OGATA, J.; KOKMEN, E.; BERMEJO, F.; WOLF, P. A.; GORELICK, P. B.; BICK, K. L.; PAJEAU, A. K.; BELL, M. A.; DECARLI, C.; CULEBRAS, A.; KORCZYN, A. D.; BOGOUSLAVSKY, J.; HARTMANN, A.; SCHEINBERG, P. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies: Report of the NINDS-AIREN International Workshop. **Neurology**, v. 43, n. 2, p. 250–250, 1993.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.

SAUVAGET, C.; YAMADA, M.; FUJIWARA, S.; SASAKI, H.; MIMORI, Y. Dementia as a Predictor of Functional Disability: A Four-Year Follow-Up Study. **Gerontology**, v. 48, n. 4, p. 226–233, 2002.

SCHULTZ, R. R.; FERNANDEZ, P. E. L.; NOVO, N. F.; WAJMAN, J. R. Prevalence of dementia among widowed and non-widowed patients and associated clinical and sociodemographic characteristics. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, p. e180122, 2019.

SILVA, A. D. O. Tratamento homeopático e sua implantação no SUS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 9, p. 978–988, 2021.

SOUZA, R. K. M.; BARBOZA, A. F.; FGASPERIN, G.; GARCIA, H. D. B. P.; BARCELLOS, P. M.; NISHIHARA, R. Prevalence of dementia in patients seen at a private hospital in the Southern Region of Brazil. **Einstein**, v. 18, p. eAO4752, 2019.

STEEN, G.; SONN, U.; HANSON, A. B.; STEEN, B. Cognitive function and functional ability. A cross-sectional and longitudinal study at ages 85 and 95 in a non-demented population. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 13, n. 2, p. 68–77, 2001.

VAN SCHAİK D. J.; KLIJN, A. F.; VAN HOUT, H. P.; VAN MARWIJK, H. W.; BEEKMAN, A. T.; HAAN, M.; VAN DYCK, R. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. **General Hospital Psychiatry**, v. 26, n. 3, p. 184–189, 2004.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S. C. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246–252, 2005.

INTVELD, B. A.; RUITENBERG, A.; HOFMAN, B.; LAUNER, L. J.; DUIJN, C.; STIJNEN, T.; BRETELER, M.; STRICKER, B. Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs and the Risk of Alzheimer's Disease. **New England Journal of Medicine**, v. 345, n. 21, p. 1515–1521, 2001.

WARNER, J.; BUTLER, R.; ARYA, P. Dementia. **Clinical Evidence**, n. 12, p. 1361-1390, 2004.

WASHINGTON UNIVERSITY ALZHEIMER'S DISEASE RESEARCH CENTER. *CDR® Dementia Staging Instrument calculator*. Disponível em: <https://naccddata.org/data-collection/tools-calculators/cdr>. Acesso em: 18 out. 2021.