

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA

Mateus Azevedo Silva Lima

Relato de caso: Idoso com alteração cognitiva aguda revertida, diagnóstico diferencial

SALVADOR

2024

Mateus Azevedo Silva Lima

Relato de caso: Idoso com alteração cognitiva aguda revertida, diagnóstico diferencial

Trabalho de conclusão de curso de autoria de Mateus Azevedo Silva Lima, intitulado Relato de caso: Idoso com alteração cognitiva aguda revertida, diagnóstico diferencial, apresentado como pré-requisito parcial para a conclusão do programa de residência médica em Clínica Médica do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos.

Orientador: Prof. Dr. Jonas Gordilho

SALVADOR

2024

SUMÁRIO:

1	INTRODUÇÃO	5
2	RELATO DE CASO	6
3	DISCUSSÃO	13
4	CONCLUSÃO	16
	REFERÊNCIAS	17
	ANEXOS	19

1 INTRODUÇÃO

Entende-se como comprometimento cognitivo (CC), o declínio da cognição que pode ou não afetar as atividades de vida diária e a funcionalidade. É possível classificá-lo como comprometimento cognitivo leve (CCL) ou demência, com base na gravidade e no comprometimento da independência dos pacientes afetados [1].

O declínio cognitivo agudo ou rapidamente progressivo representa um conjunto de condições tratáveis e não tratáveis, que traz grandes desafios para o diagnóstico diferencial e, embora não haja uma definição precisa, geralmente se refere a afecções que progridem em menos de 1 a 2 anos, ocorrendo sua maioria em semanas a meses. A demência, inclusive, pode desenvolver-se nos pacientes com CC rapidamente progressivo de etiologias tratáveis, caso a identificação e a implementação da terapia direcionada sejam tardias [1, 2, 3].

As causas da alteração cognitiva aguda são diversas, e podem ser divididas em doenças neurológicas primárias, como doenças por príons, neurodegenerativas e encefalopatias autoimunes, além das doenças neurológicas secundárias, como doença vascular cerebral, encefalopatias infecciosas e neoplásicas [2]. A neurosífilis é uma das possíveis causas de déficit cognitivo agudo, mas que na atualidade é cada vez mais incomum de ser diagnosticada, por conta da maior acessibilidade na atenção primária de testes sorológicos para infecções sexualmente transmissíveis, e com isso identificar a doença em fases mais iniciais. Vale ressaltar que o *Treponema Pallidum* provoca uma gama de manifestações neuropsiquiátricas que não são patognomônicas, e necessitam de alto grau de suspeição diagnóstica.

Portanto, a investigação diagnóstica de uma alteração cognitiva aguda, principalmente na população idosa, que é a faixa etária onde os distúrbios neurocognitivos estão mais prevalentes, pode ser desafiadora, já que, constantemente, condições preexistentes podem se sobrepor e dificultar a avaliação. [4] Como essas doenças apresentam curso de progressão rápida e algumas são causadas por condições reversíveis ou curáveis, o diagnóstico precoce e a instalação de tratamento se tornam necessárias [2]. Esse artigo relata o caso de um idoso admitido em serviço hospitalar por alteração cognitiva e provável diagnóstico de neurosífilis, analisando suas manifestações clínicas e laboratoriais e explorando os desafios no seu diagnóstico diferencial.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 73 anos de idade, natural e procedente de Salvador, ex-recepcionista de hotel, possui ensino fundamental incompleto e é casado.

O paciente foi admitido na enfermaria do Hospital Universitário Professor Edgar Santos, no dia 17 de novembro de 2023 após triagem no ambulatório da mesma instituição. Veio acompanhado pela esposa, que forneceu a maior parte das informações, devido a dificuldade de comunicação com o paciente. Foi relatado que há 15 dias iniciou quadro de alteração comportamental, associado a discurso desconexo. Ao longo desse tempo veio apresentando também tremores em extremidades associado a agitação psicomotora. Acompanhante referiu que previamente era independente para atividades básicas e instrumentais de vida diária. Além disso negou episódios prévios semelhantes. Após início do quadro, procurou assistência médica por duas ocasiões, sendo realizado exames laboratoriais e tomografia computadorizada de crânio sem contraste, sem alterações significativas segundo informação colhidas. No momento da chegada, paciente deambulava sozinho e encontrava-se afásico. A esposa relatou desorientação temporoespacial, prejuízo de memória declarativa e incapacidade de autocuidado, não sendo possível realizar avaliação cognitiva específica em momento inicial.

Tem antecedentes médicos relatados de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus tipo 2 por tempo indeterminado e fazia uso de medicações contínuas para tais como losartana 100 mg/dia, nebivolol 5 mg/dia, anlodipino 2,5mg/dia, hidroclorotiazida 25mg/dia e metformina 1g/dia. Negava outros antecedentes ou internações prévias, assim como antecedentes familiares de doenças neurológicas e outras dignas de nota. Quanto aos hábitos de vida negava tabagismo e etilismo prévios e era sedentário.

Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, afásico, vígil, desorientado no tempo e no espaço, pouco colaborativo, bom estado de vestes e higiene; pressão arterial: 130x80 mmHg; frequência cardíaca 103 bpm, eupneico, com pupilas isocóricas, fotorreagentes. Ao exame cardiovascular, bulhas cardíacas rítmicas, normofonéticas em dois tempos, sem sopros; ao exame respiratório, murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios; abdome estava semi-globoso à custa de panículo adiposo, flácido, sem massas ou visceromegalias; extremidades bem perfundidas, com pulsos periféricos presentes, sem edema; ao exame neurológico, mobilizava os 4 membros ativamente, apresentava espasmos em membros superiores sem deficits aparentes.

Com base nesse quadro de estado confusional agudo, foram solicitados exames para

avaliar função hepática, renal, eletrólitos, função tireoideana, vitamina B12, ácido fólico, VDRL, e sorologia para HIV. Dentre as alterações laboratoriais encontradas destacam-se hiponatremia leve de 133 meq/l e VDRL positivo na titulação 1:8, conforme demonstrados na Tabela 1. Foi também realizado nova tomografia computadorizada de crânio com contraste que evidenciou redução volumétrica encefálica leve, microangiopatia discreta e ateromatose calcificada extensa de carótidas.

Tabela 1 - Relação de exames laboratoriais realizados durante internamento.

Exames	Resultados
Função renal	Úreia: 24 mg/dl e creatinina: 0,6mg/dl
Eletrólitos	Sódio: 133 mEq/l, potássio: 4,3 mEq/l, magnésio: 1,8 mEq/l, cálcio iônico: 1,21mmol/l, fósforo: 4,0 mEq/l.
Hemograma	Hemoglobina de 10,3 mg/dl, VCM: 85,5 fL, HCM: 29,1 pg, leucócitos: 8880, plaquetas: 266 mil.
Perfil lipídico	Colesterol total: 163 mg/dl, LDL: 91 mg/dl, HDL; 61 mg/dl, TG: 55 mg/dl
Sorologias	VDRL: 1:8, Anti HTLV, Anti HIV, Anti HCV, AGHBS: não reagentes
Vitaminas	B12: 318 pg/ml Ácido fólico aumentado: 10,5 mg/dl
Cinética do ferro	Saturação de transferrina: 13%, ferritina: 69,6 ng/ml
Função tireoidiana	TSH: 0,93 µUI/mL e T4 livre normais
Perfil glicêmico	HbA1c: 7,0%

Fonte: Prontuário do paciente.

De posse desses exames, foi ampliada investigação diagnóstica, uma vez que a hiponatremia leve, atribuída ao uso de hidroclorotiazida não justificava o quadro clínico.

A presença de um VDRL positivo levantou a suspeita de alteração cognitiva aguda secundária a neurosífilis. Foi feita então uma coleta de líquido cefalorraquidiano para pesquisa de *Treponema Pallidum*, cujos achados estão descritos na Tabela 2. Diante da presença de hiperproteínoorraquia, apesar de VDRL no líquido negativo, foi optado, após discussão em conjunto com equipe de neurologia, iniciar tratamento empírico para neurosífilis com penicilina cristalina, na dose de 4 milhões unidades de 4 em 4 horas por 14 dias. Paralelamente foi orientada investigação de neoplasia, considerando possibilidade de encefalite paraneoplásica como diagnóstico diferencial. Realizou então tomografia computadorizada de tórax que não evidenciou alterações significativas e tomografia computadorizada de abdome que evidenciou espessamento parietal focal em sigmoide, com realce ao contraste, com extensão de até 4,4 cm e espessura máxima de 1,7 cm, sugestivo de neoplasia. Foi também evidenciada imagem nodular de contornos irregulares, presumivelmente relacionada a implante peritoneal/linfonodal, medindo 3,7 x 2,4 cm, no mesocólon adjacente, bem como linfonodos proeminentes, medindo até 0,8 cm no menor eixo.

Tabela 2 - O estudo do líquido

Exames	Resultados
Glicose	81 (VR 50-80)
LDH	40
Proteínas	66 (VR: 15-45)
Citologia	1 hemácia. 0 leucócitos
Culturas	Negativas
Gram, Ziehl, TRM-TB, VDRL	Negativas

Fonte: Prontuário do paciente.

Após a introdução da antibioticoterapia, inicialmente o paciente vinha oscilando períodos de agitação psicomotora e desorientação, com labilidade do humor e irritabilidade. Foi então associado risperidona para controle do quadro, bem como avaliação psiquiátrica, que não constatou nenhuma doença psiquiátrica primária que justificasse a sintomatologia apresentada. Com o decorrer do tratamento com penicilina evoluiu com melhora progressiva, com regressão total do quadro neurológico por ele apresentado, seguido de suspensão do neuroléptico. Como

complemento de investigação realizou colonoscopia onde foi biopsiada lesão encontrada no reto. Após realização do exame recebeu alta hospitalar e foi encaminhado ao ambulatório de geriatria do hospital, para seguimento clínico.

Durante o acompanhamento no ambulatório, paciente ganhou capacidade funcional, voltando a ficar independente para atividades básicas de vida diária (Tabela 3) e dependente parcial para atividades instrumentais de vida diária (Tabela 4). Foram feitas avaliações cognitivas seriadas com miniexame do estado mental (Tabela 5).

Tabela 3 - Escala de KATZ – Atividades básicas de vida diária.

Atividade	Independente	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para 01 parte do corpo	X	
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos	X	
Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)	X	
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)	X	
Continência	Controla completamente urina e fezes	X	
Alimentação	Come sem ajuda	X	

Fonte: Prontuário do paciente

Tabela 4 - Escalas de Lawton – Atividades instrumentais de vida diária.

Atividade	Avaliação	
1 O senhor consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1

2	O senhor consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
3	O senhor consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
4	O senhor consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
5	O senhor consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
6	O senhor consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
7	O senhor consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
8	O senhor consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
9	O senhor consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
Total			25

Fonte: Prontuário do paciente

Tabela 5 - Miniexame do estado mental.

Funções cognitivas avaliadas	Mês da avaliação	
	Março/2024	Abril/2024
1. Orientação		
Dia da semana (1 ponto)	1	1
Dia do mês (1 ponto)	0	1
Mês (1 ponto)	1	1
Ano (1 ponto)	1	1
Hora aproximada (1 ponto)	1	0
Local específico (1 ponto)	1	1
Instituição (1 ponto)	1	1
Bairro ou rua próxima (1 ponto)	1	1
Cidade (1 ponto)	1	1
Estado (1 ponto)	1	1
2. Memória imediata	3	3
Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta		
3. Atenção e cálculo	1	1
(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cálculo correto)		
4. Evocação	3	2
Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)		
5. Linguagem		
Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)	2	2
Repetir: “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)	1	1
Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” (3 pontos)	3	3

Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)	1	1
Escrever uma frase (1 ponto)	1	1
Copiar um desenho (1 ponto)	0	0
Total	24/30	23/30

Fonte: Prontuário do paciente

Em março de 2024 o paciente retornou com queixas de sangramento retal intermitente se sinais de instabilidade. Trouxe novos exames séricos com FTA- Abs IgG positivo e VDRL negativo, além de resultado da biópsia de lesão retal, que foi compatível com adenocarcinoma infiltrativo de reto. Foi então encaminhado para tratamento com equipe de oncologia e coloproctologia. Apresentou em junho de 2024 quadro de abdome agudo obstrutivo secundario à neoplasia de reto, foi submetido a procedimento cirurgico, com ressecção intestinal e seguimento oncológico.

3 DISCUSSÃO

Esse relato de caso descreve um idoso que apresentou um déficit cognitivo agudo associado a alterações comportamentais, e que evoluiu com resolução completa do quadro neurológico após investigação e tratamento adequados. Durante investigação foi suspeitado de neurosífilis e encefalite paraneoplásica. No entanto, evolução clínica de melhora cognitiva após uso de penicilina cristalina, fortaleceu a suspeita de neurosífilis.

A sífilis é um distúrbio infeccioso, cuja incidência tem diminuído devido à disseminação de tratamentos desde o seu surgimento [5]. Em sua história natural, pode manifestar-se como neurosífilis em um pequeno percentual dos pacientes não tratados. A neurosífilis possui diversas formas de apresentação, sendo uma delas o comprometimento cognitivo com alterações comportamentais. Os sintomas cognitivos variam desde alterações leves, como erros de julgamento, disfunção executiva e déficits de memória com progressão gradual, até demência franca. O exame neurológico pode ser normal, exceto pela alteração cognitiva, ou demonstrar tremores em face e membros, como descrito no nosso caso. Além disso, podem ocorrer manifestações psiquiátricas, como sintomas de depressão, euforia, mania e alucinações [6].

Na literatura são descritos vários relatos de casos de neurosífilis atípica, ou seja, que não se manifesta como sífilis meningovascular, tabes dorsalis, paresia ou meningite. Esses pacientes apresentam manifestações clínicas semelhantes a pacientes com suspeita de encefalite límbica paraneoplásica (ELP) ou encefalite herpética, o que justifica tal suspeita ter sido elencada para o paciente aqui relatado. A ELP tem sido mais comumente associada ao câncer de pulmão de pequenas células e já foi documentada com outras neoplasias, como linfoma e tumores de testículo, mama e ovário[7]. Tendo em vista essas informações, apesar do nosso paciente ter sido diagnosticado com um adenocarcinoma colorretal, este tumor não é tipicamente associado à ELP e o paciente evoluiu com melhora clínica antes do início do tratamento para erradicação da malignidade.

Este paciente apresentou declínio cognitivo marcado por desatenção, desorientação e sintomas neuropsiquiátricos como agitação psicomotora, humor lábil, por vezes agressivo outrora depressivo. Apresentava testes sorológicos positivos para sífilis e alterações líquóricas que podem ser encontradas em pacientes com neurosífilis. Além desses achados, existem algumas alterações de ressonância magnética que podem ser encontradas em indivíduos com neurosífilis, principalmente em lobo temporal medial, com alteração do sinal no T2 e no

FLAIR, que se resolve com o tratamento da doença [8,9,10].

O diagnóstico de neurosífilis é composto de uma combinação dos achados clínicos, dos resultados dos testes sorológicos e das anormalidades do líquido cefalorraquidiano (LCR). No nosso caso, o paciente apresentou quadro clínico, VDRL sérico positivo e hiperproteínoorraquia no LCR. A elevação da concentração de proteínas no LCR (> 45 mg/dL) é consistente com neurosífilis, porém, pode ser menos específica do que a pleocitose (> 5 células/microL), que não foi identificada no nosso caso. [11,12]. Além disso, o VDRL do líquido foi negativo, porém, isso não exclui o diagnóstico. Em uma série de casos analisados por Hooshmand et al [13] foi visto que 43% dos casos com neurosífilis avaliados tinham VDRL não reagente no LCR. Já em uma meta-análise, foi demonstrada sensibilidade de 74% e especificidade de 99%, para o diagnóstico de neurosífilis com base na positividade do VDRL no LCR [14].

O tratamento de neurosífilis é feito com penicilina cristalina, 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias, segundo o PCDT do Ministério da Saúde para ISTs [15]. Nosso paciente recebeu a antibioticoterapia pelo tempo preconizado acima e conforme a dose recomendada. Ao longo do internamento também foi necessário uso de medicações neurolépticas para controle de agitação psicomotora, como a risperidona, medicação que foi demonstrada como alternativa para tratamento de sintomas psicóticos na neurosífilis [16]. Ao longo do internamento o paciente apresentou melhora progressiva dos sintomas cognitivos e neuropsiquiátricos, inclusive com suspensão do uso de risperidona, sendo optado pela alta hospitalar para seguimento ambulatorial.

No acompanhamento ambulatorial o paciente manteve a recuperação da funcionalidade e reversão do déficit cognitivo apresentado no internamento, corroborado pelas avaliações nas escalas de Lawton, Katz e pelo mini exame do estado mental.

Como limitações deste relato de caso, destaca-se o fato de que não foi possível realizar avaliação cognitiva detalhada na admissão do paciente no hospital, devido ao fato do mesmo encontrar-se afásico e das informações iniciais terem sido fornecidas por sua esposa. Outro fator limitante é que não foi realizada ressonância magnética de crânio para complementar a avaliação, tendo em vista a indisponibilidade do aparelho na época do internamento. Além desses fatores, o estudo de líquido apresentou alterações sensíveis e pouco específicas, e não foi realizado teste treponêmicos no líquido, devido falta de tal recurso no hospital.

Como fatores positivos, ressaltam-se os seguintes: a necessidade de um alto grau de suspeição para se realizar o diagnóstico de uma condição potencialmente reversível, como foi

observado no caso deste paciente. O diagnóstico de neurosífilis dado a este paciente foi corroborado por uma conjunção de fatores, tanto clínicos quanto sorológicos, fortalecido principalmente pela reversão total do quadro com a antibioticoterapia, e melhora objetiva da funcionalidade do idoso aqui relatado. Este trata-se de mais um relato de caso de neurosífilis descrito na literatura, onde as alterações sorológicas descritas no líquor não foram encontradas mas foram vistas alterações menos específicas que fortaleceram o diagnóstico.

4 CONCLUSÃO

As alterações cognitivas agudas configuram um desafio propedêutico, considerando as diferentes possibilidades de diagnóstico diferencial que incluem patologias neurológicas primárias e secundárias. Portanto é importante que seja realizada abordagem individualizada, considerando peculiaridade de cada apresentação clínica, o que, neste caso, permitiu que o paciente tenha recebido diagnóstico provável de neurosífilis. Apesar da neurosífilis ser uma doença incomum na atualidade, seu rastreamento deve fazer parte da triagem em indivíduos com alteração cognitiva aguda, considerando que é uma condição que pode ser revertida com terapia antibiótica precoce.

REFERÊNCIAS

1. WANG, S. et al. Treatable causes of adult-onset rapid cognitive impairment. **Clinical Neurology and Neurosurgery**, v. 187, 1 dez. 2019.
2. ZHANG, Y.; GAO, T.; TAO, Q. Q. Spectrum of noncerebrovascular rapidly progressive cognitive deterioration: A 2-year retrospective study. **Clinical Interventions in Aging**, v. 12, p. 1655–1659, 9 out. 2017.
3. GESCHWIND, M. D. Rapidly Progressive Dementia. **Continuum**, Minneap Minn, 22, 510-537, 2016.
4. BHARWANI, I. L.; HERSHEY, C. O. The elderly psychiatric patient with positive syphilis serology: The problem of neurosyphilis. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 28, n. 3, p. 333–339, 1998.
5. MEZA, K. et al. Rapidly progressive dementia as a manifestation of neurosyphilis: case report (P6.310). **Neurology**, v. 88, n. 16_supplement, 18 abr. 2017.
6. MUKKU, S. S. R. et al. Neurosyphilis presenting as rapidly progressive psychosis & dementia – A forgotten entity. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 40, p. 103–106, 1 fev. 2019.
7. CAPLAN, J. P.; FOSTER, A. R. Paraneoplastic limbic encephalitis. **Psychosomatics. Elsevier Inc.**, 2009.
8. Clinical reasoning: the "great imitator". Karsan N, Barker R, O'Dwyer JP *Neurology*. 2014;83(22):e188. From the Departments of Neurology (N.K., J.P.O.) and Radiology (R.B.), Frimley Park Hospital NHS Foundation Trust, Surrey, UK. naziakarsan@hotmail.com.

9. Neurosyphilis presenting with psychotic symptoms and status epilepticus. Yao Y, Huang E, Xie B, Cheng Y *Neurol Sci.* 2012 Feb;33(1):99-102. Epub 2011 Apr 6.
10. LIU, H.; ZHAO, Z. B.; YOU, N. X. Diversity in clinical manifestations and imaging features of neurosyphilis: obstacles to the diagnosis and treatment (report of three cases). **International Journal of Neuroscience**, v. 128, n. 8, p. 785–790, 3 ago. 2018.
11. LARSEN SA, HAMBIE EA, WOBIG GH, KENNEDY EJ. Cerebrospinal fluid serologic test for syphilis: treponemal and nontreponemal tests. In: **Advances in sexually transmitted diseases**, Morisset R, Kurstak E (Eds), VNU Science Press, Utrecht 1986. p.157-162.
12. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2015.
13. H. HOOSHMAND, M.R. ESCOBAR, S.W. Kopf. Neurosífilis. Estudo com 241 pacientes. *JAMA*, 219 (1972), pp. 726-729.
14. DING D, GAO J, ZHANG W, XU D. O desempenho diagnóstico dos testes laboratoriais de neurosífilis: uma revisão sistemática e meta-análise em rede. *Eur Neurol.* 2023; 86(6):418-429. DOI: 10.1159/000531341. Epub 2023 7 de agosto. PMID: 37549649.
15. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2015
16. F.M. SANCHEZ, M.H. ZISSELMAN. Tratamento de sintomas psiquiátricos associados à neurosífilis. *Psicossomática*, 48 (2007), pp. 440-445.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo do Estudo: Relato de Caso: Idoso com alteração cognitiva aguda revertida, diagnóstico diferencial

Pesquisador Responsável: Jonas Gordilho Souza

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. O objetivo deste relato de caso é de que a comunidade científica possa entender os processos de saúde doença que envolve idosos e suas peculiaridades. Não há riscos associados a tal publicação. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa são contribuir com o avanço do conhecimento sobre cuidado no idoso. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável o pesquisador Jonas Gordilho Souza, pelo telefone (71) 32838392 e pelo email jonas.gordilho@ufba.br, Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), rua Padre Feijó, 240, Canela, Salvador - Bahia, segundo andar setor 2C azul, horário de atendimento das 8:00 as 12:00 24 horas às terças feiras e quartas feiras.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores. Declaração de Consentimento Concordo em participar do estudo intitulado Relato de caso: Pelagra em idoso

Nome do participante ou responsável

Data: 24/04/24

Pesquisador: Jonas Gordilho Souza

Data: 24/04/24